



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRÜEL SENDROM: YAYGINLIK, YAŞAM KALİTESİ ETKİLERİ VE  
İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Engin ATSIZ**

**Lefkoşa  
Haziran, 2025**

**Engin ATSIZ**

**PREMENSTRÜEL SENDROM:  
YAYGINLIK, YAŞAM KALİTESİ  
ETKİLERİ VE İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK  
FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**2025**

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTRÜEL SENDROM: YAYGINLIK, YAŞAM KALİTESİ ETKİLERİ VE  
İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Engin ATSIZ**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER**

**Lefkoşa  
Haziran, 2025**

## Onay

Engin ATSIZ tarafından hazırlanan “**Premenstrüel Sendrom: Yaygınlık, Yaşam Kalitesi Etkileri ve İlişkili Psikolojik Faktörler**” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 27/06/2025 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Adı – Soyadı

İmza

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Şengül Başarı

.....

Jüri Üyesi:

Yrd. Doç. Dr. Fahriye Balkır

.....

Danışman: Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

.....

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

27/6/2025

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Ünvan, Ad-Soyad

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../2025

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü

## **Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı**

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

**Engin ATSIZ**

**.../06/2025**

### **Teşekkür**

Bu tez çalışmasının hazırlanmasında öncelikle bilgi, deneyim ve rehberliğiyle çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, değerli katkılarıyla beni yönlendiren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Saha çalışması sürecinde desteğini esirgemeyen ve anketimi doldurarak katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim. Onların desteği olmadan bu çalışmanın gerçekleşmesi mümkün olmazdı.

Zorlu dönemlerde yanımda olan, manevi destekleriyle motivasyonumu korumamı sağlayan sevgili aileme ve dostlarıma, her zaman yanımda oldukları için sonsuz teşekkür ederim.

**Engin ATSIZ**

## Özet

### **Premenstrüel Sendrom: Yaygınlık, Yaşam Kalitesi Etkileri ve İlişkili Psikolojik Faktörler**

**Engin ATSIZ**

**Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Anabilim Dalı**

**06-2025, 81 sayfa**

Bu araştırmanın amacı, premenstrüel sendromun yaygınlığını, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ve ilişkili psikolojik faktörleri incelemektir. Araştırmada ilişki model benimsenmiştir. Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ikamet eden kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem ise uygun örnekleme yöntemiyle seçilen, 18 yaş ve üzerindeki 807 kadından meydana gelmiştir. Veri toplama sürecinde Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, PMS düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Genel PMS düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. PMS'nin anksiyete, depresif düşünceler ve uyku değişimleri alt boyutları da yaşam kalitesi ile negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir. PMS'in depresif duygulanım alt boyutu ile yaşam kalitesinin genel sağlık durumu boyutu arasında; sinirlilik ve ağrı alt boyutları ile ise genel sağlık durumu ve çevresel alan boyutları arasında negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca depresyon, anksiyete ve stresin yaşam kalitesini anlamlı düzeyde negatif olarak yordadığı belirlenmiştir. PMS düzeylerinin yaşam kalitesini negatif yönde; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ise pozitif yönde yordadığı görülmüştür. Elde edilen bulgular doğrultusunda, PMS düzeylerinin bireylerin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkiler oluşturduğu görülmektedir. Bu nedenle, PMS semptomlarıyla başa çıkma konusunda bireyleri destekleyecek psikoeğitim programlarının geliştirilmesi ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** *premenstrüel sendrom, yaşam kalitesi, psikolojik faktörler*

## **Abstract**

### **Premenstrual Syndrome: Prevalence, Quality of Life Impacts and Associated Psychological Factors**

**Engin ATSIZ**

**MSc, Department of Clinical Psychology**

**06-2025, 81 pages**

The aim of this study is to examine the prevalence of premenstrual syndrome, its effects on quality of life, and related psychological factors. A correlational model was adopted in the study. The population of the study consists of women residing in the Turkish Republic of Northern Cyprus. The sample consisted of 807 women aged 18 and over, selected using random sampling. The data collection process utilized the Socio-Demographic Information Form, the Premenstrual Syndrome Scale, the World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form, and the Depression Anxiety Stress Scale. According to the research findings, positive and significant relationships were found between PMS levels and depression, anxiety, and stress levels. A negative and significant relationship was found between the overall PMS level and quality of life. The anxiety, depressive thoughts, and sleep changes subscales of PMS also showed negative and significant relationships with quality of life. Negative correlations were found between the depressive mood subscale of PMS and the general health status dimension of quality of life, and between the irritability and pain subscales and the general health status and environmental domain dimensions. Additionally, it was determined that depression, anxiety, and stress significantly negatively predicted quality of life. PMS levels have been found to negatively predict quality of life and positively predict depression, anxiety, and stress levels. Based on the findings, it is evident that PMS levels have a significant impact on individuals' mental health and quality of life. Therefore, it is recommended that psychoeducational programs be developed to support individuals in coping with PMS symptoms and that psychological counseling services be expanded.

**Keywords:** *premenstrual syndrome, quality of life, psychological factors*

## İçindekiler

|                                            |             |
|--------------------------------------------|-------------|
| <b>Onay .....</b>                          | <b>i</b>    |
| <b>Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı.....</b> | <b>ii</b>   |
| <b>Teşekkür.....</b>                       | <b>iii</b>  |
| <b>Özet.....</b>                           | <b>iv</b>   |
| <b>Abstract.....</b>                       | <b>v</b>    |
| <b>İçindekiler .....</b>                   | <b>vi</b>   |
| <b>Tablolar Listesi .....</b>              | <b>viii</b> |
| <b>Şekiller Listesi .....</b>              | <b>x</b>    |
| <b>Kısaltmalar .....</b>                   | <b>xi</b>   |

## BÖLÜM I

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <b>Giriş.....</b>        | <b>1</b> |
| Problem Durumu .....     | 2        |
| Araştırmanın Amacı ..... | 3        |
| Alt Amaçlar .....        | 3        |
| Araştırmanın Önemi.....  | 4        |
| Sınırlılıklar .....      | 4        |
| Tanımlar .....           | 5        |

## BÖLÜM II

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| <b>Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar.....</b> | <b>6</b> |
| Premenstrüel Sendrom .....                           | 6        |
| PMS Tarihçesi .....                                  | 7        |
| PMS Etiyolojisi .....                                | 8        |
| PMS Epidemiyolojisi .....                            | 9        |
| Yaşam Kalitesi Kavramı.....                          | 10       |
| PMS ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi.....              | 12       |
| Psikolojik Faktörler.....                            | 13       |
| Depresyon .....                                      | 13       |
| Anksiyete .....                                      | 14       |
| Stres.....                                           | 15       |
| İlgili Araştırmalar .....                            | 16       |

## BÖLÜM III

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| <b>Yöntem .....</b>       | <b>19</b> |
| Araştırmanın Modeli ..... | 19        |
| Evren ve Örneklem .....   | 19        |

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Veri Toplama Araçları .....                                           | 22        |
| Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....                                     | 22        |
| Premenstrual Sendrom Ölçeği.....                                      | 22        |
| Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF).....      | 23        |
| Depresyon, Anksiyete ve Stres (DAS) Ölçeği .....                      | 23        |
| Veri Analizi.....                                                     | 24        |
| Çalışma Planı .....                                                   | 25        |
| <b>BÖLÜM IV</b>                                                       |           |
| <b>Bulgular.....</b>                                                  | <b>26</b> |
| <b>BÖLÜM V</b>                                                        |           |
| <b>Tartışma .....</b>                                                 | <b>48</b> |
| <b>BÖLÜM VI</b>                                                       |           |
| <b>Sonuç ve Öneriler.....</b>                                         | <b>55</b> |
| Sonuç.....                                                            | 55        |
| Öneriler .....                                                        | 56        |
| İleride Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler.....                 | 56        |
| Araştırma Sonuçlarına Yönelik Öneriler.....                           | 57        |
| <b>Kaynakça .....</b>                                                 | <b>58</b> |
| <b>Ekler .....</b>                                                    | <b>71</b> |
| Ek-1 Aydınlatılmış Onam Formu .....                                   | 71        |
| Ek-2 Bilgilendirme Formu .....                                        | 72        |
| Ek-3 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....                                | 73        |
| Ek-4 Premenstrual Sendrom Ölçeği.....                                 | 75        |
| Ek-5 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)..... | 76        |
| Ek- 6 Depresyon-Anksiyete-Stres (DAS) Ölçeği .....                    | 77        |
| Ek-7 Ölçek İzinleri.....                                              | 78        |
| Ek-8 Özgeçmiş .....                                                   | 79        |
| Ek-9 İntihal Rapor Oranı.....                                         | 80        |
| Ek-10 Etik Kurul Onay Formu.....                                      | 81        |

## Tablolar Listesi

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....                                                          | 20 |
| <b>Tablo 2.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL Puanlarının Normallliği.....                             | 24 |
| <b>Tablo 3.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL Puanları .....                                           | 26 |
| <b>Tablo 3.1.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Düzeylerinin Dağılımı .....                                                     | 27 |
| <b>Tablo 4.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Yaşa göre Karşılaştırmaları.....                               | 28 |
| <b>Tablo 5.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırmaları.....                      | 29 |
| <b>Tablo 6.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Eğitime göre Karşılaştırmaları.....                            | 30 |
| <b>Tablo 7.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Sosyoekonomik gelire göre Karşılaştırmaları.....               | 31 |
| <b>Tablo 8.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının ilk adet yaşına göre Karşılaştırmaları.....                    | 32 |
| <b>Tablo 9.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adet sıklığına göre Karşılaştırmaları.....                     | 33 |
| <b>Tablo 10.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adet Süresine göre Karşılaştırmaları.....                     | 34 |
| <b>Tablo 11.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adetlerin Düzenli Olma Durumuna göre Karşılaştırmaları.....   | 35 |
| <b>Tablo 12.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Sigara içme durumuna göre Karşılaştırmaları.....              | 36 |
| <b>Tablo 13.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Şekerli Gıdalar Tüketme Durumuna göre Karşılaştırmaları ..... | 37 |
| <b>Tablo 14.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Egzersiz Yapma Durumuna göre Karşılaştırmaları.....           | 38 |

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 15.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Öfke kontrol zorluğu yaşanan döneme göre Karşılaştırmaları .....  | 39 |
| <b>Tablo 16.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna göre Karşılaştırmaları..... | 41 |
| <b>Tablo 17.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Premenstrüel Sendrom Yaşama Durumuna göre Karşılaştırmaları ..... | 42 |
| <b>Tablo 18.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Doğum Yapma Durumuna göre Karşılaştırmaları.....                  | 43 |
| <b>Tablo 19.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanları ile DAS21 ve WHOQOL ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar..... | 44 |

## Şekiller Listesi

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Şekil 1.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının WHOQOL ölçeği Puanlarını Yordama Durumu .....                         | 45 |
| <b>Şekil 2.</b> Kadınların DAS-21 Ölçeği Puanlarının WHOQOL ölçeği Puanlarını Yordama Durumu .....                                       | 46 |
| <b>Şekil 3.</b> Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile WHOQOL ölçeği Puanlarının Arasında DAS-21 Ölçeği Puanlarının Aracı Rolü ..... | 46 |

### Kısaltmalar

|                    |                                                          |
|--------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>APA</b>         | :Amerikan Psikoloji Derneği                              |
| <b>DASS</b>        | :Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği                    |
| <b>DSM</b>         | :Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı |
| <b>DSÖ</b>         | :Dünya Sağlık Örgütü                                     |
| <b>GnRH</b>        | :Gonanotrophin-Releasing Hormone                         |
| <b>KKTC</b>        | :Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti                           |
| <b>LH</b>          | :Luteinize Edici Hormon                                  |
| <b>MAO</b>         | :Monoamin Oksidaz                                        |
| <b>PMDB</b>        | :Premenstrüel Disforik Bozukluk                          |
| <b>PMS</b>         | :Premenstrüel sendrom                                    |
| <b>PMSÖ</b>        | :Premenstrual Sendrom Ölçeği                             |
| <b>RAA</b>         | :Renin-Anjiotensin-Aldesteron                            |
| <b>SPSS</b>        | :Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı                |
| <b>WHOQOL-BREF</b> | :Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu           |

## BÖLÜM I

### Giriş

Premenstrüel sendrom (PMS), üreme çağındaki kadınlarda adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlamasıyla kaybolan fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomlarla karakterize edilen bir durumdur (Mishra vd., 2023). Bu semptomlar arasında depresyon, anksiyete, sinirlilik, yorgunluk, şişkinlik ve göğüs hassasiyeti gibi belirtiler yer almaktadır. PMS, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini kısıtlayabilmektedir. Dünya genelinde PMS prevalansı %47,8 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de ise bu oran %52,2'dir (Şahin, 2024). PMS'nin etiyolojisi tam olarak anlaşılamamış olsa da, hormonal değişikliklerin ve nörotransmitter dengesizliklerinin rol oynadığı düşünülmektedir. Özellikle östrojen ve progesteron seviyelerindeki dalgalanmaların, ruh halini düzenleyen serotonin gibi beyin kimyasallarını etkileyebileceği belirtilmektedir (Şahin, 2024).

PMS, üreme çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülen ve menstrüel döngünün luteal fazında ortaya çıkan fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomlarla karakterize bir durumdur. Bu semptomlar, genellikle adet başlangıcından birkaç gün önce başlamakta ve adet dönemiyle birlikte azalarak kaybolmaktadır. PMS, kadınların günlük yaşam aktivitelerini, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Yonkers vd., 2008).

PMS'nin yaygınlığı, farklı çalışmalara göre değişmekle birlikte üreme çağındaki kadınların yaklaşık %20-40'ını etkilediği tahmin edilmektedir (Direkvand-Moghadam vd., 2014). Bu oran, semptomların şiddetine ve tanı kriterlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Özellikle şiddetli PMS semptomları gösteren kadınlarda, yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş ve psikolojik sıkıntıların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Rapkin ve Lewis, 2013).

PMS'nin etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da hormonal dalgalanmalar, özellikle progesteron ve östrojen düzeylerindeki değişiklikler, serotonin gibi nörotransmitterlerdeki dengesizlikler ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Bäckström vd., 2003). Ayrıca PMS semptomlarının şiddeti, bireylerin stres düzeyleri, başa çıkma mekanizmaları ve sosyal destek sistemleri gibi psikolojik faktörlerle de yakından ilişkili bulunmuştur (Gollenberg vd., 2010).

PMS'nin kadınların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri büyüktür. Fiziksel semptomlar günlük aktiviteleri kısıtlayabilirken, duygusal ve davranışsal semptomlar sosyal ilişkileri ve iş performansını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca PMS'li kadınlarda depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı artmaktadır. PMS ile ilişkili psikolojik faktörler arasında stres, düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam olayları bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, PMS'li kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek, yaşam doyumlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Doğu vd., 2022). Bu çalışma, premenstrüel sendromun yaygınlığını, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ve ilişkili psikolojik faktörleri inceleyerek kadınların ruh sağlığına yönelik bütüncül bir anlayış geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

### **Problem Durumu**

PMS, kadınların yaşam kalitesini ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen yaygın bir durumdur. Ancak PMS'nin prevalansı, semptomların şiddeti ve ilişkili psikolojik faktörler konusunda literatürde farklı bulgular mevcuttur. Özellikle Türkiye'de yapılan çalışmalar sınırlıdır ve mevcut çalışmaların sonuçları arasında tutarsızlıklar bulunmaktadır. Örneğin, Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada, PMS prevalansı %39,8 olarak bulunmuştur. Bu oran, Türkiye genelinde bildirilen %52,2'lik prevalanstan düşüktür (Poyrazoğlu ve Günay, 2023).

PMS'nin yaşam kalitesi ve psikolojik faktörlerle ilişkisi konusunda da literatürde çelişkili bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalar, PMS'li kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ve yaşam doyumlarının düşük olduğunu belirtirken, diğer çalışmalar bu ilişkileri desteklememektedir (Zaman, 2021).

PMS'nin yaygınlığı, farklı kültürel, coğrafi ve sosyoekonomik özelliklere sahip toplumlarda önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir. Literatürde, PMS'nin üreme çağındaki kadınlarda görülme sıklığı %20 ile %90 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (Direkvand-Moghadam vd., 2014). Bu geniş yaygınlık aralığı, PMS tanı kriterlerinin standartlaştırılmasındaki eksiklikler, semptomların subjektif değerlendirilmesi ve kültürel faktörlerin semptom algısı üzerindeki etkisi gibi nedenlerle açıklanabilmektedir. Örneğin, bazı kültürlerde PMS semptomları daha yüksek tolere edilirken, diğerlerinde bu semptomlar daha şiddetli bir şekilde rapor edilebilmektedir (Dean ve Borenstein, 2004).

PMS semptomlarının şiddeti, kadınların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Özellikle şiddetli PMS semptomları gösteren kadınlarda, depresyon, anksiyete, irritabilite ve diğer psikolojik bozuklukların daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Rapkin ve Lewis, 2013). Bu psikolojik semptomlar, sadece bireyin duygusal durumunu etkilemekle kalmamakta aynı zamanda kişilerarası ilişkilerde çatışmalara, sosyal izolasyona ve yaşam doyumunda azalmaya neden olabilmektedir (Halbreich vd., 2003). PMS'nin psikolojik etkileri, özellikle premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) gibi daha şiddetli formlarında daha belirgin hale gelmekte ve klinik müdahale gerektiren bir duruma dönüşebilmektedir (Epperson vd., 2012).

PMS'nin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş, sosyal ilişkiler ve çevresel faktörler gibi yaşam kalitesinin farklı boyutlarını kapsamaktadır (İşik vd., 2016). Bu semptomlar, özellikle çalışan kadınlarda iş verimliliğinde düşüşe, işe devamsızlığa ve sosyal aktivitelerde kısıtlamalara neden olabilmektedir (Takeda vd., 2006). Ayrıca, PMS semptomları, kişilerarası ilişkilerde çatışmalara ve aile içi huzursuzluklara yol açarak, bireyin sosyal yaşamını da olumsuz etkileyebilmektedir (Yen vd., 2014). Bu nedenle, araştırmanın problem cümlesi, premenstrüel sendrom, yaşam kalitesi ve psikolojik faktörler arasında ilişki var mıdır? şeklinde oluşturulmuştur.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, premenstrüel sendromun yaygınlığı, yaşam kalitesinin etkileri ve ilişkili psikolojik faktörlerin incelenmesidir. Bu bağlamda, aşağıda belirtilen alt amaçlara yönelik sorulara da cevap aranmıştır.

### **Alt Amaçlar**

1. Kadınların premenstrüel sendromları sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?
2. Kadınların premenstrüel sendromları ile depresyon, anksiyete ve stres arasında ilişki var mıdır?
3. Kadınların premenstrüel sendromları ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?
4. Kadınların depresyon, anksiyete ve stresleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki var mıdır?
5. Kadınların premenstrüel sendromları yaşam kalitelerini yordamakta mıdır?

6. Kadınların depresyon, anksiyete ve stresleri yaşam kalitelerini yordamakta mıdır?
7. Kadınların premenstrüel sendromları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkide depresyon, anksiyete ve streslerinin aracı rolü var mıdır?

### **Araştırmanın Önemi**

Premenstrüel Sendrom (PMS), kadınların yaşam kalitesini etkileyen yaygın ve karmaşık bir durumdur (Doğu vd., 2022). Son yıllarda, PMS'nin sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik açıdan da önemli etkiler yarattığına dair farkındalık artmıştır (Daley, 2009). Bu durumun, kadınların psikolojik sağlığını ve yaşam doyumlarını olumsuz etkileyebileceği yönündeki bulgular, literatürde giderek daha yüksek yer bulmaktadır (Zaman, 2021). Ancak PMS ile ilgili mevcut literatür; prevalans, yaşam kalitesi üzerindeki etkiler ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkilere dair kapsamlı bir anlayışın hala eksik olduğunu göstermektedir (Şahin, 2024).

Bu çalışmanın literatüre katkısı, PMS'nin prevalansı, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ve bu sendromla ilişkili psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi daha derinlemesine incelemek ve bu alandaki boşluğu doldurmaktır. Çalışma, PMS'nin kadınların psikolojik durumları üzerindeki etkilerini anlamayı amaçlamakta ve bu bağlamda stres, anksiyete, depresyon, yaşam doyumu gibi faktörlerin nasıl etkileşimde bulunduğunu ortaya koymayı hedeflemektedir. Bu tür bir inceleme, hem klinik uygulamalar için hem de PMS'yi daha iyi anlayabilmek için önem taşımaktadır. Son olarak bu çalışma, PMS'nin kadın sağlığına olan etkileri konusunda kamuoyunun bilinçlenmesine katkıda bulunarak toplumda daha yüksek farkındalık yaratmayı hedeflemektedir.

### **Sınırlılıklar**

Bu araştırma;

- 18 yaş ve üzeri Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyet’inde yaşayan 800 kadın katılımcı ile,
- Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu ve DAS Ölçeklerinden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

**Tanımlar**

**Premenstrüel Sendrom:** Premenstrüel Sendrom, menstruel döngünün luteal fazında (genellikle menstruasyondan 1-2 hafta önce) ortaya çıkan ve fiziksel, davranışsal ve duygusal semptomlarla karakterize edilen bir klinik tablodur (Yonkers vd., 2008).

**Psikolojik Faktörler:** Psikolojik faktörler, bireyin davranışlarını, duygularını, düşüncelerini ve genel psikolojik iyilik halini etkileyen bilişsel, duygusal ve davranışsal süreçleri ifade etmektedir (Gross, 2015).

**Yaşam Kalitesi:** Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini "bireyin kültürü ve değer yargılarıyla ilişkili olarak yaşamındaki pozisyonunu hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında algılayışı" olarak tanımlamaktadır (WHOQOL, 1995).

