



T.C.

**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN PREMENSTRUAL SEMPTOMLAR, DUYGUSAL
YEME DAVRANIŞI VE ALGILANAN STRESE ETKİSİ**

Arş. Gör. Cansu Mine AYDIN

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU

2024 - KARS

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN
EĞİTİMİN PREMENSTRUAL SEMPTOMLAR, DUYGUSAL
YEME DAVRANIŞI VE ALGILANAN STRESE ETKİSİ

Arş. Gör. Cansu Mine AYDIN

DOKTORA TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU

2024 - KARS

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Arş. Gör. Cansu Mine AYDIN tarafından hazırlanmış olan *Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Strese Etkisi* adlı bu çalışma, yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda Jüri Üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:07/10/2024

	Adı Soyadı	İmza
Başkan:	Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ	
Üye:	Prof. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ	
Üye:	Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ	
Üye:	Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU	
Üye:	Doç. Dr. Mine BEKAR	

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... gün ve..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

ÖNSÖZ

Doktora eğitimimin her aşamasında desteğini ve danışmanlığını esirgemeyen, akademik bilgi, görüş ve önerileriyle mesleki çalışma hayatımda bana yol gösterici olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya,

Tez izleme komitesinde yer alan ve önerileri ile tezimin ilerlemesine değerli katkıları olan sayın hocalarım Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ'a ve Prof. Dr. Sevdâ ELİŞ YILDIZ'a,

Tez değerlendirilmesinde katkılarından dolayı tez jüri üyeleri Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'a ve Doç. Dr. Mine BEKAR'a

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli öğrencilere,

Hayatımın her alanında yanımda olan ve beni destekleyen başta annem, babam ve kardeşlerim olmak üzere tüm aileme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNUYORUM.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY.....	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Premenstrual Sendromun Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi	5
2.3. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri.....	6
2.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi.....	9
2.5. Premenstrual Sendromun Belirtileri.....	11
2.6. Premenstrual Sendromun Tanı Kriteri	12
2.7. Premenstrual Sendromun Tedavisi	13
2.7.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	14
2.7.2. Cerrahi Tedavi Yöntemi	15
2.7.3. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	15
2.8. Premenstrual Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişki	19
2.9. Sağlığı Geliştirme Modeli	20
2.9.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler	21
2.9.2. Davranışa Özgü Kavramlar ile Etkiler	22
2.9.3. Davranışların Ortaya Çıkışı	23
2.10. Phillips 66 Tekniği	23
2.11. Premenstrual Sendrom Yönetiminde Hemşirenin Rollerı	24
3. MATERYAL VE METOT	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.4