## BÖLÜM II

### Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

#### Premenstrüel Sendrom

Premenstrüel sendrom (PMS), adet döngüsünün geç luteal fazında ortaya çıkan ve çeşitli psikolojik, fiziksel ve davranışsal belirtilerle kendini gösteren bir rahatsızlıktır. Psikolojik belirtiler arasında depresif ruh hali, zevk almada azalma, sinirlilik, duygu durumunda dalgalanmalar, gerginlik ve dikkat dağınıklığı yer alırken; fiziksel semptomlar arasında baş ağrısı, mide bulantısı veya kusma, yorgunluk, sindirim sistemi rahatsızlıkları, kilo artışı, akne oluşumu ve meme hassasiyeti bulunmaktadır. Davranışsal belirtiler ise uyku düzeninde bozulma (uykusuzluk veya aşırı uyuma), cinsel istekte değişiklik, iştahta artış (özellikle yüksek kalorili veya tuzlu yiyeceklere yönelme) ya da azalma ve baş dönmesi şeklinde gözlemlenmektedir (ACOG, 2019). Bu belirtiler genellikle menstrüasyonun başlamasıyla birlikte azalarak kaybolmaktadır (ACOG, 2019). PMS genellikle menarş (ilk adet) ile ortaya çıkmakta, yaş ilerledikçe belirtiler şiddetlenebilmekte ve menopoz dönemine yaklaşıldıkça hafifleyerek üreme çağının sona ermesiyle tamamen kaybolmaktadır (Steiner, 2000). Amerikan Kadın Doğum Birliği'ne göre, PMS tanısı koyulabilmesi için semptomların menstrüasyon başlamadan yaklaşık beş gün önce görülmesi ve kanamanın başlamasından itibaren dört gün içinde kaybolması gerekmektedir (Ezeh ve Ezeh, 2016). Toplumda oldukça yaygın olan bu sendrom, kadınların yaklaşık %80'inde farklı derecelerde gözlemlenirken, %5'lik bir kesimde semptomlar klinik açıdan ciddi seviyelere ulaşmaktadır (Miyako vd., 2011).

PMS çoğunlukla üreme dönemiyle ilişkilendirilen bir rahatsızlık olsa da nadiren de olsa ergenlik öncesi veya menopoz sonrası dönemde de görülebilmektedir. Özellikle 30-45 yaş aralığındaki kadınlarda daha yaygın olarak rastlanmaktadır. Tedavi sürecinde çeşitli ilaçlardan faydalanılsa da doğum kontrol haplarının bazı bireylerde semptomları daha da ağırlaştırabileceği belirtilmektedir (Bertone-Johnson vd., 2005).

Menstrüasyon öncesi dönemde ortaya çıkan duygusal dalgalanmalar, bedensel rahatsızlık hissi ve benzeri tepkiler, PMS'nin belirtileri arasında yer almaktadır. Üreme çağındaki kadınların büyük bir çoğunluğu bu süreçte çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşarken, bu durumun yaklaşık %80 oranında yaygın olduğu belirtilmektedir. Genellikle ilk adet kanamasından birkaç yıl sonra başlayan bu belirtiler, menopoz dönemine kadar devam edebilmektedir. PMS

semptomlarıyla yaşayan kadınlar, hayatlarının ortalama sekiz yılını bu belirtilerle geçirmek zorunda kalmaktadır. Bu da PMS'nin bireylerin günlük yaşamına ve genel yaşam kalitesine önemli ölçüde etki ettiğini göstermektedir (Joffe vd., 2003).

Menstrüasyon öncesi dönemde günlük rutinde değişiklikler yaşanması oldukça doğaldır, çünkü bu süreç bireyin hayatına anlam yüklediği bir dönemi ifade etmektedir. Bu anlamlar, kişinin psikolojisi ve yaşam deneyimleri doğrultusunda farklı etkiler yaratabilmektedir. Örneğin, anne olmayı arzulayan bir kadın için menstrüasyon öncesi dönemde hissettiği duygusal yoğunluk, bu isteği doğrultusunda şekillenmektedir. Hamile kalmayı uman birinin menstrüasyon görmesi, onun için büyük bir hayal kırıklığına yol açabilmektedir. Öte yandan, gebelik planlamayan bir kadın için menstrüasyon gecikmesi stres ve endişe kaynağı olabilirken onu bir an önce regl olmayı beklemeye itmektir. Bu bakımdan, PMS kadınlar için kaçınılmaz bir durum gibi görünse de psikoloji bilimi bu süreci farklı açılardan değerlendirmektedir (Coffee vd., 2006).

### ***PMS Tarihçesi***

PMS tarihi kökenlerine bakıldığında, ilk yazılı belgelerin Antik Yunan dönemine dayandığı görülmektedir. PMS, tıp literatürüne ise ancak 20. yüzyılın ortalarında girmiştir. Antik Yunan filozofu Hipokrat, kadınlarda menstrüasyon öncesi dönemde görülen ruh hali değişimlerini ve intihar düşüncelerindeki artışı gözlemleyerek, bu durumu "histeri" kavramı çerçevesinde ele almıştır (Güleç vd., 2007; Gerrish, 2010). 1931 yılında Dr. Robert T. Frank, PMS üzerine yapılan ilk bilimsel araştırmalardan birini gerçekleştirmiş ve menstrüasyon öncesi dönemde ortaya çıkan yoğun mutsuzluğun, aile içi çatışmalara ve sosyal ilişkilerde gerginliğe neden olabileceğini belirtmiştir. Aynı zamanda, bu belirtilerin hormonal değişimlerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (Frank, 1931). Öte yandan 11. yüzyılda yaşamış olan hekim Trotula of Salerno, menstrüasyon dönemi yaklaştıkça göğüslerde hassasiyet ve ağrı oluştuğunu ve bu durumun menstrüasyon başladıktan sonra kaybolduğunu ifade ederek PMS semptomlarından bahsetmiştir (Rodin, 1992).

1873 yılında İngiliz hekim Henry Maudsley, menstrüasyon döngüsünün yumurtalık aktiviteleriyle ilişkili olduğunu ve bu sürecin kadınların ruh hali üzerinde etkiler yaratabileceğini öne sürmüştür (Strange, 2001). 1882'de Richard von Krafft-Ebbing, *Psychosis Menstrualis* adlı eserinde, menstrüasyon döneminde kadınlarda aşırı sinirlilik, duygusal dalgalanmalar, melankoli, kaygı ve iletişim zorluklarının

yaygın olarak görüldüğünü belirtmiştir (Avila, 2009). 1931 yılında Dr. Robert T. Frank, menstrüasyon öncesi dönemde yaşanan ruhsal dalgalanmaların kadınların sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ifade etmiş ve bu değişimlerin hormonal faktörlerle bağlantılı olduğunu ileri sürmüştür (Anson, 1999).

PMS'in tarihsel gelişimi incelendiğinde, 11. yüzyılda sendromun başlıca belirtisi olarak göğüslerdeki hassasiyet ve ağrıdan bahsedildiği görülmektedir. 16. yüzyılda ise bu dönemin fiziksel semptomları üzerinde durulmaya başlanmıştır. 18. yüzyılda sendromun psikolojik etkileri dikkate alınmış, bu duruma dair daha geniş bir anlayış ortaya çıkmıştır. PMS'in tıbbi alanda tanınmasının önemli bir adımı olarak, dünyada ilk kez College Üniversitesi Hastanesi'nde PMS için özel bir klinik açılmıştır (Lu, 2001).

### ***PMS Etiyolojisi***

PMS'e dair pek çok tanım yapılmış olsa da bu sendromun etiyolojisi hakkında hala sınırlı bilgi bulunmaktadır. Tam olarak neden kaynaklandığı netleşmemiş olsa da PMS'nin ortaya çıkmasında fizyolojik hormon değişimlerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Armour vd., 2018). Bu sendromun gelişiminde hormonal dengesizlikler, tiroid fonksiyon bozuklukları, düşük kan şekeri (hipoglisemi), stres, sıvı birikimi (retansiyon) ve genetik faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Ayrıca gonadal hormonlar, metabolitler, nörotransmitterler ve nörohormonların PMS ile ilişkili olduğuna dair görüşler yaygın şekilde kabul edilmektedir (Öyekçin ve Deveci, 2012).

PMS belirtilerinin, menstrüel siklus sürecindeki hormonal dalgalanmalar ve gonadal hormonların metabolik ürünleri ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Emans vd., 2005). Anovülasyon (yumurtlama yokluğu) yaşayan kadınlarda menstrüel şikâyetlerin görülmemesi, bu ilişkiyi destekleyen bir bulgudur (Steiner ve Macdougall, 2015). Gonadal hormonlardaki değişimlerin, renin-anjiyotensin-aldesteron (RAA) sisteminin işlev bozukluğuna neden olarak, PMS semptomlarını tetikleyip vücutta tuz ve su birikmesine yol açtığı belirtilmektedir (Öyekçin ve Deveci, 2012). Ayrıca bazı araştırmalar, PMS'i olan kadınlarda korpus luteum ile luteinize edici hormon (LH) arasındaki iletişimin bozulabileceğini ve bu durumun, ovulasyon sonrası beklenen progesteron seviyelerinin sağlanamamasına yol açabileceğini ifade etmektedir (Deveci, 2012). PMS'nin genel olarak kabul gören nedenleri, ovarial siklusla ilişkilidir (O'Brien vd., 2011). Gonadotropin-Releasing

Hormone (GnRH) analoglarıyla yapılan tedavilerde, menopoz dönemi, hamilelik ve ergenlik öncesi süreçlerde belirtilerin azaldığı gözlemlenmektedir (Walsh vd., 2015; O'Brien vd., 2011; Spinelli, 2004).

Cinsiyet hormonları, kan-beyin bariyerini geçme yeteneğine sahip olup, özellikle amigdala ve hipotalamus gibi beyin bölgelerinde reseptörler bulunmaktadır (Walsh vd., 2015; O'Brien vd., 2011). Kan-beyin bariyerini aşabilen psikoaktif maddelerden bazıları pregnanolon ve allopregnanolondur. Allopregnanolon, bilişsel değişiklikler ve ruh hali ile ilişkilendirilen GABA reseptörlerini uyarmaktadır (Walsh vd., 2015; Spinelli, 2004). Ancak yüksek konsantrasyona uzun süre maruz kalındığında, GABA reseptörlerinin allopregnanolone'a karşı duyarlılığı azalırken bunun sonucunda luteal fazdaki belirtilerin şiddeti artmaktadır (Walsh vd., 2015).

Ovulasyon süreciyle birlikte aldosteron seviyelerinin arttığı ve luteal faz boyunca yüksek kalmaya devam ettiği belirtilmektedir. Bu yüksek aldosteron seviyeleri, vücutta özellikle ekstremitelerde ve karın bölgesinde sodyum ile suyun tutulmasına neden olmakta, bu da birçok kadının PMS dönemi sırasında şişkinlik ve kilo artışı gibi belirtileri deneyimlemesine yol açmaktadır (Szmuiłowicz vd., 2006; N-Wihlbäck vd., 2006).

Östrojen ve progesteron, beynin serotonin sistemi üzerinde etkili olan hormonlardır (Schmidt ve Rubinow, 2009). Progesteron, serotonin düzeylerini azaltırken, Monoamin Oksidaz (MAO) enzimini artırmaktadır. Serotonin seviyesindeki bu düşüş, depresif ruh hallerine yol açabilmektedir (Kanes vd., 2020). Östrojen ise MAO'nun etkinliğini artırarak, beynin serotonin bölgelerini uyarmaktadır. Bu durum, serotonin taşımasının artmasına ve antidepresan etkilerin oluşmasına neden olmaktadır (Walsh vd., 2015; Hunter vd., 2002).

### ***PMS Epidemiyolojisi***

PMS'nin yaygınlık oranlarına bakıldığında, üreme çağındaki kadınlarda bu sendromun oldukça yaygın olduğu ancak premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) gibi daha şiddetli formlarının daha nadir görüldüğü belirtilmektedir (APA, 2013). Yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda, PMS'nin gerçek görülme sıklığının net bir şekilde belirlenemediği ancak %6,5 ile %95 arasında değişen oranlarda tespit edildiği ifade edilmektedir. Şiddetli PMS formu olan PMDB'nin ise görülme oranı %2 ile %10 arasında değişmektedir (Bhatia ve Bhatia, 2002). Çoğu doğurganlık çağındaki kadın, menstrüasyon döngülerinin ardından sağlık sorunları yaşamaktadır.

Tekrarlayan PMS belirtileri ile başvuran kadınların oranının ise %70 ile %90 arasında olduğu saptanmıştır (ACOG, 2015).

PMS belirtileri, özellikle otuzlu yaşlarda daha yüksek görülse de üreme çağındaki tüm kadınlarda gözlemlenebilmektedir. Kadınların %2-8'inde ise şiddetli semptomlar görülmektedir (Chumpalova vd., 2020). Yapılan geriye dönük araştırmalarda, menstrüasyon gören kadınların üçte birinde PMS şikâyetlerine rastlanmıştır (Halbreich ve Borenstein, 2003). Amerika Birleşik Devletleri'nde üreme çağındaki kadınların %3,4 ile %4,6'sında DSM-IV kriterlerine uygun PMDB belirtileri gözlemlenmektedir (Eriksson vd., 2000). Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalarda ise PMS yaygınlığının %5,9 ile %76 arasında değiştiği, PMDB yaygınlığının ise %4 ile %8 olduğu belirlenmiştir (Adıgüzel vd., 2007).

PMS belirtileri özellikle 25-35 yaş aralığındaki kadınlarda daha belirgin bir şekilde kendini gösterirken, menopoz sürecine yaklaşıldıkça bu belirtilerin hafiflediği bilinmektedir (Ruiz, 2000). Yapılan çalışmalar genç yaştaki, çalışan ve bekâr kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli seyrettiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra ailesinde benzer semptomlar gözlemlenen, sigara içen ve dismenore (ağrılı adet) sorunu yaşayan kadınlarda PMS'nin daha sık ve yoğun görüldüğü belirtilmektedir (Bertone-Johnson vd., 2005; Demir vd., 2006). Ayrıca PMS'nin psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olabileceği yönünde bulgular mevcuttur (Adıgüzel vd., 2007).

### **Yaşam Kalitesi Kavramı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini tanımlarken bireylerin kendi yaşamlarını nasıl algıladıklarının, içinde yaşadıkları kültürel yapı ve değerler sistemiyle doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHOQOL Group 1996; Eser vd., 2008). DSÖ yaşam kalitesini, bireyin kendi hedefleri, beklentileri ve ilgi alanları doğrultusunda şekillenen bir değerler sistemi içinde, yaşamını nasıl değerlendirdiği olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 1993). Özellikle son dönemde insan hakları alanında yaşanan ilerlemeler, yaşam kalitesini toplumlar ve uluslar için temel bir amaç haline getirmiştir. Bu doğrultuda devletler vatandaşlarının yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik politikalar geliştirmektedir. Yüksek yaşam kalitesi, genel refah düzeyinin artması anlamına gelmektedir. Yaşam kalitesi yalnızca hobiler, sosyal ilişkiler veya meslek sahibi olmak gibi unsurlarla değil, daha çok bireyin içsel tatminiyle ilişkilidir.

Burada belirleyici olan, kişinin kendi değer yargıları ve yaşam felsefesidir (Top vd., 2003).

Yaşam kalitesi kavramı, günümüzde büyük bir önem kazanmış olsa da aslında kökleri antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Örneğin, Aristo gibi filozoflar, insan yaşamının nihai hedefinin en üst düzeyde iyilik ve mükemmellik hali olduğunu ileri sürmüşlerdir. Onlara göre bu ideal duruma erişen bireyler, en yüksek yaşam kalitesine sahip olarak kabul edilmiştir (Başaran, 2022).

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirme konusunda sıklıkla başvurulmuş bir modeldir (Paçacıoğlu ve Aydın-Boylu, 2016). Bu model, insanların yaşamları boyunca belirli bir sıra ile karşılanması gereken temel gereksinimlere dayanmaktadır. Fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik, sevgi ve aidiyet, saygınlık ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlar birbirini takip eden basamaklar şeklinde düzenlenmiştir (Maslow, 2017). Her aşama bir öncekinin tamamlanmasına bağlıdır; bir basamağın eksik kalması, bireyin yaşamında tatminsizliklere ve eksikliklere yol açabilmektedir. Dolayısıyla Maslow bu hiyerarşinin yalnızca bireyin ihtiyaçlarının niceliğiyle değil, aynı zamanda bu ihtiyaçların ne şekilde karşılandığıyla da yakından ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Paçacıoğlu ve Aydın-Boylu, 2016).

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve sosyal çevrenin etkisiyle şekillenen beklentileri, hedefleri ve kişisel arzuları doğrultusunda, yaşamını nasıl algıladığı ve değerlendirdiğiyle ilgili bir kavramdır (Durduran vd., 2018). Bu bağlamda, yaşam kalitesini inceleyen araştırmacılar, bu kavramı tanımlarken çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu zorlukların temel nedeni, yaşam kalitesinin oldukça geniş ve çok boyutlu bir yapıya sahip olmasıdır. Bu yapı yaşam doyumu, işlevsellik, sosyal ilişkiler ve mesleki performans gibi birbirinden farklı pek çok unsuru içermektedir (Hickey vd., 2005).

Yaşam kalitesi, genel olarak iki ana boyutta değerlendirilmektedir. İlk boyut, bireyin fiziksel sağlığını kapsarken fiziksel faaliyetleri kısıtlama olmaksızın gerçekleştirebilme yeteneğiyle ilgilidir. İkinci boyut ise psikolojik iyilik halidir; burada yaşam tatmini ve genel ruh hali ön plana çıkmaktadır (Akyol, 1993). Yaşam kalitesi, bazı bakış açılarına göre nesnel ve öznel olarak iki şekilde ele alınabilmektedir. Nesnel yaşam kalitesi barınma koşulları, gelir seviyesi, sosyal çevre ve mesleki durum gibi dışsal faktörlerden oluşurken; öznel yaşam kalitesi kişisel

deneyimler, aile ilişkileri, arkadaş çevresi, ekonomik durum ve eğitim gibi bireysel unsurlar tarafından şekillenmektedir (Hoyladı, 2023).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi deneyimleri ve içinde bulunduğu kültürel yapı çerçevesinde şekillenen bir olgudur. Kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığının yanı sıra bağımsız hareket edebilme durumu, sosyal çevresiyle ilişkileri, geleceğe dair beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları da bu kavramın önemli bileşenleri arasındadır (Ekim ve Ocakçı, 2012). Yaşam kalitesi, bireyin mevcut yaşam koşulları ile ideal yaşam beklentileri arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlanabilmektedir (Lundqvist, 2011). Son yüzyılda, yaşam standartlarının yükselmesiyle birlikte, bireylerin sadece temel gereksinimlerini karşılamaktan öte, daha tatmin edici ve anlamlı bir yaşam sürdürmeleri üzerine araştırmalar artmıştır (Boniwell, 2008). Bu bağlamda yaşam doyumu, kişinin hayatına dair hissettiği memnuniyeti, yaşadığı deneyimleri, ulaştığı hedefleri ve taşıdığı beklentileri kapsayan geniş bir kavramdır (Peterson, 2006). Araştırmalar, yaşam doyumunun iş hayatı, evlilik, sosyal ilişkiler, stresle başa çıkma becerileri, zihinsel ve fiziksel sağlık gibi birçok faktörle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Howell vd., 2007).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyilik halini yansıtan çok boyutlu bir kavramdır. Aghaei ve diğerleri (2013) tarafından yapılan çalışmalar, yaşam kalitesinin temel unsurları arasında bireyin bedensel sağlığı, psikolojik durumu ve sosyal ilişkilerinin önemli bir yer tuttuğunu ortaya koymaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçütleri, genel olarak kişisel algıya dayalı öznel değerlendirmeler ve dışarıdan gözlemlenebilen nesnel veriler olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Aksungur (2009), öznel göstergelerin bireyin kendi sağlık durumunu nasıl algıladığına dair yorumlarını içerdiğini belirtmektedir. Diğer yandan Yapıcı (2006), nesnel göstergelerin fiziksel fonksiyonellik, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme kapasitesi ve öz bakım becerileri gibi somut ölçütleri kapsadığını vurgulamaktadır. Bunlara ek olarak sağlık sigortasına erişim gibi faktörler de nesnel yaşam kalitesi göstergeleri arasında değerlendirilmektedir. Bu tür göstergeler, bireyin sağlık hizmetlerine ne ölçüde ulaşabildiğini ve sağlıkla ilgili finansal güvenceye sahip olup olmadığını yansıtmaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009).

### **PMS ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**

Premenstrüel sendrom (PMS), kadınların yaşam kalitesini çok yönlü olarak etkileyebilen yaygın bir klinik durumdur. PMS'ye bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel,

duygusal ve davranışsal semptomlar; günlük işlevsellik, sosyal ilişkiler, iş performansı ve psikolojik sağlık üzerinde belirgin olumsuz etkiler yaratmaktadır (Direkvand-Moghadam vd., 2014). Çalışmalar, PMS semptomlarının şiddetinin arttıkça yaşam kalitesinde anlamlı düşüşler görüldüğünü ortaya koymuştur (Liguori vd., 2023). Özellikle anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi psikolojik etmenlerin, PMS'nin yaşam kalitesini daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir (Al-Shahrani vd., 2021). Kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında PMS'nin etkisinin azaltılması için psikoeğitim, stres yönetimi ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi müdahalelerin etkili olabileceği belirtilmektedir (Branecka-Woźniak vd., 2022).

## **Psikolojik Faktörler**

### ***Depresyon***

Depresyon, bireyin duygusal, zihinsel ve davranışsal işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Bu rahatsızlık, kişinin yaşamdan aldığı zevkin azalması, sürekli bir üzüntü hali ve motivasyon kaybı gibi belirtilerle kendini göstermektedir (APA, 2013). Depresyon kelimesi, Latince "depressus" sözcüğünden türetilmiştir ve bu kelime "aşağıya doğru bastırmak" ya da "çökmek" anlamını taşımaktadır. Bu etimolojik köken, depresyonun bireyin ruh halinde bir çöküş ya da baskılanma durumunu temsil ettiğini açıkça ortaya koymaktadır (Helvacı ve Hocaoglu, 2016).

Depresyon, her yaş grubunda görülebilen ve bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren yaygın bir psikolojik rahatsızlıktır. Hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmesi ciddi sonuçlar doğurabilmekte ve hatta ölüm riskini artırabilecek kadar tehlikeli olabilmektedir (Sivertsen vd., 2015). Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olan faktörler, cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, ergenlik döneminde kız ve erkek bireylerin depresyon gelişiminde etkili olan faktörler farklılaşmaktadır (Nolen-Hoeksema ve Girgus, 1994). Araştırmalar, depresyonun obezite, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Blaine, 2008). Bununla birlikte yaşlı bireylerde yalnızlık ve sosyal ilişkilerde azalma gibi etkenler, depresyon riskini önemli ölçüde yükseltebilmektedir (Aziz ve Steffens, 2013). Bu nedenle, depresyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi, hem bireylerin sağlığı hem de toplumun genel refahı açısından büyük bir öneme sahiptir.

Depresyon üzerine geliştirilen kuramlar, bireyin düşünce yapısı, duygusal durumu ve davranışları arasındaki dinamik ilişkiye odaklanmaktadır. Örneğin, Rasyonel Duygusal Davranış Terapisi (REBT), depresyonu yalnızca klinik bir tanı olarak değil, belirli düşünme biçimleri ve davranış alışkanlıklarıyla şekillenen bir süreç olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım, bireyin bilişsel şemalarının duygularını ve eylemlerini nasıl yönlendirdiğini vurgulayarak, sağlıklı düşünce kalıplarının değiştirilebileceğini savunmaktadır (Khanolkar, 2023).

### ***Anksiyete***

Anksiyete ya da kaygı, belirsizlik durumları karşısında ortaya çıkan yoğun endişe, gerginlik ve huzursuzluk hissiyle tanımlanan karmaşık bir psikolojik süreçtir. Bu durum, bireyin kendini güvensiz hissetmesine yol açarak korku, fobi, özgüven eksikliği, aşırı utangaçlık ve sosyal değerlendirmelere karşı aşırı duyarlılık gibi çeşitli şekillerde kendini belli edebilmektedir (Buss vd., 1955). Kaygı belirtileri genellikle stres yaratan durumlarla tetiklenirken eğer kişinin günlük yaşamını ciddi şekilde olumsuz etkiliyorsa klinik bir bozukluk olarak kabul edilebilmektedir (Garipey vd., 2009).

Kaygı bozukluklarının ortak özelliği, temelde endişeli bir beklenti halidir (APA, 2013). Bu durum Barlow'a göre, gelecekte yaşanabilecek olumsuz olaylara dair yoğun bir olumsuz duygu durumu olarak tanımlanmaktadır. Birey, kontrol edemeyeceği durumlara karşı sürekli bir öngöründe bulunma eğilimi göstermektedir. Bu süreç, kişinin dikkatini sürekli kendi iç dünyasına çekerek olası tehlikelere karşı aşırı duyarlı hale gelmesine yol açabilmektedir. Bu doğrultuda birey potansiyel tehditlere karşı sürekli tetikte olurken bu tür durumlarla başa çıkmak için sürekli bir hazırlık içinde bulunmaktadır (Brown ve Barlow, 1992).

Kaygı ve korku, sıklıkla birbiriyle karıştırılan kavramlar olmakla birlikte odaklandıkları nesne ve tetikledikleri tepkiler açısından farklılık göstermektedir (Catherall, 2003). Kaygı, belirsizlik durumları veya gelecekte ortaya çıkabilecek potansiyel tehditlere karşı hissedilen bir endişe hali olarak tanımlanabilmektedir. Genellikle kaçınma davranışları, aşırı hassasiyet ve sürekli bir tetikte olma haliyle kendini belli etmektedir. Korku ise daha somut ve anlık tehditlere karşı verilen bir tepkidir. Dikkati doğrudan tehlikelere odaklayarak “savaş ya da kaç” mekanizmasını harekete geçirmektedir. Korku, anlık tehlikelerle ilişkilendirilirken, kaygı daha çok uzak veya belirsiz tehditlere karşı geliştirilen bir risk değerlendirme süreci olarak

görülebilmektedir (Grillon, 2008). Bu iki kavram, benzer duygusal tepkileri tetiklese de temelde farklı psikolojik süreçleri yansıtmaktadır.

Kaygı, vücudun “savaş ya da kaç” mekanizmasıyla yakından ilişkili olan bir dizi fizyolojik tepkiyi tetikleyebilmektedir. Kaygı durumunda, sempatik sinir sistemi devreye girerek adrenalin ve noradrenalin gibi katekolaminlerin salgılanmasına yol açmaktadır. Bu hormonlar, vücudu acil durumlara hazırlayan klasik “savaş ya da kaç” tepkisinin temelini oluşturmaktadır (Kopin, 1984). Bu süreç, bireyi olası bir tehditle karşı karşıya kaldığında ya mücadele etmeye ya da kaçmaya hazır hale getirmektedir. Yüksek düzeyde kaygı, sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu ile ilişkilirken kalp atış hızının artması, kan basıncının yükselmesi gibi fizyolojik değişikliklere neden olabilmektedir (Brown, 2022).

### ***Stres***

Stres, bireylerin algıları, fizyolojik süreçleri ve çevresel koşullar arasındaki karmaşık bir etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır. Temel olarak, kişinin karşılaştığı durumları tehdit edici veya zarar verici olarak yorumlaması ve bu durumlarla başa çıkmak için yeterli kaynağa sahip olmadığını düşünmesi stresin oluşmasına neden olmaktadır (Cohen vd., 2016). Bu algı, bireyin tehdit karşısında psikolojik, fizyolojik ve davranışsal düzeyde bir dizi değişiklik yaşamasına yol açmaktadır (Reddy ve Hunjan, 2019).

Stres konusunda öncü çalışmalarıyla tanınan Selye (1978), stresi "organizmanın her türlü dışsal veya içsel talebe karşı gösterdiği evrensel ve spesifik olmayan bir tepki" olarak tanımlamaktadır. Bu tepki hem olumlu hem de olumsuz uyaranlar tarafından tetiklenebilir ve fiziksel, duygusal veya çevresel faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Stres, vücudun iç dengeyi (homeostaz) korumak amacıyla sinir sistemi ve hormonal sistemde meydana gelen değişikliklerle ortaya çıkan bir uyum mekanizmasıdır. Selye, bu süreci Genel Adaptasyon Sendromu (G.A.S.) adını verdiği bir modelle açıklamaktadır. Bu model, alarm, direnç ve tükenme olmak üzere üç aşamadan oluşurken stresin vücutta yarattığı fizyolojik etkileri sistematik bir şekilde ele almaktadır. Selye, stresin doğası gereği zararlı olmadığını, aksine bireyin stresle başa çıkma kapasitesine bağlı olarak yararlı da olabileceğini vurgulamaktadır. Olumlu stres (eustress) ve olumsuz stres (distress) arasında bir ayrım yaparak, stresin etkilerinin büyük ölçüde bireyin stresi nasıl algıladığına ve yönettiğine bağlı olduğunu belirtmektedir (Selye, 1978).

Bilişsel değerlendirme kuramı, stresin yalnızca yaşanan olayların kendisinden değil, bireylerin bu olaylara yüklediği anlam ve onlarla başa çıkma biçimleriyle şekillendiğini öne sürmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu yaklaşım, stresin öznel bir deneyim olduğunu ve her bireyin olayları farklı şekilde yorumlayabileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca biyopsikososyal model, stresin anlaşılması için biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir bütün olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Bu model, genetik yatkınlıklar, kişilik özellikleri, bilişsel süreçler ve sosyal çevre gibi birçok unsurun bir araya gelerek stres deneyimini şekillendirdiğini ifade etmektedir. Araştırmalar, özellikle kronik stresin depresyon, anksiyete ve benzeri ruh sağlığı sorunlarına zemin hazırlayabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, etkili başa çıkma mekanizmaları ve güçlü bir sosyal destek sisteminin, stresin olumsuz sonuçlarını azaltmada önemli bir koruyucu faktör olduğu da belirtilmektedir (Taylor, 1999).

### **İlgili Araştırmalar**

Sveindóttir ve Bäckström (2000) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, İzlanda'da küçük bir örneklem grubu üzerinde prospektif bir çalışma gerçekleştirilmiştir. İki adet menstrual döngü boyunca takip edilen 83 kadın arasında, %2 ila %6'lık bir kısmının DSM-5 tanı ölçütlerine göre Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir.

Takeda ve diğerleri (2006), Japonya'da rahim kanseri taraması amacıyla kliniklere başvuran 20-49 yaş aralığındaki 1187 kadın üzerinde bir araştırma yürütmüştür. Çalışmada, araştırmacılar tarafından geliştirilen Premenstrüel Sendrom Anketi (PSQ) kullanılarak katılımcıların semptomları değerlendirilmiş ve bu semptomlar DSM-IV kriterlerine göre şiddet derecelerine ayrılmıştır. Elde edilen bulgular, kadınların %95'inin hafif düzeyde premenstrüel semptomlar yaşadığını, orta ve şiddetli PMS görülme sıklığının %5,3, PMDB sıklığının ise %1,2 olduğunu ortaya koymuştur.

Adıgüzel ve diğerleri (2007) tarafından Manisa'da gerçekleştirilen bir araştırmada, 15-49 yaş aralığındaki 541 kadında premenstrüel sendrom (PMS) belirtilerinin yaygınlığı ve örüntüleri incelenmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %6,1'inde şiddetli PMS semptomları görülmüştür. Bununla birlikte, kadınların %72,2'sinde DSM-IV tanı ölçütlerine göre işlevsellik kaybı yaşandığı belirlenmiştir. En sık karşılaşılan semptomlar arasında sinirlilik, huzursuzluk,

sıkıntılı ruh hali, karında şişlik veya rahatsızlık hissi, enerji düşüklüğü, çabuk yorulma ve bacaklarda yorgunluk hissi yer almıştır.

Yücel ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, PMS'in yaygınlığını ve belirtilerinin yaşla nasıl değiştiğini anlamaya yönelik menstrüel döngüsü olan 331 adölesanın PMS belirtileri prospektif bir ölçek aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışma, bu genç bireylerin %71'inin PMS semptomları gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuç, adölesan döneminde PMS'in oldukça yaygın olduğunu ve genç bireylerde de bu sendromun önemli bir sağlık problemi oluşturduğunu göstermektedir. Çalışma, PMS'in sadece yetişkinlerde değil, aynı zamanda ergenlik dönemindeki bireylerde de etkili olabileceğini vurgulamaktadır.

Erbil ve diğerleri (2010) tarafından yapılan bir araştırmada, Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında PMS prevalansının %49,7 olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuç, üniversite öğrencilerinin yarısından yüksesinin bu sendromdan etkilendiğini ve genç yetişkinler arasında da PMS'in önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir.

Kuzey Etiyopya'da Tolossa ve Bekele (2014) tarafından yürütülen kesitsel bir araştırmada, 18-25 yaş aralığındaki 608 kadından seçilen 258 kişilik bir örneklem üzerinde premenstrüel semptomlar incelenmiştir. Çalışmada, sistematik olarak seçilen katılımcıların %83,2'sinin en az bir premenstrüel semptom yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca, DSM-IV-R tanı kriterlerine göre değerlendirildiğinde, kadınların %37'sinin PMS tanısını karşıladığı tespit edilmiştir. Bu bulgular, premenstrüel semptomların genç kadınlar arasında oldukça yaygın olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceğini ortaya koymaktadır.

Kustriyanti ve Rahayu (2020) çalışmalarında, kadın sağlık bilimleri öğrencilerinde PMS yaygınlığını ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemiştir. Kesitsel araştırma, düzenli adet gören hemşirelik öğrencileri üzerinde yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, PMS'nin öğrenciler arasında yaygın olduğunu ve yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel boyutlarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Çalışmacılar, PMS'nin özellikle akademik performans ve günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkilerine dikkat çekerek, bu grubun sağlık ihtiyaçlarının daha kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Şahin'in (2021) PMS tanısı almış kadın hekimler üzerinde gerçekleştirdiği yaşam kalitesi çalışmasında, katılımcıların psikolojik alanda aldıkları puanların

düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, PMS'nin kadınların psikolojik sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Araştırma, PMS'nin yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik boyutunun da dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Braneca-Wozniak ve diğerleri (2022) çalışmalarından PMS olan kadınların yaşam kalitesini değerlendirmiştir. Araştırmaya, on sekiz yaş ve üzeri düzenli adet gören kadınlar katılmış olup, veriler belirli bir sağlık merkezinde ve elektronik ortamda toplanmıştır. Çalışma sonucunda, PMS'li kadınların yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, en şiddetli semptomların duygusal alanda gözlemlendiği belirlenmiştir. Yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, sosyal ilişkiler alanında daha yüksek, ruh sağlığı alanında ise daha düşük sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma, PMS'nin önemli bir morbiditeye yol açtığını ve özellikle genç kadınların psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır.

Odongo ve diğerlerinin (2023) çalışması Makerere Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesindeki kız öğrencilerde menstrüel bozuklukların yaygınlığını ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Kesitsel araştırma tasarımında elde edilen bulgular, menstrüel bozuklukların oldukça yaygın olduğunu, özellikle premenstrüel semptomlar ve dismenorenin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

Anduaem ve diğerlerinin (2024) çalışması Afrika'daki üreme çağındaki kadınlarda PMS prevalansını ve ilişkili faktörleri incelemiştir. Çalışmada, belirli tarih aralıklarında yayınlanan İngilizce makaleler taranmış ve analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, Afrika'da PMS prevalansının yüksek olduğunu ve ülkelere ve hedef gruplara göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca erken menarş yaşının PMS için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir.

Razavi-Dinani ve diğerleri (2025) tarafından yapılan çalışma İranlı tıp öğrencilerinde sağlıklı yaşam tarzı bileşenleri ile PMS semptomları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yapılan analizler, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme davranışlarının PMS semptomları üzerinde anlamlı etkisi olduğunu göstermektedir. Bulgular, özellikle zihinsel boyutta iyileştirilen sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının PMS semptomlarını hafifletmede etkili olabileceğine işaret etmektedir.

## BÖLÜM III

### Yöntem

#### Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, premenstrüel sendromun yaygınlığı, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri ve ilişkili psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel model kullanılmıştır. İlişkisel model, iki veya daha yüksek değişken arasındaki değişimin varlığını ve derecesini belirlemeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu modelde, değişkenlerin birlikte değişip değişmediğini ve eğer değişim varsa bunun nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Karasar, 2011).

#### Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ikamet eden kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem ise uygun örnekleme yöntemiyle seçilen, 18 yaş ve üzerindeki 807 kadından meydana gelmiştir. Uygun örnekleme, araştırmacının kolay erişebildiği bireylerden örneklem seçtiği, dolayısıyla zaman, maliyet ve ulaşılabilirlik açısından pratiklik sağlayan bir örnekleme yöntemidir. Bu yöntemde, örneklem araştırma evrenini tam anlamıyla temsil etmeyebilir çünkü katılımcılar rastgele seçilmez; araştırmacıya en kolay ulaşılabilen kişiler tercih edilir (Etikan vd., 2016). Araştırmaya dâhil edilecek örneklem sayısının tespiti için evreni bilinmeyen formül tercih edilmiştir. Bu yöntemde göre, örneklem sayısının belirlenmesi aşağıda formülle ifade edilmiştir. Araştırmada %95 güven düzeyinde ve %5 hata payıyla hesaplanan örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiştir (Büyüköztürk vd., 2016). Ancak bu araştırmada 807 katılımcıya ulaşılmıştır.

$$n=(1,96)^2 \frac{(0,50 \times 0,50)}{(0,05)^2}=384$$

**Tablo 1.***Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı*

|                                       | <b>Sayı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
|---------------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Yaş grubu</b>                      |                 |                  |
| 18-23 yaş                             | 356             | 44,10            |
| 24-28 yaş                             | 267             | 33,10            |
| 29 ve üstü                            | 184             | 22,80            |
| <b>Medeni durum</b>                   |                 |                  |
| Bekâr                                 | 649             | 80,40            |
| Evli                                  | 158             | 19,60            |
| <b>Eğitim durumu</b>                  |                 |                  |
| Lise ve altı                          | 354             | 43,90            |
| Üniversite                            | 367             | 45,50            |
| Lisansüstü                            | 86              | 10,70            |
| <b>Sosyoekonomik gelir</b>            |                 |                  |
| Düşük                                 | 101             | 12,50            |
| Orta                                  | 652             | 80,80            |
| Yüksek                                | 54              | 6,70             |
| <b>İlk adet yaşı</b>                  |                 |                  |
| 12 yaş ve altı                        | 222             | 27,50            |
| 13-14 yaş                             | 412             | 51,10            |
| 15 yaş ve üstü                        | 173             | 21,40            |
| <b>Adet olma sıklığı</b>              |                 |                  |
| 27 gün ve altı                        | 291             | 36,10            |
| 28-30 gün                             | 390             | 48,30            |
| 31 gün ve üstü                        | 126             | 15,60            |
| <b>Adet süresi</b>                    |                 |                  |
| 4 gün ve altı                         | 279             | 34,60            |
| 5-6 gün                               | 232             | 28,70            |
| 7 gün ve üstü                         | 296             | 36,70            |
| <b>Adetlerin düzenli olma durumu</b>  |                 |                  |
| Evet                                  | 595             | 73,70            |
| Hayır                                 | 212             | 26,30            |
| <b>Sigara içme durumu</b>             |                 |                  |
| Evet                                  | 404             | 50,10            |
| Hayır                                 | 403             | 49,90            |
| <b>Şekerli gıdalar tüketme durumu</b> |                 |                  |
| Evet                                  | 711             | 88,10            |
| Hayır                                 | 96              | 11,90            |
| <b>Egzersiz yapma durumu</b>          |                 |                  |
| Evet                                  | 332             | 41,10            |
| Hayır                                 | 475             | 58,90            |

**Tablo 1.***Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (Devam)*

|                                                  | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--------------------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Öfke kontrol zorluğu yaşanan dönem</b>        |          |           |
| Adet öncesi                                      | 469      | 58,10     |
| Adetliken                                        | 236      | 29,20     |
| Adet sonrası                                     | 102      | 12,60     |
| <b>Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirme</b> |          |           |
| Evet                                             | 14       | 1,70      |
| Hayır                                            | 793      | 98,30     |
| <b>Psikiyatrik bir rahatsızlık</b>               |          |           |
| Evet                                             | 81       | 10,00     |
| Hayır                                            | 726      | 90,00     |
| <b>Premenstrüel sendrom yaşama</b>               |          |           |
| Evet                                             | 199      | 24,70     |
| Hayır                                            | 256      | 31,70     |
| Bilmiyor                                         | 352      | 43,60     |
| <b>Doğum yapma</b>                               |          |           |
| Evet                                             | 161      | 20,00     |
| Hayır                                            | 646      | 80,00     |
| <b>Doğum yöntemi</b>                             |          |           |
| Sezeryan doğum                                   | 122      | 73,10     |
| Normal                                           | 45       | 26,90     |

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı için frekans analizi uygulanmıştır.

Tablo 1’e göre kadınların %44,10’unun 18-23 yaş, %33,10’unun 24-28 yaş ve %22,80’inin 29 ve üstü yaş grubunda, %80,40’ının bekâr ve %19,60’ının evli, %43,90’ının lise ve altı, %45,50’sinin üniversite ve %10,70’inin lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %12,50’sinin düşük, %80,80’inin orta ve %6,70’inin yüksek sosyoekonomik gelire sahip olduğu; %27,50’sinin 12 yaş ve altında, %51,10’unun 13-14 yaşta ve %21,40’ının 15 yaş ve üzerinde ilk adetini gördüğü; %36,10’unun 27 gün ve altında, %48,30’unun 28-30 gün aralığında ve %15,60’ının 31 gün ve üstünde adet döngüsüne sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca %34,60’ının 4 gün ve altı, %28,70’inin 5-6 gün ve %36,70’inin 7 gün ve üzeri süren adet gördüğü; %73,70’inin adetlerinin düzenli, %26,30’unun düzensiz olduğu; %50,10’unun sigara içtiği ve %49,90’ının içmediği; %88,10’unun şekerli gıdalar tükettiği ve %11,90’ının tüketmediği; %41,10’unun egzersiz yaptığı ve %58,90’ının egzersiz yapmadığı belirlenmiştir.

Kadınların %58,10'unun öfke kontrol zorluğunu adet öncesinde, %29,20'sinin adetliken ve %12,60'ının adet sonrasında yaşadığı; %1,70'inin cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiği ve %98,30'unun geçirmediği; %10,00'unun psikiyatrik bir rahatsızlık yaşadığı ve %90,00'ının yaşamadığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %24,70'inin premenstrüel sendrom yaşadığı, %31,70'inin yaşamadığı ve %43,60'ının bu konuda bilgi sahibi olmadığı; %20,00'sinin doğum yaptığı ve %80,00'ının doğum yapmadığı; doğum yapanların ise %73,10'unun sezeryan ve %26,90'ının normal doğum yaptığı belirlenmiştir.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama sürecinde, araştırmacı tarafından dört farklı ölçme aracı kullanılmıştır: Sosyo-Demografik Bilgi Formu (Ek-3), Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Ek-4), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) (Ek-5) ve DAS Ölçeği (Ek-6). Bu ölçekler, çalışmanın amacına uygun olarak katılımcılardan gerekli verilerin sistematik bir şekilde toplanmasını sağlamıştır.

### ***Sosyo-Demografik Bilgi Formu***

Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, mesleki durum, gelir düzeyi, ikamet edilen bölge, menstrüel döngü özellikleri ve genel sağlık durumu gibi temel sosyo-demografik verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bir form kullanılmıştır. Bu form, PMS semptomları ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilecek sosyo-demografik değişkenleri analiz etmek ve bu faktörler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla tasarlanmıştır.

### ***Premenstrual Sendrom Ölçeği***

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Gençdoğan (2006) tarafından premenstrual semptomların şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 44 maddeden oluşan ve beş dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçek, “Hiç” (1 puan), “Çok az” (2 puan), “Bazen” (3 puan), “Sık sık” (4 puan) ve “Sürekli” (5 puan) seçenekleriyle puanlanmaktadır. PMSÖ, dokuz alt boyut ve bir toplam puandan oluşmaktadır: 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku Değişimleri ve 9. Şişkinlik. Kişinin geriye dönük olarak adet öncesi bir haftayı değerlendirmesiyle uygulanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 44 ile 220 arasında değişmekte olup,

yüksek puanlar premenstrual sendrom belirtilerinin yoğunluğunu göstermektedir. PMSÖ toplam puanı %50'nin üzerinde olanlar PMS pozitif olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında genel Cronbach Alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa değerleri ise şu şekildedir: Depresif Duygulanım için 0.85, Anksiyete için 0.82, Yorgunluk için 0.80, Sinirlilik için 0.78, Depresif Düşünceler için 0.76, Ağrı için 0.74, İştah Değişimleri için 0.72, Uyku Değişimleri için 0.70 ve Şişkinlik için 0.68 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı Premenstrüel Sendrom Ölçeği için 0.97 olarak bulunmuştur.

### ***Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)***

WHOQOL-BREF (1998), yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı bir ölçektir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa değerleri Fiziksel Sağlık için .84, Ruhsal Sağlık için .77, Çevresel Algı için .80 ve Sosyal İlişkiler için .69'dur. WHOQOL-BREF'in Türkçe uyarlama çalışmaları Eser ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır. WHOQOL-BREF, 1-5 arasında Likert tipi puanlama sistemine dayanmakta olup, öz-raporlama tekniği ile tamamlanmaktadır. Türkçe uyarlamanın iç tutarlılık Cronbach alfa değerleri ise Fiziksel Sağlık için .83, Ruhsal Sağlık için .66, Çevresel Algı için .73 ve Sosyal İlişkiler için .53'tür. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı WHOQOL için ,90 olarak bulunmuştur.

### ***Depresyon, Anksiyete ve Stres (DAS) Ölçeği***

1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilen bu ölçek, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Başlangıçta her biri 14 maddeden oluşan toplam 42 sorudan oluşan ölçek, 2005 yılında Henry ve Crawford tarafından yapılan kısaltma ile 21 maddelik hâline

getirilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, 21 maddelik ölçek üç alt boyutta toplanmıştır. Ölçek maddeleri 4'lü Likert tipi bir puanlama sistemiyle (0 = Hiçbir zaman, 1 = Birkaç kez, 2 = Sıklıkla, 3 = Çok sık) puanlanır. Her alt ölçek için puanlar ayrı ayrı toplanır ve yüksek puanlar, o alt boyutta daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete veya stres belirtilerinin varlığını gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayıları, depresyon için .96, anksiyete için .89 ve stres için .93 olarak bulunmuştur (Lovibond ve Lovibond, 1995). Ölçek, 2018 yılında Sarıçam tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe uyarlamasının Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayıları ise depresyon alt ölçeği için .87, anksiyete alt ölçeği için .85 ve stres alt ölçeği için .81 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada Cronbach Alfa katsayısı DAS-21 için 0,95 olarak bulunmuştur.

### **Veri Analizi**

Çalışma verileri Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 27.0 ile analiz edilmiştir.

Kadınların sosyo-demografik özellikleri için frekans analizleri yapılırken, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL ölçekleri puanları için betimsel istatistikler verilmiştir.

**Tablo 2.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL Puanlarının Normalliği*

|                             | Kolmogorov-Smirnov |     |       | Çarpıklık | Basıklık |
|-----------------------------|--------------------|-----|-------|-----------|----------|
|                             | İst                | sd  | p     |           |          |
| Depresif Duygulanım         | 0,070              | 807 | 0,000 | -0,208    | -0,487   |
| Anksiyete                   | 0,070              | 807 | 0,000 | 0,376     | -0,601   |
| Sinirlilik                  | 0,066              | 807 | 0,000 | -0,174    | -0,753   |
| Depresif düşünceler         | 0,059              | 807 | 0,000 | 0,171     | -0,816   |
| Ağrı                        | 0,103              | 807 | 0,000 | -0,025    | -0,884   |
| İştah değişimleri           | 0,124              | 807 | 0,000 | -0,222    | -0,835   |
| Uyku değişimleri            | 0,097              | 807 | 0,000 | 0,191     | -0,851   |
| Şişkinlik                   | 0,110              | 807 | 0,000 | -0,33     | -0,682   |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | 0,043              | 807 | 0,001 | 0,019     | -0,488   |
| Depresyon                   | 0,112              | 807 | 0,000 | 0,63      | -0,218   |
| Anksiyete                   | 0,105              | 807 | 0,000 | 0,781     | 0,227    |
| Stres                       | 0,108              | 807 | 0,000 | 0,551     | -0,133   |
| Genel sağlık durumu         | 0,206              | 807 | 0,000 | -0,342    | 0,301    |
| Fiziksel alan               | 0,100              | 807 | 0,000 | -0,404    | 0,694    |
| Psikolojik alan             | 0,092              | 807 | 0,000 | -0,332    | 0,306    |
| Sosyal alan                 | 0,101              | 807 | 0,000 | -0,086    | -0,283   |
| Çevresel alan               | 0,065              | 807 | 0,000 | -0,156    | 0,192    |
| WHOQOL                      | 0,078              | 807 | 0,000 | -0,422    | 0,822    |

\* $p < 0,05$

Tablo 2.'de çalışmadaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL ölçeklerine ait puanları için uygulanmış olan Kolmogorov-Smirnov testi ve basıklık/çarpıklık değerlerine yer verilmiş olup, Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL ölçeklerine ait basıklık/çarpıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 aralığında hesaplanmasından dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Kadınların sosyo-demografik özellikleriyle Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının karşılaştırmalarında bağımsız örneklemelerde t testleri ve ANOVA uygulanmıştır. Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL ölçeklerinden aldığı puanlar arasında yer alan ilişkiler Pearson ile incelenmiş ve yapısal eşitlik modeliyle aracılık analizi yapılmıştır.

### Çalışma Planı

Araştırmaya başlamadan önce Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığına yapılan başvuru sonucunda 07/01/2025 tarihinde YDÜ/SB/2024/1932 nolu karar ile izin alınmıştır. Veriler, tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak

çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcılara, sosyal medya platformları (Facebook, Instagram vb.), üniversite e-posta listeleri ve kadın sağlığı ile ilgili çevrimiçi forumlar aracılığıyla erişilmiştir. Google Forms platformunda oluşturulan anketin tamamlanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Katılımcılara, anketi istedikleri zaman ve mekânda doldurabilecekleri bilgisi verilmiştir. Veri toplama süreci, 2 ay boyunca devam etmiş ve hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılan kadar sürdürülmüştür.

## BÖLÜM IV

### Bulgular

**Tablo 3.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL Puanları*

|                                    | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max |
|------------------------------------|-----|-----------|-------|-----|-----|
| Depresif Duygulanım                | 807 | 22,78     | 6,96  | 7   | 35  |
| Anksiyete                          | 807 | 18,00     | 7,46  | 7   | 35  |
| Sinirlilik                         | 807 | 16,13     | 5,51  | 5   | 25  |
| Depresif düşünceler                | 807 | 19,83     | 8,00  | 7   | 35  |
| Ağrı                               | 807 | 9,51      | 3,40  | 3   | 15  |
| İştah değişimleri                  | 807 | 9,77      | 3,50  | 3   | 15  |
| Uyku değişimleri                   | 807 | 8,83      | 3,52  | 3   | 15  |
| Şişkinlik                          | 807 | 10,36     | 3,36  | 3   | 15  |
| <b>Premenstrüel Sendrom Ölçeği</b> | 807 | 135,03    | 40,68 | 44  | 220 |
| Depresyon                          | 807 | 7,71      | 5,39  | 0   | 21  |
| Anksiyete                          | 807 | 6,58      | 4,95  | 0   | 21  |
| Stres                              | 807 | 8,15      | 5,06  | 0   | 21  |
| Genel sağlık durumu                | 807 | 5,98      | 1,55  | 2   | 10  |
| Fiziksel alan                      | 807 | 20,01     | 4,16  | 7   | 35  |
| Psikolojik alan                    | 807 | 18,60     | 3,96  | 6   | 28  |
| Sosyal alan                        | 807 | 9,31      | 2,63  | 3   | 15  |
| Çevresel alan                      | 807 | 24,18     | 5,21  | 8   | 40  |
| WHOQOL                             | 807 | 81,02     | 15,44 | 27  | 127 |

\* $p < 0,05$

Tablo 3'te kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DAS-21 ve WHOQOL puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 3'e göre araştırmadaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nden ortalama  $135,03 \pm 40,68$  puan, Depresif Duygulanım alt boyutundan  $22,78 \pm 6,96$  puan, Anksiyete alt boyutundan  $18,00 \pm 7,46$  puan, Sinirlilik alt boyutundan  $16,13 \pm 5,51$  puan, Depresif Düşünceler alt boyutundan  $19,83 \pm 8,00$  puan, Ağrı alt boyutundan  $9,51 \pm 3,40$  puan, İştah Değişimleri alt boyutundan  $9,77 \pm 3,50$  puan, Uyku Değişimleri alt boyutundan  $8,83 \pm 3,52$  puan, Şişkinlik alt boyutundan  $10,36 \pm 3,36$  puan aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 3.1.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Düzeylerinin Dağılımı*

| <b>Premenstrüel Sendrom Düzeyi</b> | <b>Sayı (n)</b> | <b>Yüzde (%)</b> |
|------------------------------------|-----------------|------------------|
| Yok                                | 10              | 1,20             |
| Hafif                              | 170             | 21,10            |
| Orta                               | 419             | 51,90            |
| Şiddetli                           | 208             | 25,80            |

Tablo 3.1.'de araştırma kapsamına alınan kadınların Premenstrüel Sendrom Düzeylerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 3.1.'e göre kadınların %21,10'nunda hafif düzeyde, %51,90'ının orta ve %25,80'ininde şiddetli düzeyde Premenstrüel Sendrom görüldüğü tespit edilmiştir.

**Tablo 4.***Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Yaşa göre Karşılaştırmaları*

|                                   | Yaş        | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F      | p      | Fark |
|-----------------------------------|------------|-----|-----------|-------|-----|-----|--------|--------|------|
| Depresif<br>Duygulanım            | 18-23 yaş  | 356 | 24,38     | 6,14  | 7   | 35  | 19,927 | 0,000* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 22,10     | 7,48  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 20,67     | 7,01  | 7   | 35  |        |        |      |
| Anksiyete                         | 18-23 yaş  | 356 | 19,12     | 7,20  | 7   | 35  | 15,323 | 0,000* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 18,24     | 7,91  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 15,47     | 6,66  | 7   | 35  |        |        |      |
| Sinirlilik                        | 18-23 yaş  | 356 | 17,31     | 5,22  | 5   | 25  | 18,029 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 15,68     | 5,53  | 5   | 25  |        |        | 1-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 14,49     | 5,52  | 5   | 25  |        |        |      |
| Depresif<br>düşünceler            | 18-23 yaş  | 356 | 21,15     | 8,01  | 7   | 35  | 16,580 | 0,000* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 19,96     | 7,95  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 17,06     | 7,36  | 7   | 35  |        |        |      |
| Ağrı                              | 18-23 yaş  | 356 | 9,91      | 3,37  | 3   | 15  | 5,544  | 0,004* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 9,37      | 3,54  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 8,92      | 3,19  | 3   | 15  |        |        |      |
| İştah<br>değişimleri              | 18-23 yaş  | 356 | 10,18     | 3,35  | 3   | 15  | 8,643  | 0,000* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 9,83      | 3,45  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 8,88      | 3,70  | 3   | 15  |        |        |      |
| Uyku<br>değişimleri               | 18-23 yaş  | 356 | 9,16      | 3,56  | 3   | 15  | 3,734  | 0,024* | 1-3  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 8,73      | 3,55  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 8,31      | 3,33  | 3   | 15  |        |        |      |
| Şişkinlik                         | 18-23 yaş  | 356 | 10,77     | 3,13  | 3   | 15  | 4,734  | 0,009* | 1-2  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 10,04     | 3,63  | 3   | 15  |        |        | 1-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 10,04     | 3,33  | 3   | 15  |        |        |      |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | 18-23 yaş  | 356 | 143,10    | 37,91 | 48  | 220 | 17,711 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | 24-28 yaş  | 267 | 133,41    | 43,32 | 44  | 220 |        |        | 1-3  |
|                                   | 29 ve üstü | 184 | 121,76    | 38,27 | 44  | 220 |        |        | 2-3  |

\* $p < 0,05$ 

Tablo 4.'te araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen ANOVA sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 4 değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanların arasında yaşa göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar vardır ( $p < 0,05$ ). 29 yaş ve

üstü kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım, anksiyete, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alt boyutundan aldıkları puanlar 18-23 yaş ve 24-28 yaş grubundaki kadınlardan düşüktür. 18-23 yaş kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin sinirlilik ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar 24-28 yaş grubu ve 29 yaş ve üstü kadınlarından yüksektir. 18-23 yaş kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından aldıkları puanlar 24-28 yaş grubu ve 29 yaş ve üstü kadınlarında yüksektir. Ayrıca 24-28 yaş grubu Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından aldıkları puanlar 29 yaş ve üstü kadınlarından yüksek bulunmuştur.

**Tablo 5.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırmaları*

|                             | <b>Medeni durum</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif                    | Bekâr               | 649      | 23,23                       | 6,89     | 3,703    | 0,000*   |
| Duygulanım                  | Evli                | 158      | 20,96                       | 6,99     |          |          |
| Anksiyete                   | Bekâr               | 649      | 18,35                       | 7,48     | 2,719    | 0,007*   |
|                             | Evli                | 158      | 16,56                       | 7,20     |          |          |
| Sinirlilik                  | Bekâr               | 649      | 16,48                       | 5,42     | 3,712    | 0,000*   |
|                             | Evli                | 158      | 14,68                       | 5,62     |          |          |
| Depresif düşünceler         | Bekâr               | 649      | 20,23                       | 8,05     | 2,925    | 0,004*   |
|                             | Evli                | 158      | 18,16                       | 7,58     |          |          |
| Ağrı                        | Bekâr               | 649      | 9,51                        | 3,44     | -0,045   | 0,964    |
|                             | Evli                | 158      | 9,52                        | 3,29     |          |          |
| İştah değişimleri           | Bekâr               | 649      | 9,97                        | 3,50     | 3,319    | 0,001*   |
|                             | Evli                | 158      | 8,94                        | 3,38     |          |          |
| Uyku değişimleri            | Bekâr               | 649      | 8,95                        | 3,55     | 1,981    | 0,051    |
|                             | Evli                | 158      | 8,34                        | 3,34     |          |          |
| Şişkinlik                   | Bekâr               | 649      | 10,49                       | 3,31     | 2,129    | 0,034*   |
|                             | Evli                | 158      | 9,85                        | 3,52     |          |          |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | Bekâr               | 649      | 137,26                      | 40,35    | 3,178    | 0,002*   |
|                             | Evli                | 158      | 125,85                      | 40,85    |          |          |

\* $p < 0,05$

Tablo 5’te verilen t testi sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanların arasında yaşa göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar olduğu ve bekâr kadınların evlilere göre daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Eğitime göre Karşılaştırmaları*

|                                   | Eğitim       | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F     | p      | Fark |
|-----------------------------------|--------------|-----|-----------|-------|-----|-----|-------|--------|------|
| Depresif<br>Duygulanım            | Lise ve altı | 354 | 23,27     | 6,99  | 7   | 35  | 1,580 | 0,207  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 22,44     | 6,82  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 22,23     | 7,39  | 7   | 35  |       |        |      |
| Anksiyete                         | Lise ve altı | 354 | 18,89     | 7,72  | 7   | 35  | 4,724 | 0,009* | 1-2  |
|                                   | Üniversite   | 367 | 17,21     | 7,14  | 7   | 35  |       |        | 1-3  |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 17,67     | 7,33  | 7   | 35  |       |        |      |
| Sinirlilik                        | Lise ve altı | 354 | 16,25     | 5,71  | 5   | 25  | 0,237 | 0,789  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 16,10     | 5,20  | 5   | 25  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 15,80     | 5,94  | 5   | 25  |       |        |      |
| Depresif<br>düşünceler            | Lise ve altı | 354 | 20,44     | 8,23  | 7   | 35  | 1,908 | 0,149  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 19,28     | 7,80  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 19,64     | 7,77  | 7   | 35  |       |        |      |
| Ağrı                              | Lise ve altı | 354 | 9,52      | 3,47  | 3   | 15  | 0,158 | 0,854  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 9,54      | 3,30  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 9,31      | 3,63  | 3   | 15  |       |        |      |
| İştah<br>değişimleri              | Lise ve altı | 354 | 9,81      | 3,56  | 3   | 15  | 0,851 | 0,428  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 9,83      | 3,40  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 9,30      | 3,64  | 3   | 15  |       |        |      |
| Uyku<br>değişimleri               | Lise ve altı | 354 | 9,06      | 3,71  | 3   | 15  | 1,592 | 0,204  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 8,59      | 3,32  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 8,88      | 3,47  | 3   | 15  |       |        |      |
| Şişkinlik                         | Lise ve altı | 354 | 10,41     | 3,37  | 3   | 15  | 0,077 | 0,926  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 10,35     | 3,31  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 10,26     | 3,61  | 3   | 15  |       |        |      |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | Lise ve altı | 354 | 137,78    | 42,19 | 44  | 220 | 1,464 | 0,232  |      |
|                                   | Üniversite   | 367 | 133,05    | 38,24 | 44  | 220 |       |        |      |
|                                   | Lisansüstü   | 86  | 132,14    | 44,10 | 44  | 220 |       |        |      |

\* $p<0,05$

Tablo 6.’da kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının eğitime göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen ANOVA sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 6 değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanların arasında eğitime göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar olmadığı ( $p>0,05$ ), anksiyete alt boyutundan aldıkları puanların arasındaki farklılıkların ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş olup, lise ve altı mezunlarının Premenstrüel Sendrom Ölçeği anksiyete alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 7.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Sosyoekonomik gelire göre Karşılaştırmaları*

|                                   | <b>Gelir</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> | <b>F</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------------|--------------|----------|-----------------------------|----------|------------|------------|----------|----------|
| Depresif<br>Duygulanım            | Düşük        | 101      | 22,75                       | 6,81     | 7          | 35         | 0,015    | 0,985    |
|                                   | Orta         | 652      | 22,80                       | 6,88     | 7          | 35         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 22,63                       | 8,31     | 7          | 35         |          |          |
| Anksiyete                         | Düşük        | 101      | 18,76                       | 6,91     | 7          | 35         | 0,642    | 0,526    |
|                                   | Orta         | 652      | 17,91                       | 7,46     | 7          | 35         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 17,63                       | 8,40     | 7          | 35         |          |          |
| Sinirlilik                        | Düşük        | 101      | 15,88                       | 4,91     | 5          | 25         | 1,121    | 0,327    |
|                                   | Orta         | 652      | 16,08                       | 5,50     | 5          | 25         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 17,19                       | 6,52     | 5          | 25         |          |          |
| Depresif<br>düşünceler            | Düşük        | 101      | 20,35                       | 7,02     | 7          | 35         | 0,477    | 0,621    |
|                                   | Orta         | 652      | 19,69                       | 8,07     | 7          | 35         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 20,46                       | 8,79     | 7          | 35         |          |          |
| Ağrı                              | Düşük        | 101      | 9,10                        | 3,30     | 3          | 15         | 1,533    | 0,216    |
|                                   | Orta         | 652      | 9,52                        | 3,40     | 3          | 15         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 10,09                       | 3,66     | 3          | 15         |          |          |
| İştah<br>değişimleri              | Düşük        | 101      | 9,49                        | 3,53     | 3          | 15         | 0,417    | 0,659    |
|                                   | Orta         | 652      | 9,79                        | 3,44     | 3          | 15         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 9,94                        | 4,05     | 3          | 15         |          |          |
| Uyku<br>değişimleri               | Düşük        | 101      | 8,63                        | 3,10     | 3          | 15         | 0,214    | 0,807    |
|                                   | Orta         | 652      | 8,87                        | 3,53     | 3          | 15         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 8,72                        | 4,10     | 3          | 15         |          |          |
| Şişkinlik                         | Düşük        | 101      | 9,98                        | 3,33     | 3          | 15         | 0,990    | 0,372    |
|                                   | Orta         | 652      | 10,39                       | 3,35     | 3          | 15         |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 10,72                       | 3,56     | 3          | 15         |          |          |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | Düşük        | 101      | 134,37                      | 37,76    | 46         | 220        | 0,110    | 0,896    |
|                                   | Orta         | 652      | 134,93                      | 40,63    | 44         | 220        |          |          |
|                                   | Yüksek       | 54       | 137,44                      | 46,82    | 44         | 220        |          |          |

\* $p<0,05$

Tablo 7.'de kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının sosyoekonomik gelire göre karşılaştırmaları için ANOVA uygulanmış olup, düşük,

orta ve yüksek gelirli kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının arasında istatistiki açıdan önemli farklılıklar yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının ilk adet yaşına göre Karşılaştırmaları*

|                                   | İlk adet yaşı  | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F     | p      | Fark |
|-----------------------------------|----------------|-----|-----------|-------|-----|-----|-------|--------|------|
| Depresif<br>Duygulanım            | 12 yaş ve altı | 222 | 23,08     | 6,31  | 7   | 35  | 1,151 | 0,317  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 22,92     | 7,36  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 22,08     | 6,78  | 7   | 35  |       |        |      |
| Anksiyete                         | 12 yaş ve altı | 222 | 17,41     | 6,96  | 7   | 35  | 1,308 | 0,271  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 18,39     | 7,69  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 17,81     | 7,50  | 7   | 35  |       |        |      |
| Sinirlilik                        | 12 yaş ve altı | 222 | 16,09     | 5,12  | 5   | 25  | 0,752 | 0,472  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 16,33     | 5,66  | 5   | 25  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 15,72     | 5,62  | 5   | 25  |       |        |      |
| Depresif<br>düşünceler            | 12 yaş ve altı | 222 | 19,38     | 7,51  | 7   | 35  | 1,316 | 0,269  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 20,27     | 8,33  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 19,33     | 7,77  | 7   | 35  |       |        |      |
| Ağrı                              | 12 yaş ve altı | 222 | 9,77      | 3,19  | 3   | 15  | 3,005 | 0,0501 |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 9,59      | 3,51  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 8,97      | 3,38  | 3   | 15  |       |        |      |
| İştah<br>değişimleri              | 12 yaş ve altı | 222 | 10,10     | 3,31  | 3   | 15  | 7,049 | 0,001* | 1-3  |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 9,95      | 3,58  | 3   | 15  |       |        | 2-3  |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 8,90      | 3,41  | 3   | 15  |       |        |      |
| Uyku<br>değişimleri               | 12 yaş ve altı | 222 | 8,72      | 3,37  | 3   | 15  | 1,293 | 0,275  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 9,01      | 3,58  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 8,53      | 3,55  | 3   | 15  |       |        |      |
| Şişkinlik                         | 12 yaş ve altı | 222 | 10,91     | 3,38  | 3   | 15  | 7,726 | 0,000* | 1-3  |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 10,40     | 3,25  | 3   | 15  |       |        | 2-3  |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 9,58      | 3,47  | 3   | 15  |       |        |      |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | 12 yaş ve altı | 222 | 135,86    | 36,52 | 48  | 220 | 1,625 | 0,197  |      |
|                                   | 13-14 yaş      | 412 | 136,63    | 42,63 | 44  | 220 |       |        |      |
|                                   | 15 yaş ve üstü | 173 | 130,13    | 40,82 | 44  | 220 |       |        |      |

\* $p<0,05$

Tablo 8.'de araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının ilk adet yaşına göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen ANOVA sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 8 değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplam puanları ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). 15 yaş ve üstü ilk adet yaşına sahip kadınların iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar, 12 yaş ve altı ile 13-14 yaş grubundaki kadınlara göre daha düşüktür.

**Tablo 9.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adet sıklığına göre Karşılaştırmaları*

|                                   | Adet sıklığı   | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F     | p     |
|-----------------------------------|----------------|-----|-----------|-------|-----|-----|-------|-------|
| Depresif<br>Duygulanım            | 27 gün ve altı | 291 | 23,02     | 6,60  | 7   | 35  | 0,740 | 0,477 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 22,48     | 6,90  | 7   | 35  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 23,17     | 7,92  | 7   | 35  |       |       |
| Anksiyete                         | 27 gün ve altı | 291 | 18,01     | 7,11  | 7   | 35  | 2,089 | 0,125 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 17,61     | 7,18  | 7   | 35  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 19,17     | 8,88  | 7   | 35  |       |       |
| Sinirlilik                        | 27 gün ve altı | 291 | 16,13     | 5,24  | 5   | 25  | 0,223 | 0,800 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 16,04     | 5,50  | 5   | 25  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 16,41     | 6,11  | 5   | 25  |       |       |
| Depresif<br>düşünceler            | 27 gün ve altı | 291 | 19,68     | 7,47  | 7   | 35  | 1,118 | 0,328 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 19,62     | 7,98  | 7   | 35  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 20,80     | 9,14  | 7   | 35  |       |       |
| Ağrı                              | 27 gün ve altı | 291 | 9,45      | 3,05  | 3   | 15  | 0,125 | 0,883 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 9,52      | 3,45  | 3   | 15  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 9,63      | 4,01  | 3   | 15  |       |       |
| İştah<br>değişimleri              | 27 gün ve altı | 291 | 9,70      | 3,51  | 3   | 15  | 0,222 | 0,801 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 9,85      | 3,32  | 3   | 15  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 9,65      | 3,98  | 3   | 15  |       |       |
| Uyku<br>değişimleri               | 27 gün ve altı | 291 | 8,81      | 3,29  | 3   | 15  | 0,053 | 0,948 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 8,86      | 3,53  | 3   | 15  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 8,75      | 3,99  | 3   | 15  |       |       |
| Şişkinlik                         | 27 gün ve altı | 291 | 10,26     | 3,22  | 3   | 15  | 0,743 | 0,476 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 10,34     | 3,32  | 3   | 15  |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 10,69     | 3,81  | 3   | 15  |       |       |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | 27 gün ve altı | 291 | 134,95    | 37,20 | 48  | 220 | 0,494 | 0,610 |
|                                   | 28-30 gün      | 390 | 134,06    | 40,32 | 44  | 220 |       |       |
|                                   | 31 gün ve üstü | 126 | 138,20    | 48,84 | 44  | 220 |       |       |

\* $p<0,05$

Tablo 9 değerlendirildiğinde kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının arasında adet sıklığına göre istatistiki açıdan önemli farkların olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ )

**Tablo 10.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adet Süresine göre Karşılaştırmaları*

|                                   | Adet süresi   | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F     | p      | Fark |
|-----------------------------------|---------------|-----|-----------|-------|-----|-----|-------|--------|------|
| Depresif<br>Duygulanım            | 4 gün ve altı | 279 | 21,57     | 7,47  | 7   | 35  | 7,144 | 0,001* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 23,80     | 6,65  | 7   | 35  |       |        | 1-3  |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 23,12     | 6,56  | 7   | 35  |       |        |      |
| Anksiyete                         | 4 gün ve altı | 279 | 18,08     | 7,75  | 7   | 35  | 0,078 | 0,925  |      |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 18,08     | 7,18  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 17,86     | 7,41  | 7   | 35  |       |        |      |
| Sinirlilik                        | 4 gün ve altı | 279 | 15,39     | 5,61  | 5   | 25  | 4,076 | 0,017* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 16,68     | 5,32  | 5   | 25  |       |        | 1-3  |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 16,40     | 5,50  | 5   | 25  |       |        |      |
| Depresif<br>düşünceler            | 4 gün ve altı | 279 | 19,57     | 8,23  | 7   | 35  | 0,218 | 0,804  |      |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 19,94     | 7,70  | 7   | 35  |       |        |      |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 19,98     | 8,02  | 7   | 35  |       |        |      |
| Ağrı                              | 4 gün ve altı | 279 | 9,00      | 3,55  | 3   | 15  | 4,810 | 0,008* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 9,75      | 3,23  | 3   | 15  |       |        | 1-3  |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 9,80      | 3,35  | 3   | 15  |       |        |      |
| İştah<br>değişimleri              | 4 gün ve altı | 279 | 9,49      | 3,54  | 3   | 15  | 3,940 | 0,020* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 10,30     | 3,63  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 9,61      | 3,31  | 3   | 15  |       |        |      |
| Uyku<br>değişimleri               | 4 gün ve altı | 279 | 8,49      | 3,52  | 3   | 15  | 2,433 | 0,088  |      |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 9,17      | 3,47  | 3   | 15  |       |        |      |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 8,88      | 3,52  | 3   | 15  |       |        |      |
| Şişkinlik                         | 4 gün ve altı | 279 | 9,90      | 3,59  | 3   | 15  | 5,335 | 0,005* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 10,86     | 3,16  | 3   | 15  |       |        | 1-3  |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 10,42     | 3,25  | 3   | 15  |       |        |      |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | 4 gün ve altı | 279 | 130,40    | 44,34 | 44  | 220 | 3,131 | 0,044* | 1-2  |
|                                   | 5-6 gün       | 232 | 139,16    | 37,87 | 50  | 220 |       |        | 1-3  |
|                                   | 7 gün ve üstü | 296 | 136,14    | 38,86 | 48  | 220 |       |        |      |

\* $p<0,05$

Tablo 10’da araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının adet süresine göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen ANOVA sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 10’a göre Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım, sinirlilik,

ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik alt boyutları ve toplam puanları arasında adet süresine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). 4 gün ve altı adet süresine sahip kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından, depresif duygulanım, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar 5-6 gün ve 7 gün ve üstü adet süresine sahip kadınlara göre daha düşüktür.

**Tablo 11.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Adetlerin Düzenli Olma Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                             | <b>Düzenli olma</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif Duygulanım         | Evet                | 595      | 22,31                       | 7,08     | -3,230   | 0,001*   |
|                             | Hayır               | 212      | 24,10                       | 6,46     |          |          |
| Anksiyete                   | Evet                | 595      | 17,51                       | 7,33     | -3,112   | 0,002*   |
|                             | Hayır               | 212      | 19,36                       | 7,66     |          |          |
| Sinirlilik                  | Evet                | 595      | 15,79                       | 5,46     | -2,970   | 0,003*   |
|                             | Hayır               | 212      | 17,09                       | 5,53     |          |          |
| Depresif düşünceler         | Evet                | 595      | 19,17                       | 7,90     | -3,916   | 0,000*   |
|                             | Hayır               | 212      | 21,66                       | 8,00     |          |          |
| Ağrı                        | Evet                | 595      | 9,20                        | 3,42     | -4,403   | 0,000*   |
|                             | Hayır               | 212      | 10,38                       | 3,22     |          |          |
| İştah değişimleri           | Evet                | 595      | 9,72                        | 3,50     | -0,655   | 0,512    |
|                             | Hayır               | 212      | 9,90                        | 3,50     |          |          |
| Uyku değişimleri            | Evet                | 595      | 8,56                        | 3,48     | -3,639   | 0,000*   |
|                             | Hayır               | 212      | 9,58                        | 3,52     |          |          |
| Şişkinlik                   | Evet                | 595      | 10,06                       | 3,41     | -4,395   | 0,000*   |
|                             | Hayır               | 212      | 11,23                       | 3,07     |          |          |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | Evet                | 595      | 131,69                      | 41,03    | -3,943   | 0,000*   |
|                             | Hayır               | 212      | 144,40                      | 38,24    |          |          |

\* $p<0,05$

Tablo 11.'de araştırma kapsamında bulunan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının adetlerinin düzenli olması durumuna göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen bağımsız örneklem için t testi sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 11 değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanların arasında adetlerinin düzenli olması durumuna göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar vardır ( $p<0,05$ ). Adetleri düzensiz olan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından,

depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan adetleri düzenli olanlara göre anlamlı olarak yüksek puan almıştır.

**Tablo 12.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Sigara içme durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                             | <b>Sigara içme durumu</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------|---------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif Duygulanım         | Evet                      | 404      | 22,72                       | 7,29     | -0,246   | 0,805    |
|                             | Hayır                     | 403      | 22,84                       | 6,62     |          |          |
| Anksiyete                   | Evet                      | 404      | 18,42                       | 7,87     | 1,607    | 0,108    |
|                             | Hayır                     | 403      | 17,58                       | 7,00     |          |          |
| Sinirlilik                  | Evet                      | 404      | 16,34                       | 5,41     | 1,067    | 0,286    |
|                             | Hayır                     | 403      | 15,92                       | 5,60     |          |          |
| Depresif düşünceler         | Evet                      | 404      | 19,66                       | 8,17     | -0,576   | 0,565    |
|                             | Hayır                     | 403      | 19,99                       | 7,82     |          |          |
| Ağrı                        | Evet                      | 404      | 9,54                        | 3,46     | 0,243    | 0,808    |
|                             | Hayır                     | 403      | 9,48                        | 3,35     |          |          |
| İştah değişimleri           | Evet                      | 404      | 9,65                        | 3,44     | -0,954   | 0,340    |
|                             | Hayır                     | 403      | 9,88                        | 3,55     |          |          |
| Uyku değişimleri            | Evet                      | 404      | 8,95                        | 3,49     | 1,023    | 0,307    |
|                             | Hayır                     | 403      | 8,70                        | 3,55     |          |          |
| Şişkinlik                   | Evet                      | 404      | 10,53                       | 3,27     | 1,441    | 0,150    |
|                             | Hayır                     | 403      | 10,19                       | 3,45     |          |          |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | Evet                      | 404      | 135,83                      | 41,63    | 0,560    | 0,576    |
|                             | Hayır                     | 403      | 134,22                      | 39,74    |          |          |

\* $p < 0,05$

Tablo 12.'de kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının sigara içme durumuna göre karşılaştırmaları için uygulanan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına değinilmiş olup, sigara içen ve içmeyen kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiki açıdan önemli farklılıklar olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 13.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Şekerli Gıdalar Tüketme Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                             | <b>Tüketme</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------|----------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif                    | Evet           | 711      | 23,07                       | 6,90     | 3,188    | 0,001*   |
| Duygulanım                  | Hayır          | 96       | 20,67                       | 7,06     |          |          |
| Anksiyete                   | Evet           | 711      | 18,02                       | 7,39     | 0,244    | 0,807    |
|                             | Hayır          | 96       | 17,82                       | 7,96     |          |          |
| Sinirlilik                  | Evet           | 711      | 16,33                       | 5,46     | 2,846    | 0,005*   |
|                             | Hayır          | 96       | 14,64                       | 5,62     |          |          |
| Depresif düşünceler         | Evet           | 711      | 20,06                       | 8,03     | 2,239    | 0,025*   |
|                             | Hayır          | 96       | 18,11                       | 7,59     |          |          |
| Ağrı                        | Evet           | 711      | 9,58                        | 3,38     | 1,655    | 0,098    |
|                             | Hayır          | 96       | 8,97                        | 3,55     |          |          |
| İştah değişimleri           | Evet           | 711      | 9,99                        | 3,47     | 5,003    | 0,000*   |
|                             | Hayır          | 96       | 8,11                        | 3,23     |          |          |
| Uyku değişimleri            | Evet           | 711      | 8,90                        | 3,50     | 1,558    | 0,120    |
|                             | Hayır          | 96       | 8,30                        | 3,58     |          |          |
| Şişkinlik                   | Evet           | 711      | 10,46                       | 3,33     | 2,235    | 0,026*   |
|                             | Hayır          | 96       | 9,65                        | 3,53     |          |          |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | Evet           | 711      | 136,52                      | 40,29    | 2,847    | 0,005*   |
|                             | Hayır          | 96       | 123,98                      | 42,07    |          |          |

\* $p < 0,05$

Tablo 13.'te kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının şekerli gıdalar tüketme durumuna göre karşılaştırmalarına dair bağımsız örneklem t testi sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 13. incelendiğinde kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından, depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanların arasında şekerli gıdalar tüketme durumuna göre istatistiki açıdan önemli farklılıkların olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Şekerli gıdalar tüketen katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından, depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanlar daha yüksektir.

**Tablo 14.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Egzersiz Yapma Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                             | <b>Egzersiz<br/>yapma durumu</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------------|----------------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif Duygulanım         | Evet                             | 332      | 21,35                       | 7,00     | -4,964   | 0,000*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 23,78                       | 6,76     |          |          |
| Anksiyete                   | Evet                             | 332      | 17,28                       | 7,12     | -2,282   | 0,023*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 18,50                       | 7,65     |          |          |
| Sinirlilik                  | Evet                             | 332      | 15,24                       | 5,55     | -3,855   | 0,000*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 16,75                       | 5,39     |          |          |
| Depresif düşünceler         | Evet                             | 332      | 18,41                       | 7,71     | -4,249   | 0,000*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 20,81                       | 8,05     |          |          |
| Ağrı                        | Evet                             | 332      | 9,04                        | 3,43     | -3,312   | 0,001*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 9,84                        | 3,35     |          |          |
| İştah değişimleri           | Evet                             | 332      | 9,31                        | 3,53     | -3,091   | 0,002*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 10,08                       | 3,44     |          |          |
| Uyku değişimleri            | Evet                             | 332      | 8,37                        | 3,43     | -3,118   | 0,002*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 9,15                        | 3,55     |          |          |
| Şişkinlik                   | Evet                             | 332      | 10,20                       | 3,42     | -1,126   | 0,260    |
|                             | Hayır                            | 475      | 10,48                       | 3,32     |          |          |
| Premenstrüel Sendrom Ölçeği | Evet                             | 332      | 127,92                      | 40,07    | -4,192   | 0,000*   |
|                             | Hayır                            | 475      | 139,99                      | 40,41    |          |          |

\* $p < 0,05$

Tablo 14.'te kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının eğitime göre karşılaştırmaları için gerçekleştirilen bağımsız örneklem için t testi sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 14 değerlendirildiğinde katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alt boyutundan aldıkları puanların arasında eğitime göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar vardır ( $p < 0,05$ ). Egzersiz yapan katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alt boyutundan aldıkları puanlar egzersiz yapmayanlardan fazladır.

**Tablo 15.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Öfke kontrol zorluğu yaşanan döneme göre Karşılaştırmaları*

|                                   | <b>Dönem</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> | <b>F</b> | <b>p</b> | <b>Fark</b> |
|-----------------------------------|--------------|----------|-----------------------------|----------|------------|------------|----------|----------|-------------|
| Depresif<br>Duygulanım            | Adet öncesi  | 469      | 24,16                       | 6,09     | 8          | 35         | 24,918   | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 21,29                       | 7,78     | 7          | 35         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 19,87                       | 7,19     | 7          | 35         |          |          | 2-3         |
| Anksiyete                         | Adet öncesi  | 469      | 18,48                       | 7,18     | 7          | 35         | 4,379    | 0,013*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 17,86                       | 7,88     | 7          | 35         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 16,10                       | 7,44     | 7          | 35         |          |          | 2-3         |
| Sinirlilik                        | Adet öncesi  | 469      | 17,28                       | 4,77     | 5          | 25         | 34,661   | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 15,32                       | 6,05     | 5          | 25         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 12,75                       | 5,69     | 5          | 25         |          |          | 2-3         |
| Depresif<br>düşünceler            | Adet öncesi  | 469      | 20,62                       | 7,58     | 7          | 35         | 7,459    | 0,001*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 19,28                       | 8,49     | 7          | 35         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 17,45                       | 8,18     | 7          | 35         |          |          | 2-3         |
| Ağrı                              | Adet öncesi  | 469      | 9,96                        | 3,24     | 3          | 15         | 11,102   | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 9,03                        | 3,67     | 3          | 15         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 8,52                        | 3,15     | 3          | 15         |          |          | 2-3         |
| İştah<br>değişimleri              | Adet öncesi  | 469      | 10,15                       | 3,31     | 3          | 15         | 8,700    | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 9,48                        | 3,68     | 3          | 15         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 8,68                        | 3,65     | 3          | 15         |          |          | 2-3         |
| Uyku<br>değişimleri               | Adet öncesi  | 469      | 9,22                        | 3,38     | 3          | 15         | 7,725    | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 8,39                        | 3,70     | 3          | 15         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 8,00                        | 3,46     | 3          | 15         |          |          | 2-3         |
| Şişkinlik                         | Adet öncesi  | 469      | 10,97                       | 3,11     | 3          | 15         | 24,440   | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 9,89                        | 3,51     | 3          | 15         |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 8,67                        | 3,39     | 3          | 15         |          |          | 2-3         |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | Adet öncesi  | 469      | 141,70                      | 36,78    | 48         | 220        | 19,150   | 0,000*   | 1-2         |
|                                   | Adetliyen    | 236      | 129,48                      | 44,76    | 44         | 220        |          |          | 1-3         |
|                                   | Adet sonrası | 102      | 117,18                      | 40,90    | 44         | 220        |          |          | 2-3         |

\* $p < 0,05$

Tablo 15’te kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının öfke kontrol zorluğu yaşanan döneme göre karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçlarına değinilmiştir.

Tablo 15.’e göre araştırmadaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik alt boyutlarından aldıkları puanların arasında öfke kontrolü zorluğu yaşanan döneme göre istatistiki açıdan önemli farklılıklar vardır ( $p<0,05$ ). Öfke kontrolü zorluğunu en çok adet öncesi dönemde yaşadığını ifade eden kadınlar Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik alt boyutlarından diğer kadınlara göre daha yüksek puan almıştır. Ayrıca Öfke kontrolü zorluğunu en çok adetli olduğu dönemde yaşadığını ifade eden kadınlar Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri, şişkinlik alt boyutlarından adet sonrası öfke kontrolü yaşadığını ifade eden kadınlara göre daha yüksek puan almıştır.

**Tablo 16.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Psikiyatrik Rahatsızlık Olma Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                |                    | <b>Psikiyatrik</b> |                             |          | <b>t</b> | <b>p</b> |
|----------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
|                | <b>rahatsızlık</b> | <b>n</b>           | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> |          |          |
| Depresif       | Evet               | 81                 | 23,83                       | 7,25     | 1,427    | 0,154    |
| Duygulanım     | Hayır              | 726                | 22,66                       | 6,93     |          |          |
| Anksiyete      | Evet               | 81                 | 19,77                       | 7,48     | 2,256    | 0,024*   |
|                | Hayır              | 726                | 17,80                       | 7,43     |          |          |
| Sinirlilik     | Evet               | 81                 | 17,36                       | 5,12     | 2,121    | 0,034*   |
|                | Hayır              | 726                | 15,99                       | 5,53     |          |          |
| Depresif       | Evet               | 81                 | 22,32                       | 7,98     | 2,976    | 0,003*   |
| düşünceler     | Hayır              | 726                | 19,55                       | 7,95     |          |          |
| Ağrı           | Evet               | 81                 | 9,37                        | 3,55     | -0,384   | 0,701    |
|                | Hayır              | 726                | 9,52                        | 3,39     |          |          |
| İştah          | Evet               | 81                 | 9,81                        | 3,77     | 0,133    | 0,894    |
| değişimleri    | Hayır              | 726                | 9,76                        | 3,47     |          |          |
| Uyku           | Evet               | 81                 | 9,43                        | 3,35     | 1,636    | 0,102    |
| değişimleri    | Hayır              | 726                | 8,76                        | 3,53     |          |          |
| Şişkinlik      | Evet               | 81                 | 10,26                       | 3,39     | -0,296   | 0,767    |
|                | Hayır              | 726                | 10,38                       | 3,36     |          |          |
| Premenstrüel   | Evet               | 81                 | 142,46                      | 39,94    | 1,735    | 0,083    |
| Sendrom Ölçeği | Hayır              | 726                | 134,20                      | 40,70    |          |          |

\* $p < 0,05$

Tablo 16.'da araştırma kapsamında yer alan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre karşılaştırmaları için uygulanan bağımsız örneklem için t testine dair bulgulara değinilmiştir.

Tablo 16.'ya göre kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanların arasında psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar vardır ( $p < 0,05$ ). Psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutlarından aldıkları puanlar psikiyatrik rahatsızlığı olmayanlardan yüksektir.

**Tablo 17.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Premenstrüel Sendrom Yaşama Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                                   | PMS yaşama | n   | $\bar{x}$ | s     | Min | Max | F      | p      | Fark |
|-----------------------------------|------------|-----|-----------|-------|-----|-----|--------|--------|------|
| Depresif<br>Duygulanım            | Evet       | 199 | 23,72     | 6,10  | 7   | 35  | 14,528 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 20,88     | 7,70  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 23,63     | 6,58  | 7   | 35  |        |        |      |
| Anksiyete                         | Evet       | 199 | 17,90     | 7,00  | 7   | 35  | 5,969  | 0,003* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 16,81     | 7,53  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 18,91     | 7,55  | 7   | 35  |        |        |      |
| Sinirlilik                        | Evet       | 199 | 17,18     | 4,75  | 5   | 25  | 19,034 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 14,43     | 6,08  | 5   | 25  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 16,78     | 5,18  | 5   | 25  |        |        |      |
| Depresif<br>düşünceler            | Evet       | 199 | 20,11     | 7,13  | 7   | 35  | 8,806  | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 18,17     | 8,68  | 7   | 35  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 20,87     | 7,76  | 7   | 35  |        |        |      |
| Ağrı                              | Evet       | 199 | 10,11     | 3,16  | 3   | 15  | 12,127 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 8,68      | 3,69  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 9,78      | 3,21  | 3   | 15  |        |        |      |
| İştah<br>değişimleri              | Evet       | 199 | 10,94     | 3,09  | 3   | 15  | 29,845 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 8,54      | 3,71  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 10,00     | 3,28  | 3   | 15  |        |        |      |
| Uyku<br>değişimleri               | Evet       | 199 | 9,42      | 3,29  | 3   | 15  | 8,801  | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 8,11      | 3,67  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 9,01      | 3,45  | 3   | 15  |        |        |      |
| Şişkinlik                         | Evet       | 199 | 11,43     | 2,93  | 4   | 15  | 29,388 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 9,16      | 3,61  | 3   | 15  |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 10,63     | 3,15  | 3   | 15  |        |        |      |
| Premenstrüel<br>Sendrom<br>Ölçeği | Evet       | 199 | 141,95    | 33,67 | 67  | 220 | 18,628 | 0,000* | 1-2  |
|                                   | Hayır      | 256 | 122,52    | 45,40 | 44  | 220 |        |        | 2-3  |
|                                   | Bilmeyen   | 352 | 140,21    | 38,65 | 44  | 220 |        |        |      |

\* $p < 0,05$

Tablo 17.'de kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının premenstrüel sendrom yaşama durumuna göre karşılaştırmaları için ANOVA bulgularına değinilmiş olup, kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından ve tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların arasında premenstrüel sendrom yaşama durumuna göre istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar vardır ( $p < 0,05$ ). Premenstrüel sendrom yaşamayan kadınlar Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından ve tüm alt ölçeklerinden premenstrüel sendrom yaşayan ve bilmeyen kadınlara göre daha az puan almıştır.

**Tablo 18.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının Doğum Yapma Durumuna göre Karşılaştırmaları*

|                   | <b>Doğum<br/>yapma</b> | <b>n</b> | <b><math>\bar{x}</math></b> | <b>s</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-------------------|------------------------|----------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| Depresif          | Evet                   | 161      | 19,06                       | 8,01     | -7,869   | 0,000*   |
| Duygulanım        | Hayır                  | 646      | 23,71                       | 6,35     |          |          |
| Anksiyete         | Evet                   | 161      | 16,66                       | 8,11     | -2,544   | 0,011*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 18,33                       | 7,25     |          |          |
| Sinirlilik        | Evet                   | 161      | 13,57                       | 6,17     | -6,772   | 0,000*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 16,77                       | 5,14     |          |          |
| Depresif          | Evet                   | 161      | 17,38                       | 8,22     | -4,388   | 0,000*   |
| düşünceler        | Hayır                  | 646      | 20,44                       | 7,83     |          |          |
| Ağrı              | Evet                   | 161      | 8,63                        | 3,60     | -3,671   | 0,000*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 9,73                        | 3,32     |          |          |
| İştah değişimleri | Evet                   | 161      | 8,34                        | 3,75     | -5,897   | 0,000*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 10,12                       | 3,34     |          |          |
| Uyku değişimleri  | Evet                   | 161      | 8,17                        | 3,72     | -2,642   | 0,008*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 8,99                        | 3,45     |          |          |
| Şişkinlik         | Evet                   | 161      | 8,94                        | 3,59     | -6,150   | 0,000*   |
|                   | Hayır                  | 646      | 10,72                       | 3,21     |          |          |
| Premenstrüel      | Evet                   | 161      | 117,62                      | 46,97    | -6,208   | 0,000*   |
| Sendrom Ölçeği    | Hayır                  | 646      | 139,36                      | 37,76    |          |          |

\* $p < 0,05$

Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının doğum yapma durumuna göre karşılaştırmaları için bağımsız örneklemelerde t testi sonuçları Tablo 18.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından ve tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların arasında doğum yapma durumuna göre istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar vardır ( $p < 0,05$ ). Doğum yapan kadınlar Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından ve tüm alt ölçeklerinden doğum yapmayan kadınlara göre daha az puan almıştır.

**Tablo 19.**

*Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanları ile DAS21 ve WHOQOL ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar*

|                        | 1        | 2      | 3       | 4      | 5      | 6     | 7      | 8      | 9      | 10     | 11     | 12     | 13    | 14    | 15    | 16    | 17    | 18 |
|------------------------|----------|--------|---------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 1.Depresif Duygulanım  | r 1      |        |         |        |        |       |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 2.Anksiyete            | r ,728*  | 1      |         |        |        |       |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 3.Sinirlilik           | r ,802*  | ,661*  | 1       |        |        |       |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 4.Depresif düşünceler  | r ,766*  | ,826*  | ,753*   | 1      |        |       |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 5.Ağrı                 | r ,663*  | ,609*  | ,673*   | ,700*  | 1      |       |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 6.İştah değişimleri    | r ,514*  | ,380*  | ,532*   | ,479*  | ,517*  | 1     |        |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 7.Uyku değişimleri     | r ,638*  | ,686*  | ,654*   | ,724*  | ,703*  | ,456* | 1      |        |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 8.Şişkinlik            | r ,613*  | ,498*  | ,623*   | ,547*  | ,645*  | ,564* | ,585*  | 1      |        |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 9.PMS Ölçeği           | r ,895*  | ,854*  | ,873*   | ,910*  | ,812*  | ,623* | ,811*  | ,728*  | 1      |        |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 10.Depresyon           | r ,444*  | ,483*  | ,410*   | ,562*  | ,358*  | ,225* | ,429*  | ,277*  | ,510*  | 1      |        |        |       |       |       |       |       |    |
| 11.Anksiyete           | r ,420*  | ,557*  | ,407*   | ,555*  | ,407*  | ,237* | ,467*  | ,316*  | ,528*  | ,783*  | 1      |        |       |       |       |       |       |    |
| 12.Stres               | r ,493*  | ,503*  | ,507*   | ,525*  | ,401*  | ,270* | ,447*  | ,339*  | ,549*  | ,798*  | ,793*  | 1      |       |       |       |       |       |    |
| 13.Genel sağlık durumu | r -,084* | -,186* | -,085*  | -,200* | -,101* | 0,038 | -,177* | -0,012 | -,135* | -,362* | -,317* | -,266* | 1     |       |       |       |       |    |
| 14.Fiziksel alan       | r -0,034 | -,209* | -0,055  | -,214* | -0,054 | ,077  | -,113* | 0,011  | -,116* | -,270* | -,228* | -,163* | ,438* | 1     |       |       |       |    |
| 15.Psikolojik alan     | r -0,007 | -,175* | 0,013   | -,218* | -0,020 | ,092  | -,078* | 0,044  | -,076* | -,332* | -,247* | -,176* | ,499* | ,690* | 1     |       |       |    |
| 16.Sosyal alan         | r -0,045 | -,228* | -0,056  | -,227* | -,082* | 0,008 | -,143* | -0,001 | -,131* | -,272* | -,255* | -,174* | ,423* | ,583* | ,593* | 1     |       |    |
| 17.Çevresel alan       | r -0,006 | -,218* | -0,002* | -,174* | -0,007 | ,02   | -,113* | 0,062  | -,074* | -,239* | -,227* | -,140* | ,513* | ,640* | ,722* | ,637* | 1     |    |
| 18.WHOQOL              | r -0,033 | -,244* | -0,032  | -,239* | -0,050 | ,038  | -,142* | 0,043  | -,118* | -,334* | -,290* | -,200* | ,623* | ,842* | ,869* | ,774* | ,905* | 1  |

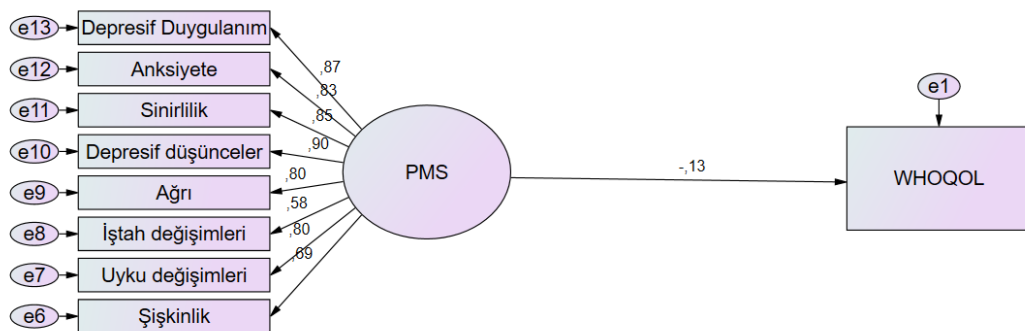
\* $p < 0,05$

Tablo 19.'da araştırmadaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanları ile DAS21 ve WHOQOL ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar Pearsonla incelenmiştir.

Tablo 19. incelendiğinde kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından, depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutundan aldıkları puanlar ile DAS-21'in depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiki açıdan anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar vardır ( $p<0,05$ ).

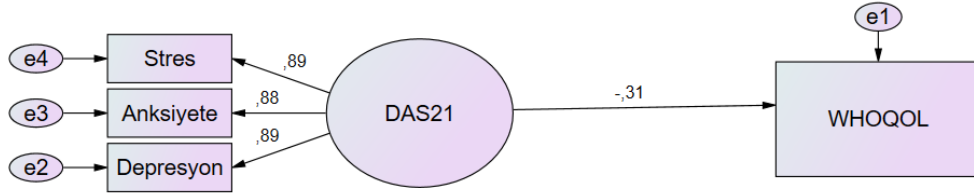
Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin toplamından, anksiyete, depresif düşünceler ve uyku değişimleri alt boyutundan aldıkları puanlar ile WHOQOL ölçeğinin toplamından ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar vardır ( $p<0,05$ ). Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin depresif duygulanım alt boyutundan aldıkları puanlar ile WHOQOL ölçeğinin Genel sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar vardır ( $p<0,05$ ). Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin sinirlilik ve ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar ile WHOQOL ölçeğinin Genel sağlık durumu ve çevresel alan alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar vardır ( $p<0,05$ ).

Depresyon, anksiyete ve stres puanları ile WHOQOL ölçeği toplam ve tüm alt boyut puanları arasında negatif yönlü korelasyonlar vardır ( $p<0,05$ ).



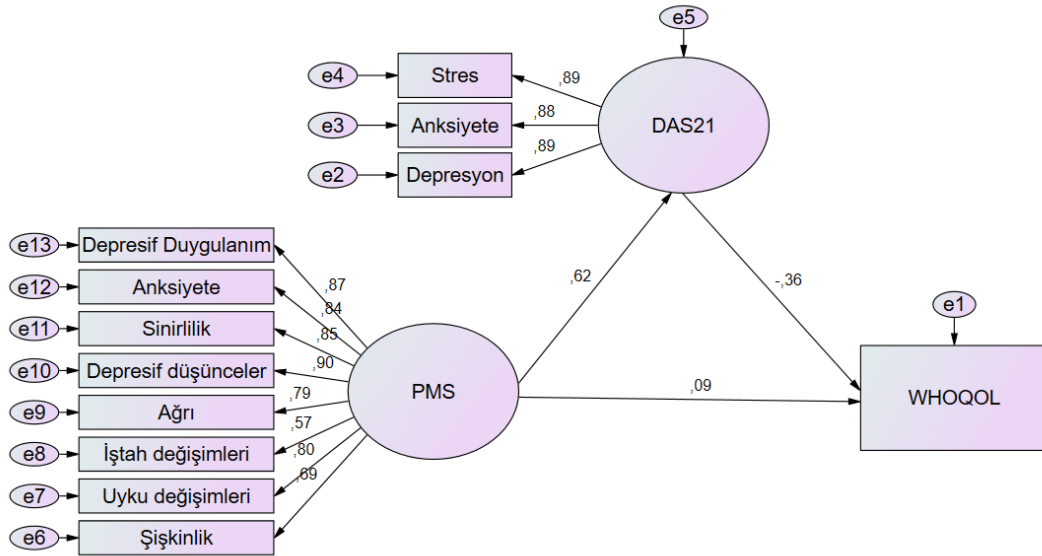
**Şekil 1.** Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının WHOQOL ölçeği Puanlarını Yordama Durumu

Şekil 1.'de verilen yapısal eşitlik modeli incelendiğinde, kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği Puanlarının WHOQOL ölçeği puanlarını istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yönde yordadığı belirlenmiştir ( $\beta=-0,13$ ;  $p<0,05$ ).



**Şekil 2.** Kadınların DAS-21 Ölçeği Puanlarının WHOQOL ölçeği Puanlarını Yordama Durumu

Şekil 2.'ye göre araştırma kapsamındaki kadınların DAS-21 Ölçeği puanları WHOQOL ölçeği Puanlarının istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yordayıcısıdır ( $\beta=-0,31$ ;  $p<0,05$ ).



**Şekil 3.** Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile WHOQOL ölçeği Puanlarının Arasında DAS-21 Ölçeği Puanlarının Aracı Rolü

Şekil 3.'te araştırma kapsamındaki kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile WHOQOL ölçeği puanlarının arasında DAS-21 ölçeği puanlarının aracı rolünün incelenmesine dair yapısal eşitlik modeline değinilmiştir.

Şekil 3.'e göre kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanları DAS-21 ölçeği puanlarının pozitif yönde yordayıcısıdır ( $\beta=0,62;p<0,05$ ). Kadınların DAS-21 Ölçeği puanları WHOQOL ölçeği puanlarının istatistiki açıdan anlamlı ve negatif yordayıcısıdır ( $\beta=-0,31;p<0,05$ ). Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının WHOQOL ölçeği puanlarını istatistiki açıdan anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür ( $\beta=0,09;p>0,05$ ). Buna göre; Kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanları tek başına WHOQOL ölçeği puanlarını istatistiki açıdan anlamlı şekilde yordarken, modele DAS-21 ölçeği puanları dahil edildiğinde, Premenstrüel Sendrom Ölçeği puanlarının WHOQOL ölçeği puanlarını yordayıcılığının ortadan kalktığı dolayısıyla Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile WHOQOL ölçeği puanlarının arasında DAS-21 ölçeği puanlarının tam aracı rolünün olduğu tespit edilmiştir.

## BÖLÜM V

### Tartışma

Araştırma sonucunda yaşa göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark tespit edilmiştir. 18-23 yaş aralığındakilerin premenstrüel sendrom düzeylerinin 24-28 ile 29 ve üzeri yaş aralığındakilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, genç yaş grubundaki bireylerin hormonal değişimlere, stres faktörlerine karşı daha hassas olmalarından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir. Alan yazındaki bulgular da bu sonucu desteklemektedir. Lustyk ve diğerleri (2009), genç kadınlarda PMS semptomlarının daha yoğun yaşandığını ve bunun psikolojik stres ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, Gürkan ve Bilgili (2022) tarafından yapılan çalışmada da genç yetişkin bireylerin PMS düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Rapkin ve Mikacich (2008), yaş ilerledikçe kadınların premenstrüel belirtileri daha etkili yönetebildiklerini ve semptomların hafiflediğini ifade etmiştir.

Araştırma bulgularına göre, medeni duruma bağlı olarak premenstrüel sendrom düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bekar kadınların genel premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik boyutlarındaki puanlarının evli kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, evli bireylerin eş desteği aracılığıyla stresle başa çıkmada daha avantajlı olabileceklerini düşündürmektedir. Alan yazın da bu bulguyu desteklemektedir. Mohebbi-Dehnavi ve diğerleri (2018) tarafından yürütülen bir çalışmada, evli kadınların PMS semptomlarının bekâr kadınlara göre daha hafif olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Clarke ve diğerleri (2020), medeni durumun kadınların psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ve evli bireylerin daha düşük düzeyde depresif belirtiler ile anksiyete yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmanın bir diğer bulgusunda eğitim durumuna göre premenstrüel sendromun anksiyete düzeylerinde fark tespit edilmiştir. Lise ve altı eğitim düzeyindekilerin premenstrüel sendromda anksiyete düzeylerinin üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyindekilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç psikolojik semptomların daha yoğun hissedilmesine ve yönetilmesinin daha zor olmasına yol açabilir. Literatürde yapılan çalışmalarda bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Arslan Dökmeci (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip kadınların stresle başa çıkma becerilerinin sınırlı olduğu ve

bunun PMS ile ilişkili anksiyete düzeylerini artırdığı ortaya konmuştur. Ayrıca, Shavaresi ve diğerleri (2024) eğitim düzeyinin artışıyla birlikte bireylerin psikolojik esnekliklerinin de arttığını ve bunun premenstrüel sendrom semptomlarını yönetmede daha etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışma bulgusunda ilk kez adet görme yaşına göre premenstrüel sendromun iştah değişimleri ve şişkinlik boyutlarında fark tespit edilmiştir. İlk adetini 15 yaş ve üzerinde gören kadınların premenstrüel sendromda iştah değişimleri ve şişkinlik düzeylerinin ilk adetini 12 yaş ve altı ile 13-14 yaş arasında göre kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ilk adet görme yaşının genç yaşlarda olması, vücutta erken hormonal değişikliklerin başlamasına yol açabilir ve bu durum PMS belirtilerinin daha yoğun yaşanmasına sebep olabilir. Alan yazınında, yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Firoozi ve diğerleri (2012), erken yaşta adet görmenin, kadınlarda daha yoğun premenstrüel belirtilerin, özellikle şişkinlik ve iştah değişimlerinin görülmesine neden olabileceğini belirtmişlerdir. Ayrıca, Rapkin ve Mikacich (2008) yaptıkları çalışmada, genç yaşta adet görmenin, hormonal dengenin daha hızlı değişmesine neden olabileceğini ve bu nedenle PMS semptomlarının daha belirgin hale geldiğini vurgulamaktadırlar.

Araştırma sonucunda adet süresine göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark bulunmuştur. 4 gün ve altı adet süresine sahip kadınların genel premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresif duygulanım, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik boyutu düzeylerinin 5-6 gün ve 7 gün ve üstü adet süresine sahip kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç, adet süresi uzadıkça, hormonal dalgalanmaların daha uzun süre devam etmesi, dolayısıyla PMS ile ilişkili semptomların daha belirgin hale gelmesine neden olabilir. Alan yazınında da bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Park ve diğerleri (2020), uzun adet döngülerine sahip kadınların PMS semptomlarının daha yoğun olduğunu ve adet süresinin uzamasının hormonal dengesizlikleri daha uzun süre devam ettirdiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Schoep ve diğerleri (2019) yaptıkları çalışmada, uzun adet sürelerine sahip kadınların daha yüksek şişkinlik ve ağrı gibi fizyolojik belirtiler yaşadıklarını ve bu semptomların psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkiler yarattığını rapor etmişlerdir.

Çalışma sonucunda düzenli adet görme durumuna göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark tespit edilmiştir. Adetleri düzensiz olan kadınların genel premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik,

depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik boyutu düzeylerinin adetleri düzenli olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, adet düzeninin hormonal dengenin stabilitesini yansıttığı ve düzensiz adet gören bireylerin, hormonlarındaki dalgalanmalar nedeniyle PMS semptomlarının daha yoğun yaşandığı şeklinde yorumlanabilir. Alan yazınında, yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Liguori ve diğerleri (2023), düzensiz adet döngülerine sahip kadınların PMS semptomlarını daha şiddetli yaşadıklarını ve hormonların düzensiz salınımının bu semptomları artırdığını ortaya koymuşlardır. Ayrıca, Schoep ve diğerleri (2019), adet düzensizliklerinin, kadınların psikolojik sağlıklarını etkileyebileceğini ve özellikle anksiyete, depresyon gibi duygusal durumları şiddetlendirebileceğini belirtmişlerdir.

Çalışmada şekerli gıdalar tüketme durumuna göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark bulunmuştur. Şekerli gıdalar tüketen kadınların genel premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik boyutu düzeylerinin şekerli gıda tüketmeyenlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç, şekerli gıdaların, hormonal dengesizlikleri ve inflamasyonu artırarak PMS semptomlarını şiddetlendirebileceğini düşündürmektedir. Alan yazınında da yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Houghton ve diğerleri (2017), şekerli gıda tüketiminin yüksek olduğu bireylerde depresif duygulanımların daha belirgin olduğunu ve bu tür gıdaların PMS semptomlarını daha şiddetli hale getirdiğini rapor etmişlerdir. Benzer şekilde, Hashim ve diğerleri (2019), şekerli gıda tüketiminin, hormon seviyelerindeki dalgalanmalara ve insülin direncine neden olabileceğini, bunun da PMS belirtilerinin yoğunlaşmasına yol açtığını vurgulamaktadırlar.

Araştırma kapsamında egzersiz yapma durumuna göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark tespit edilmiştir. Egzersiz yapmayan kadınların genel premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri boyutu düzeylerinin egzersiz yapanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, düzenli fiziksel aktivitenin, PMS semptomlarının şiddetini hafifletebileceğini ve egzersiz yapmanın semptomların daha yoğun yaşanmasına yol açabileceğini göstermektedir. Alan yazınında yapılan çalışma bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Ayyub ve diğerleri (2024), egzersiz yapan kadınların, depresif duygulanımlar, sinirlilik ve ağrı gibi PMS semptomlarını daha az yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, Pearce ve diğerleri

(2020) çalışmasında, egzersizin, PMS semptomlarının şiddetini anlamlı derecede azalttığını ve düzenli egzersizin, uyku düzenini iyileştirdiğini vurgulamaktadırlar.

Araştırma sonucunda öfke kontrol zorluğunun yaşandığı döneme göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark bulunmuştur. Öfke kontrol zorluğunu en çok adet öncesi ve adet döneminde yaşayan kadınların premenstrüel sendrom düzeylerinin öfke kontrol zorluğunu daha çok adet sonrası dönemde yaşayanlara kıyasla daha yüksektir. Bu sonuç, adet öncesi ve adet dönemindeki hormonal dalgalanmalar, bireylerin duygusal tepkilerini daha yoğun hale getirebilir, bu da öfke kontrolünü zorlaştırabilir. Yapılan çalışmalar, bu bulguya paralel sonuçlar sunmaktadır. Sağlam ve Başar (2019), adet öncesi ve adet dönemi boyunca kadınların daha yüksek öfke, sinirlilik ve duygusal dengesizlik yaşadığını ve bu semptomların PMS şiddetini artırdığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Manikandan ve diğerleri (2016), öfke kontrolünün özellikle hormonal değişimlere duyarlı olduğunu ve adet döngüsünün belirli dönemlerinde bu kontrolün daha zor hale geldiğini vurgulamaktadırlar.

Çalışma bulgusunda psikiyatrik rahatsızlığı bulunma durumuna göre premenstrüel sendromun anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler boyutu düzeylerinde fark tespit edilmiştir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınların premenstrüel sendromda anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler düzeylerinin psikiyatrik rahatsızlığı olmayanlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç, psikiyatrik bozuklukların, PMS semptomlarının şiddetini artırabileceğini ve bu tür kadınların, hormonal değişimlere daha duyarlı hale gelerek daha güçlü duygusal reaksiyonlar sergileyebileceğini düşündürmektedir. Alan yazında yapılan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir. Firoozi ve diğerleri (2012), depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların, PMS semptomlarının şiddetini artırdığını ve hormonlar ile psikolojik durum arasındaki etkileşimin, kadınların duygusal sağlığını olumsuz etkileyebileceğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Nayman ve diğerleri (2023), psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin, PMS sırasında daha şiddetli sinirlilik, depresif düşünceler ve kaygı yaşadıklarını vurgulamaktadırlar.

Araştırma kapsamında premenstrüel sendrom yaşama durumuna göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark bulunmuştur. Premenstrüel sendrom yaşamayan kadınların premenstrüel sendrom düzeylerinin premenstrüel sendrom yaşayan ve yaşayıp yaşamadığını bilmeyenlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, PMS semptomlarının varlığıyla ilişkili olarak, semptomların şiddetinin

bireyler arasında farklılık gösterdiğini ve bu semptomların, kişilerin yaşam kalitesini ve duygusal durumlarını önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bulgu, alan yazınında da benzer şekilde vurgulanmaktadır. Gudipally ve Sharma (2023), PMS semptomları yaşayan kadınların, ruhsal ve fiziksel sağlıklarında daha yüksek zorlukla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, Abbas ve diğerleri (2020), PMS yaşayan bireylerin daha yüksek düzeyde depresif duygulanım, sinirlilik ve anksiyete yaşadıklarını, bu semptomların PMS'nin varlığıyla doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamaktadırlar.

Araştırmada doğum yapma durumuna göre premenstrüel sendrom düzeylerinde fark görülmüştür. Doğum yapan kadınların premenstrüel sendrom düzeylerinin doğum yapmayanlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, doğum yapmış olmanın PMS semptomlarının şiddetini hafifletici bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Alan yazınında, yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Liguori ve diğerleri (2023), doğum yapmış kadınların, doğum yapmamış kadınlara kıyasla daha düşük düzeyde depresif duygulanım ve anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, Ataman ve Dişsiz (2022), doğum yapmış kadınlarda, özellikle hormon düzeylerinin normalleşmesinin ardından PMS semptomlarının genellikle azaldığını vurgulamaktadırlar.

Araştırmanın önemli bulgusunda premenstrüel sendrom düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Bu durum, PMS yaşayan kadınlarda, hormonal değişikliklerin ve vücutta meydana gelen biyolojik süreçlerin, duygusal durumları üzerinde daha yoğun bir etki yarattığı düşünülebilir. Literatürde yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Modzelewski ve diğerleri (2024), PMS'nin özellikle depresyon ve anksiyete semptomları ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Steiner (2000), PMS'nin, kadınların ruh halini ve psikolojik durumlarını bozan önemli bir faktör olduğunu, bu durumun stres düzeylerini artırabileceğini ifade etmişlerdir.

Araştırmanın bir diğer bulgusunda genel premenstrüel sendrom düzeyleri ve premenstrüel sendromda anksiyete, depresif düşünceler ve uyku değişimleri düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında negatif ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, PMS semptomlarının şiddetinin artmasının, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Alan yazınında yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Branecka-Woźniak ve

diğerleri (2022), PMS semptomlarının anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğunu ve bu semptomların, kadınların yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Mighani ve diğerleri (2024), PMS'deki uyku bozukluklarının, bireylerin gündelik yaşantısını olumsuz yönde etkileyerek, yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya yol açtığını ifade etmişlerdir.

Araştırma bulgusunda depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç depresyon, anksiyete ve stres, bireylerin duygusal ve fiziksel sağlıklarını bozarak, sosyal ve profesyonel yaşamlarında zorluklara yol açabilir, bu da yaşam kalitesini düşürür. Alan yazında yapılan çalışmalar bu araştırma bulgusunu desteklemektedir. Alshelleh ve diğerleri (2023), depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi üzerinde ciddi olumsuz etkiler yarattığını ve bu durumun özellikle psikolojik sağlığı etkileyen bireylerde daha belirgin olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, Colović ve diğerleri (2009), stresin, bireylerin yaşam kalitesini zedeleyici bir faktör olduğunu ve stres düzeylerinin arttıkça, yaşam kalitesinin düşüş gösterdiğini ifade etmişlerdir.

Araştırma sonucunda premenstrüel sendrom düzeylerinin yaşam kalitesi düzeylerini negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, PMS semptomlarının şiddetinin arttıkça, kadınların genel yaşam kalitesinde belirgin bir azalma yaşandığını ortaya koymaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Al-Shahrani ve diğerleri (2021), PMS'nin şiddetli semptomlarının, kadınların günlük aktivitelerini ve genel yaşam kalitelerini önemli ölçüde engellediğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Ihara ve diğerleri (2024), PMS'nin kadınların psikolojik durumunu bozarak, yaşam kalitesinde belirgin bir azalmaya yol açtığını ifade etmişlerdir.

Çalışma kapsamında depresyon, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi düzeylerini negatif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, psikolojik sağlık durumlarının, özellikle depresyon, anksiyete ve stresin, bireylerin genel yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bulgu, mevcut literatürle uyumludur. Hohls ve diğerleri (2021), depresyon ve anksiyetenin, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde negatif etkiler yarattığını ve bu durumların daha yüksek stresle birleştiğinde yaşam kalitesinin daha da kötüleşebileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca, Hwang ve Oh (2024), stres ve anksiyetenin artmasının, bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen başlıca faktörler arasında yer aldığını ortaya koymuşlardır.

Çalışma sonucunda premenstrüel sendrom ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkide depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin tam aracı rolünün bulunduğu görülmüştür. Bu sonuç, PMS semptomlarının, doğrudan yaşam kalitesi üzerinde etkili olmasının yanı sıra, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik faktörler aracılığıyla bu etkiyi pekiştirdiğini ortaya koymaktadır. PMS semptomlarının şiddetinin arttığı dönemlerde, kadınların ruhsal durumlarındaki bozulmalar yaşam kalitesinin daha da düşmesine yol açmaktadır. Bu bulgu, alan yazını ile de paralellik göstermektedir. Al-Shahrani ve diğerleri (2021) PMS'nin semptomatik etkilerinin, anksiyete ile etkileşime girerek kadınların yaşam kalitesinde ciddi bir azalmaya neden olduğunu vurgulamaktadır.

## BÖLÜM VI

### Sonuç ve Öneriler

#### Sonuç

Araştırma sonuçlarına göre, yaş değişkenine bağlı olarak premenstrüel sendrom düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. 18–23 yaş aralığındaki kadınların PMS düzeylerinin, 24–28 yaş grubu ile 29 yaş ve üzeri gruptaki kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda, bekâr kadınların genel PMS düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarında, evli kadınlara kıyasla daha yüksek puanlara sahip oldukları belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre PMS'in anksiyete boyutunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir; lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin anksiyete düzeyleri, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyindekilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

İlk adet görme yaşına göre PMS'in iştah değişimleri ve şişkinlik boyutlarında anlamlı farklar saptanmıştır; ilk adetini 15 yaş ve üzerinde gören kadınların bu boyutlardaki düzeyleri, daha erken yaşta adet gören kadınlara kıyasla daha düşük bulunmuştur.

Adet süresine göre PMS düzeyleri arasında fark gözlenmiştir. Adet süresi 4 gün ve altında olan kadınların genel PMS düzeyleri ile depresif duygulanım, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik düzeyleri, adet süresi 5–6 gün ve 7 gün ve üzeri olanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Ayrıca adet düzenine göre de anlamlı farklılıklar belirlenmiş; adet düzensizliği yaşayan kadınların genel PMS düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik düzeyleri düzenli adet gören kadınlara kıyasla daha yüksektir.

Şekerli gıda tüketen kadınların PMS düzeyleri ile depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik boyutları şekerli gıda tüketmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Egzersiz yapma durumuna göre ise egzersiz yapmayan kadınların genel PMS düzeyleri ile depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah ve uyku değişimleri düzeyleri egzersiz yapanlara göre daha yüksektir. Öfke kontrol zorluğunun yaşandığı dönem de PMS düzeylerinde fark oluşturmuştur. Öfke kontrolünde en çok zorluk yaşayan dönem olarak adet öncesi ve adet dönemini

belirten kadınların PMS düzeyleri, bu zorluğu adet sonrası dönemde yaşayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan kadınların PMS'nin anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler boyutlarındaki düzeyleri, psikiyatrik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksektir.

Premenstrüel sendrom yaşama durumu açısından yapılan karşılaştırmalarda, PMS yaşadığını belirten ve emin olmayan kadınların PMS düzeyleri, PMS yaşamadığını belirtenlerden daha yüksek bulunmuştur.

Doğum yapma durumuna göre de fark gözlenmiş; doğum yapmış kadınların PMS düzeylerinin doğum yapmamışlara kıyasla daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda PMS düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif ilişkiler bulunurken, genel PMS düzeyleri ve anksiyete, depresif düşünceler ile uyku değişimleri alt boyutlarının yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır. PMS'in depresif duygulanım boyutu ile yaşam kalitesinin genel sağlık durumu arasında, sinirlilik ve ağrı boyutları ile ise genel sağlık durumu ve çevresel alan arasında negatif ilişkiler tespit edilmiştir. Depresyon, anksiyete ve stresin yaşam kalitesini negatif yordadığı görülmüştür. PMS düzeylerinin yaşam kalitesini negatif yönde; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ise pozitif yordadığı belirlenmiştir. PMS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide depresyon, anksiyete ve stresin tam aracılık rolü üstlendiği görülmüştür.

## **Öneriler**

### ***İleride Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler***

Premenstrüel Sendrom düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilerin, kadınların genel yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönemdeki etkileri incelenebilir. Bu ilişkiyi derinlemesine anlamak için longitudinal çalışmalar yapılabilir. Özellikle PMS'in psikolojik semptomlarla olan etkileşiminin, kadınların yaşam kalitesine ne şekilde ve ne derece etki ettiğini belirlemek, etkili tedavi ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Araştırma bulguları, şekerli gıda tüketimi ve egzersiz yapmamanın PMS semptomlarının şiddetini artırdığını göstermektedir. Bu nedenle, PMS semptomlarını azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla, kadınların beslenme alışkanlıklarında şekerli gıda tüketimini sınırlamaları ve düzenli egzersiz yapmaları teşvik edilmelidir.

### ***Araştırma Sonuçlarına Yönelik Öneriler***

Araştırma bulguları, PMS düzeylerinin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, adet süresi ve düzeni gibi bireysel faktörlere bağlı olarak farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle klinisyenler, her bireyin PMS deneyimini daha iyi anlamak için kapsamlı bir değerlendirme yapmalı ve tedavi yaklaşımlarını kişiselleştirmelidir. Özellikle genç yaşlardaki kadınlar, bekâr bireyler ve düzenli adet döngüsüne sahip olmayan kadınlar için daha dikkatli bir izleme ve müdahale süreci gerekebilir. Ayrıca, PMS'in depresyon, anksiyete ve stresle ilişkisi göz önünde bulundurularak, psikolojik destek tedavileri ve psikoterapi teknikleri ile bu durumlar yönetilebilir.

Araştırmada egzersiz yapmamanın ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının PMS düzeylerini artırdığı belirlenmiştir. Klinisyenler, bireylerin PMS semptomlarını yönetmelerine yardımcı olmak için yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmelidir. Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve stres yönetimi tekniklerinin, PMS'in şiddetini azaltabileceği konusunda hastalara rehberlik edilmelidir. Ayrıca, öfke kontrolü gibi psikolojik zorluklar yaşayan bireylere yönelik psikoeğitim ve başa çıkma stratejileri önerilmelidir.

### Kaynakça

- Abbas, K., Usman, G., Ahmed, M., Qazi, R., Asghar, A., Masood Shah, A., Rizvi, A., Abid, K., Haq, K. U., Tahir, A., & Usama, S. M. (2020). Physical and psychological symptoms associated with premenstrual syndrome and their impact on the daily routine of women in a low socioeconomic status locality. *Cureus*, 12(10), e10821.
- Adıgüzel, H., Taşkın, E. O., & Danacı, A. E. (2007). Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215–222.
- Aghaei, A., Khayyamnekoeei, Z., & Yousefy, A. (2013). General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 569–573.
- Aksungur, A. (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi], Hacettepe Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi.
- Akyol, A. (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 71–75.
- Al-Shahrani, A. M., Miskeen, E., Shroff, F., Elnour, S., Algahtani, R., Youssry, I., & Ahmed, S. (2021). Premenstrual syndrome and its impact on the quality of life of female medical students at Bisha University, Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 2373–2379.
- Alshelleh, S., Alhawari, H., Alhourri, A., Abu-Hussein, B., & Oweis, A. (2023). Level of depression and anxiety on quality of life among patients undergoing hemodialysis. *International Journal of General Medicine*, 16, 1783–1795.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Premenstrual syndrome (PMS)*. <https://www.acog.org/womenshealth/faqs/premenstrual-syndrome-pms>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı: DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.

- Andualem, F., Melkam, M., Takelle, G. M., Nakie, G., Tinsae, T., Fentahun, S., ... & Godana, T. N. (2024). Prevalence of premenstrual syndrome and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1338304.
- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Social Science & Medicine, 49*(1), 67–80.
- Armour, M., Ee, C. C., Hao, J., Wilson, T. M., Yao, S. S., & Smith, C. A. (2018). Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*, 1–45.
- Arslan, E. Ö., & Dökmeci, F. (2000). Premenstrual sendrom ve tedavisinde son görüşler.
- Ataman, H., & Dişsiz, M. (2022). Premenstrual syndrome and childbirth fear prior to pregnancy in young women: An association and cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira, 68*(7), 898–903.
- Ayyub, S., Agrawal, M., Sharma, V., & Aravind, A. (2024). The effect of physical activity on premenstrual syndrome: A systematic review. *Annals of Neurosciences*. Advance online publication.
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric Clinics of North America, 36*(4), 497–516.
- Bäckström, T., Andreen, L., Birzniece, V., Björn, I., Johansson, I. M., Nordenstam-Haghjo, M., Nyberg, S., Sundström-Poromaa, I., Wahlström, G., Wang, M., & Zhu, D. (2003). The role of hormones and hormonal treatments in premenstrual syndrome. *CNS Drugs, 17*(5), 325–342.
- Başaran, D. (2022). *Covid-19 karantina sürecinde okul çağı çocuklarının fiziksel aktivite düzeyleri ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi], Mersin Üniversitesi. YÖK Tez Merkezi.
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C., & Manson, J. E. (2005). Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of Internal Medicine, 165*(11), 1246–1252.
- Bhatia, S. C., & Bhatia, S. K. (2002). Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician, 66*(7), 1239–1249.

- Blaine, B. (2008). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of Health Psychology, 13*(8), 1190–1197.
- Boniwell, I. (2008). *Positive psychology in a nutshell: A balanced introduction to the science of optimal functioning*. Personal Well-Being Centre.
- Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life – A myth or a fact? *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 26*(2), 598–609.
- Branecka-Woźniak, D., Cymbaluk-Płoska, A., & Kurzawa, R. (2022). The impact of premenstrual syndrome on women's quality of life: A myth or a fact. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 26*(2), 598–609.
- Brown, R. B. (2022). Hypertension, anxiety and obstructive sleep apnea in cardiovascular disease and COVID-19: Mediation by dietary salt. *Diseases, 10*(4), 89.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 835–844.
- Buss, A. H., Wiener, M., Durkee, A., & Baer, M. (1955). The measurement of anxiety in clinical situations. *Journal of Consulting Psychology, 19*(2), 125–129.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (22. baskı). Pegem Akademi.
- Catherall, D. R. (2003). How fear differs from anxiety. *Traumatology, 9*(2), 76–92.
- Clarke, S., McKenzie, H., Lamaro Haintz, G., & Graham, M. (2020). Social support and women's reproductive decision making: Testing emergent fit of Optimizing Support for the Preservation of Self. *Qualitative Health Research, 30*(7), 975–987.

- Coffee, A. L., Kuehl, T. J., Willis, S., & Sulak, P. J. (2006). Oral contraceptives and premenstrual symptoms: Comparison of a 21/7 and extended regimen. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(5), 1311–1319.
- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(4), 456–463.
- Colović, O., Lecić-Tosevski, D., Mandić, V., & Tosković, O. (2009). The impact of stress related disorders on quality of life. *Psychiatria Danubina*, 21(2), 199–205.
- Daley, A. (2009). Exercise and premenstrual symptomatology: A comprehensive review. *Journal of Women's Health*, 18(6), 895–899.
- Dean, B. B., & Borenstein, J. E. (2004). A prospective assessment investigating the relationship between work productivity and impairment with premenstrual syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), 649–656.
- Demir, B., Algül, L. Y., & Güven, E. S. G. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3, 262–270.
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Kaikhavani, S. (2014). The effect of premenstrual syndrome on quality of life among Iranian women: A meta-analysis. *BMC Women's Health*, 14, 1–7.
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Sattar, K. (2014). Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) – A systematic review and meta-analysis study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 106–109.
- Doğu, S. E., Ekici, G., & Ekici, B. (2022). Premenstrüel disforik bozukluk, premenstrüel sendrom ve hafif premenstrüel sendromu olan/olmayan kadınlarda duygudurum, fiziksel belirtiler, bilişsel durum ve yaşam doyumunun karşılaştırılması: Kontrollü bir çalışma. *Bezmialem Science*, 10(5), 551–559.
- Ekim, A., & Ocakçı, A. F. (2012). 8–12 yaş arası işitme engelli çocuklarda yaşam kalitesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 17–23.

- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465–475.
- Erbil, N., Karaca, A., & Kırış, T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(4), 565–573.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S., Elbi, H., & Göker, E. (2008). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7(2), 23–40.
- Ezeh, O. H., & Ezeh, C. C. (2016). Prevalence of premenstrual syndrome and coping strategies among school girls. *African Journal for the Psychological Study of Social Issues*, 19(2), 106–113.
- Firoozi, R., Kafi, M., Salehi, I., & Shirmohammadi, M. (2012). The relationship between severity of premenstrual syndrome and psychiatric symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7(1), 36–40.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 26(5), 1053–1057.
- Gariepy, G., Nitka, D., & Schmitz, N. (2010). The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 34(3), 407–419.
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2), 82–86.
- Gerrish, M. K. B. L. W. (2010). 115 Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Issues of quality of life, stress and exercise.
- Gollenberg, A. L., Hediger, M. L., Mumford, S. L., Whitcomb, B. W., Hovey, K. M., Wactawski-Wende, J., & Schisterman, E. F. (2010). Perceived stress and severity of perimenstrual symptoms: The BioCycle Study. *Journal of Women's Health*, 19(5), 959–967.
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety: Evidence from startle studies. *Psychopharmacology*, 199, 421–437.

- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gudipally, P. R., & Sharma, G. K. (2023, July 17). *Premenstrual syndrome*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Güleç, C., Köroğlu, E., & Şenol, S. (2007). *Psikiyatri temel kitabı* (2. basım). Hekimler Yayın Birliği.
- Gürkan, D. Y., & Bilgili, N. (2022). Prevalence of premenstrual syndrome among university students: Associated factors and comfort level. *Bezmialem Science*, 10(1), 44–52.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. S. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28(1), 1–23.
- Hashim, M. S., Obaideen, A. A., Jahrami, H. A., Radwan, H., Hamad, H. J., Owais, A. A., Alardah, L. G., Qiblawi, S., Al-Yateem, N., & Faris, M. E. (2019). Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: A cross-sectional study from Sharjah, UAE. *Nutrients*, 11(8), 1939.
- Helvacı Çelik, F., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51–66.
- Hickey, A., Barker, M., McGee, H., & O'Boyle, C. (2005). Measuring health-related quality of life in older patient populations: A review of current approaches. *National Library Medicine*, 23(10), 93–971.
- Hohls, J. K., König, H. H., Quirke, E., & Hajek, A. (2021). Anxiety, depression and quality of life—A systematic review of evidence from longitudinal observational studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12022.
- Houghton, S. C., Manson, J. E., Whitcomb, B. W., Hankinson, S. E., Troy, L. M., Bigelow, C., & Bertone-Johnson, E. R. (2017). Intake of dietary fat and fat subtypes and risk of premenstrual syndrome in the Nurses' Health Study II. *British Journal of Nutrition*, 118(10), 849–857.

- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83–136.
- Hoyladı, T. (2023). *Z kuşağı bireylerin bir rekreasyon işletmesi olarak spor salonlarından faydalanma bağlamında yaşam kalitesi düzeyleri* [Yüksek lisans tezi].
- Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: A study of treatment processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 811–817.
- Hwang, Y., & Oh, J. (2024). Relationship between depression, anxiety, stress, and health-related quality of life in adults with and without chronic diseases: A cross-sectional study. *Medicine*, 103(2), e36967.
- Ihara, N., Sato, Y., Ikeda, S., Matsufuji, H., Kikuchi, K., Suetsugu, Y., Hikita, N., & Morokuma, S. (2024). Impact of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder on maternal antenatal depression. *PLOS ONE*, 19(12), e0315628.
- İşik, H., Ergöl, Ş., Aynioğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A., & Uzun, M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46(3), 695–701.
- Joffe, H., Cohen, L. S., & Harlow, B. L. (2003). Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: Predictors of improvement and deterioration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(6), 1523–1530.
- Kanes, S., Colvin, A., & Segre, L. (2020). Progesterone and the serotonergic system. *Psychopharmacology Bulletin*, 50(4), 83–99.
- Khanolkar, S. (2023). REBT for depression in teens. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 104–107.
- Koçoğlu, D., & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145–154.

- Kopin, I. J. (1984). Avenues of investigation for the role of catecholamines in anxiety. *Psychopathology*, 17(Suppl 1), 83–97.
- Kustriyanti, D., & Rahayu, H. (2020). Prevalence of premenstrual syndrome and quality of life among health science college student. *International Journal of Public Health Science*, 9(1), 15–19.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder's impact on quality of life, and the role of physical activity. *Medicina (Kaunas)*, 59(11), 2044.
- Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder's impact on quality of life, and the role of physical activity. *Medicina (Kaunas)*, 59(11), 2044.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335–343.
- Lu, Z. Y. J. (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 621–628.
- Lundqvist, C. (2011). Well-being in competitive sports, the feel-good factor: A review of conceptual considerations of well-being. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(2), 109–127.
- Lustyk, M. K., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 12(2), 85–96.
- Manikandan, S., Nillni, Y. I., Zvolensky, M. J., Rohan, K. J., Carkeek, K. R., & Leyro, T. M. (2016). The role of emotion regulation in the experience of menstrual symptoms and perceived control over anxiety-related events across the menstrual cycle. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1109–1117.
- Maslow, A. H. (2017). *A theory of human motivation*. Dancing Unicorn Books.

- Mighani, S., Taghizadeh Shivyari, F., Razzaghi, A., Amerzadeh, M., Ranjbaran, M., Samavat, M., & Javadi, M. (2024). Association between sleep quality and premenstrual syndrome in young women in a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 15(1), 6260.
- Mishra, S., Elliott, H., & Marwaha, R. (2023, February 19). *Premenstrual dysphoric disorder*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Miyako, K., Kobayashi, K., & Miura, Y. (2011). The effects of premenstrual syndrome on the quality of life in Japanese women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(8), 971–977.
- Modzelewski, S., Oracz, A., Żukow, X., Ilendo, K., Śledzikowka, Z., & Waszkiewicz, N. (2024). Premenstrual syndrome: New insights into etiology and review of treatment methods. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1363875.
- Mohebbi Dehnavi, Z., Jafarnejad, F., & Sadeghi Goghary, S. (2018). The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: A clinical trial study. *BMC Women's Health*, 18(1), 80.
- Nayman, S., Schricker, I. F., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2023). Childhood adversity predicts stronger premenstrual mood worsening, stress appraisal and cortisol decrease in women with premenstrual dysphoric disorder. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1278531.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–443.
- N-Wihlbäck, A. C., Sundström-Poromaa, I., & Bäckström, T. (2006). Action by and sensitivity to neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. *Psychopharmacology*, 186, 388–401.
- O'Brien, P. M. S., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., Neill, J., et al. (2011). Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement, and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMD consensus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 13–21.
- Odongo, E., Byamugisha, J., Ajeani, J., & Mukisa, J. (2023). Prevalence and effects of menstrual disorders on quality of life of female undergraduate students in

- Makerere University College of Health Sciences: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, 23(1), 152.
- Öyekçin, D. G., & Deveci, A. (2012). Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 138–153.
- Paçacıoğlu, B., & Aydın-Boylu, A. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137–150.
- Park, Y. J., Shin, H., Jeon, S., Cho, I., & Kim, Y. J. (2021). Menstrual cycle patterns and the prevalence of premenstrual syndrome and polycystic ovary syndrome in Korean young adult women. *Healthcare (Basel)*, 9(1), 56.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage Publications.
- Pearce, E., Jolly, K., Jones, L. L., Matthewman, G., Zanganeh, M., & Daley, A. (2020). Exercise for premenstrual syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP Open*, 4(3), 1032.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology* (1st ed.). Oxford University Press.
- Poyrazoğlu, S., & Günay, O. (2023). Kayseri il merkezinde premenstrüel sendrom sıklığı ve ilişkili faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 8(3), 287–299.
- Rapkin, A. J., & Lewis, E. I. (2013). Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Women's Health*, 9(6), 537–556.
- Rapkin, A. J., & Mikacich, J. A. (2008). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20(5), 455–463.
- Razavi-Dinani, M., Saboohi, Z., Sheikholeslami-Kabiri, F., Asgarian-Moghadam, Z., & Taheri-Kharamah, Z. (2025). Predictors of premenstrual syndrome symptoms among medical students: A cross-sectional study investigating health-promoting lifestyles. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 10(6), 459–467.
- Reddy, J., & Hunjan, U. G. (2019). A neurobiological perspective on psychological stress. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(2).

- Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*, 35(1), 49–56.
- Ruiz, P. (2000). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938–950). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sağlam, H. Y., & Başar, F. (2019). The relationship between premenstrual syndrome and anger. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(2), 515–520.
- Sarıçam, H. (2018). The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(1), 19–30.
- Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2009). Sex hormones and mood in the perimenopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179(1), 70–85.
- Schoep, M. E., Nieboer, T. E., van der Zanden, M., Braat, D. D. M., & Nap, A. W. (2019). The impact of menstrual symptoms on everyday life: A survey among 42,879 women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(6), 569.e1–569.e7.
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (Revised ed.). McGraw-Hill.
- Shavaisi, F., Heydarpour, S., Jalilian, N., Jalali, A., & Rezaei, M. (2024). The effects of positive psychology and physical activity on depression, anxiety, and stress among students with premenstrual syndrome: A single-blind, randomized controlled trial. *BMC Women's Health*, 24(1), 499.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5–6), 311–339.
- Spinelli, M. G. (2004). Depression and hormone therapy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(2), 428–436.
- Steiner, M. (2000). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 25(5), 459–468.

- Steiner, M., & Macdougall, K. (2015). Hormones and behavior in women. In S. H. Fatemi (Ed.), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment* (pp. 17–30). Springer.
- Sveindóttir, H., & Bäckström, T. (2000). Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicity and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(5), 405–413.
- Szmulowicz, E. D., Adler, G. K., Williams, J. S., Green, D. E., Yao, T. M., Hopkins, P. N., & Seely, E. W. (2006). Relationship between aldosterone and progesterone in the human menstrual cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(10), 3981–3987.
- Şahin, E. (2024). Premenstrual sendrom, etiyolojisi, epidemiyolojisi, patofizyolojisi ve risk faktörleri. N. Erbil (Ed.), *Premenstrual sendrom ve yönetimine güncel bakış* (1. baskı, ss. 1–4). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Şahin, H. N. (2021). *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli kadın hekimlerde premenstrüel sendrom sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi* [Tıpta uzmanlık tezi], Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Takeda, T., Tasaka, K., Sakata, M., & Murata, Y. (2006). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 209–212.
- Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Tolossa, F. W., & Bekele, M. L. (2014). Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: Cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Women's Health*, 14(1), 1–9.
- Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1), 18–23.
- Türkçapar, A. F., & Türkçapar, M. H. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 217–226.

- Walsh, S., Ismaili, E., Naheed, B., & O'Brien, S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 17(2), 99–104.
- World Health Organization QOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual (2012 rev.)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Yapıcı, A. (2006). *Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi* (Uzmanlık tezi). Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Yen, J. Y., Tu, H. P., Chen, C. S., Yen, C. F., Long, C. Y., & Ko, C. H. (2014). The effect of serotonin 1A receptor polymorphism on the cognitive function of premenstrual dysphoric disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(8), 729–739.
- Yonkers, K. A., O'Brien, P. M., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371(9619), 1200–1210.
- Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M. A., Gençdoğan, B., & Özveren, Ö. (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 55–61.
- Zaman, I. (2021). *Premenstrüel sendrom sorunu olan 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda anksiyete düzeyi, benlik saygısı ve yaşam kalitesinin incelenmesi ve karşılaştırılması* [Yüksek lisans tezi], İstanbul Gelişim Üniversitesi.

## Ekler

### Ek-1 Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER danışmanlığında Yakın Doğu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Psk. Engin ATSIZ tarafından PREMENSTRÜEL SENDROM: YAYGINLIK, YAŞAM KALİTESİ ETKİLERİ VE İLİŞKİLİ PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİ araştırmak amacıyla yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Aşağıdaki onay kutucuğunu “evet” şeklinde işaretlerseniz araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş sayılırsınız. Araştırma kapsamında kimlik bilgileri gibi özel bilgiler istenmemektedir. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca akademik araştırma amacı ile kullanılacaktır ve yalnızca ulusal/uluslararası akademik toplantılarda ve/veya yayınlarda sunulacaktır. Araştırmadan herhangi bir sebeple ayrılmak isterseniz, araştırma ekibi ile aşağıda yer alan bilgileri kullanarak iletişime geçebilirsiniz. Uygulama yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul edip, ölçek maddelerini doldurmaya başladıktan sonra herhangi bir nedenle bataryayı tamamlamak istemezseniz, ölçeği yarıda bırakıp süreci sonlandırabilirsiniz. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da endişeniz olursa aşağıdaki iletişim bilgilerinden ulaşabilirsiniz.

İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Araştırma Ekibi:

Psk. Engin ATSIZ

e-posta: enginatsiz30@gmail.com

İletişim numarası: 0546 991 23 87

Doç. Dr. Hande ÇELİKAY SÖYLER

e-posta hande.celikay@neu.edu.tr

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Evet ( )

Hayır ( )

**Ek-2 Bilgilendirme Formu**

Değerli Katılımcılar,

Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüteceğim tez çalışmam için araştırma yapmaktayım. Ölçeklerde ve bilgi formunda isminiz yazılmayacaktır ve verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır. Tamamen gönüllük esasına bağlı olacaktır. Araştırma sonuçları bireysel bilgi olarak değil, grup ortalaması olarak bilimsel raporda kullanılacaktır. Eğer çalışmayla ilgili bir şikayetiniz, görüşünüz veya sorunuz varsa bunu çalışmanın araştırmacısı Psk. Engin ATSIZ'a iletebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Psk. Engin ATSIZ

Yakındoğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü

Lefkoşa

Mail: enginatsiz30@gmail.com

**Ek-3 Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

**1. Yaşınız:** \_\_\_\_\_

**2. Medeni Durumunuz**

Evli      Bekar

**3. Eğitim durumunuz: (Lütfen en son mezun olduğunuz okulu işaretleyiniz)**

Lise ve Altı Mezunu ( )

Üniversite Mezunu ( )

Lisansüstü ( )

**4. Partnerinizin/eşinizin eğitim durumu: (Lütfen en son mezun olduğu okulu işaretleyiniz)**

Lise ve Altı Mezunu ( )

Üniversite Mezunu ( )

Lisansüstü ( )

**5. Sosyoekonomik gelir düzeyiniz:**

Düşük ( )

Orta ( )

Üst ( )

**6. İlk adet yaşıınız .....**

**7. Kaç günde bir adet olursunuz? .....**

**8. Adetiniz kaç gün sürer?.....**

**9. Adetleriniz düzenli mi?**

Evet      Hayır

**10. Sigara içiyor musunuz?**

Evet      Hayır

**11. Şekerli gıdalar tüketiyor musunuz?**

Evet Hayır

**12. Egzersiz yapar mısınız?**

Evet Hayır

**13. Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz?**

Adet öncesi Adetliyken Adet sonrası Diğer

#### Ek-4 Premenstrual Sendrom Ölçeği

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

| ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE |                            |   |     |        |       |         |         |
|------------------------|----------------------------|---|-----|--------|-------|---------|---------|
|                        |                            |   | Hiç | Çok az | Bazen | Sık sık | Sürekli |
| 1                      | Kendimi üzgün hissediyorum | 1 |     |        |       |         |         |
| 2                      | İçimden ağlamak geliyor    | 2 |     |        |       |         |         |
| 3                      | Canım sıkılıyor            | 3 |     |        |       |         |         |

### Ek-5 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.  
Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

|                  |                                                                           |                                             |                                          |                                                   |                                          |                                           |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>1</b><br>G1   | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?                                      | Çok kötü<br><input type="radio"/> 1         | Biraz kötü<br><input type="radio"/> 2    | Ne iyi, ne kötü<br><input type="radio"/> 3        | Oldukça iyi<br><input type="radio"/> 4   | Çok iyi<br><input type="radio"/> 5        |
| <b>2</b><br>G4   | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                                       | Hiç hoşnut değil<br><input type="radio"/> 1 | Çok az hoşnut<br><input type="radio"/> 2 | Ne hoşnut, ne de değil<br><input type="radio"/> 3 | Epeyce hoşnut<br><input type="radio"/> 4 | Çok hoşnut<br><input type="radio"/> 5     |
| <b>3</b><br>F1.4 | Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz? | Hiç<br><input type="radio"/> 5              | Çok az<br><input type="radio"/> 4        | Orta derecede<br><input type="radio"/> 3          | Çokça<br><input type="radio"/> 2         | Aşırı derecede<br><input type="radio"/> 1 |

**Ek- 6 Depresyon-Anksiyete-Stres (DAS) Ölçeği**

| NO         | SON 10 GÜNDEKİ DURUMUNUZ<br>(Özellikle son 1 hafta) | Hiçbir<br>zaman | Bazen<br>ve<br>arasıra | Oldukça<br>sık | Her<br>zaman |
|------------|-----------------------------------------------------|-----------------|------------------------|----------------|--------------|
| <b>1 S</b> | Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.                | 0               | 1                      | 2              | 3            |
| <b>2 A</b> | Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.                | 0               | 1                      | 2              | 3            |
| <b>3 D</b> | Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim.           | 0               | 1                      | 2              | 3            |

## Ek-7 Ölçek İzinleri

**BG** başaran gençdoğan  
PMSÖ  
Kime: enginatsiz30@gmail.com

Sayın Engin Atsız  
Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.  
Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

Prof. Dr. Başaran GENÇOĞAN  
Atatürk Üniversitesi KK Eğitim Fakültesi  
Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD

Article.pdf PMSÖ için TEORİK KESME NOKTALARI... premenst II-2 form.doc

Gönderilen - Google Posta Kutusunda Bulunuyor

**EA** engin atsiz  
Ölçek izni Hk.  
Kime: hakansaricam@gmail.com

6 Kasım 2024 01:30

Merhaba hocam,

Ben Engin Atsız, Yakındoğu Üniversitesi Klinik Psikoloji (tezli) alanında yüksek lisans yapmaktayım. "18-35 Yaş Genç Yetişkin Kadınlarda Premenstrüel Sendrom: Yaygınlık, Yaşam Kalitesi Etkileri ve İlgili Psikolojik Faktörler" konulu yüksek lisans tezi yazmaktayım. "Depresyon Anketiye Stres Ölçeği"ni kullanabilmek için sizden izin talep etmekteyim. Geri bildirimleriniz için teşekkür eder iyi günler dilerim.

Saygılarımla.

**HS** Hakan Sarıçam  
Ynt: Ölçek izni Hk.  
Kime: engin atsiz

11 Kasım 2024 19:53

Engin Merhabalar,  
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ektedir.  
Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

**Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılamaz ve ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tezin sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.**

engin atsiz <enginatsiz30@gmail.com>, 6 Kas 2024 Çar. 02:30 tarihinde şunu yazdı:

engin atsiz adlı kişiyi el metnin Daha Fazlasına Göz

Prof. Dr. Hakan SARIÇAM  
Psychological Counsellor-PhD  
Sivas Cumhuriyet University

Gönderilen - Google Posta Kutusunda Bulunuyor

**EA** Engin Atsız  
WHOQOL-BREF TR Ölçeğini Kullanma İzni Hk.  
Kime: erhanese@gmail.com

31 Ekim 2024 16:38

Merhaba Erhan Bey,

Ben Engin Atsız, Yakındoğu Üniversitesi Klinik Psikoloji (tezli) alanında yüksek lisans yapmaktayım. "18-35 Yaş Genç Yetişkin Kadınlarda Premenstrüel Sendrom: Yaygınlık, Yaşam Kalitesi Etkileri ve İlgili Psikolojik Faktörler" konulu yüksek lisans tezi yazmaktayım. "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye Versiyonu'nu" kullanabilmek için sizden izin talep etmekteyim. Geri bildirimleriniz için şimdiden teşekkür eder iyi günler dilerim.

**EE** Erhan Eser  
Ynt: WHOQOL-BREF TR Ölçeğini Kullanma İzni Hk.  
Kime: Engin Atsız

3 Kasım 2024 21:27

Sayın kullanıcı (Engin Atsız),

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) yaş, eğitim ve gelir durumu / sosyal sınıf gibi sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser  
WHOQOL Türkiye merkezi  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Tel: 0 236 233 8586,  
Faks: 0236 233 14 66  
erhanese@gmail.com

**Ek-8 Özgeçmiş**

Engin ATSIZ, 1 Temmuz 1994 tarihinde Hakkâri'nin Yüksekova ilçesinde doğmuştur. İlk ve ortaöğrenimini Yüksekova 50. Yıl İlköğretim Okulu'nda tamamlamış, lise eğitimini ise Yüksekova Şemsettin Onay Anadolu Lisesi'nde başarıyla bitirmiştir. 2018 yılında, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden tam burslu olarak ve %100 İngilizce eğitim veren programdan lisans derecesiyle mezun olmuştur. Lisans öğrenimi süresince Üstün Dökmen Yaşam Boyu Gelişim ve Eğitim Akademisi'nde staj yaparak uygulamalı deneyim kazanmıştır. 2021 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'na kabul edilmiştir. Akademik ve mesleki gelişimini sürdürdüğü bu program kapsamında çeşitli teorik ve uygulamalı dersler almış, 2025 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde zorunlu yüksek lisans stajını tamamlamıştır.

**Engin ATSIZ**

## Ek-9 İntihal Rapor Oramı

Engin ATSIZ.docx

ORJİNALLİK RAPORU

|                   |                     |            |                  |
|-------------------|---------------------|------------|------------------|
| % <b>11</b>       | % <b>10</b>         | % <b>8</b> | %                |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR   | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

|   |                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | acikbilim.yok.gov.tr<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                 | %3  |
| 2 | docs.neu.edu.tr<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                      | %2  |
| 3 | dergipark.org.tr<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                     | <%1 |
| 4 | www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                 | <%1 |
| 5 | hdl.handle.net<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                       | <%1 |
| 6 | e-dergi.atauni.edu.tr<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                | <%1 |
| 7 | YÜZER, Selda, YİĞİT, Rana and TAŞDELEN, Bahar. "Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki", Atatürk Üniversitesi, 2006.<br>Yayın                                                   | <%1 |
| 8 | earsiv.hitit.edu.tr<br>İnternet Kaynağı                                                                                                                                                                                                  | <%1 |
| 9 | Dokumacı, Duygu. "Sirkadyen ritimde sabahçıl akşamcıl ve ara tip kişilerin menstrual siklus özellikleri ile kronotipler arasındaki premenstrual sendrom görülmesinin incelenmesi", İstanbul Sabahattin Zaim University (Turkey)<br>Yayın | <%1 |

**Ek-10 Etik Kurul Onay Formu****BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

07.01.2025

Sayın Engin Atsız

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2024/1932 proje numaralı ve **“Premenstrüel Sendrom: Yaygınlık, Yaşam Kalitesi Etkileri Ve İlişkili Psikolojik Faktörler”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.



Prof. Dr. Aşkın KİRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü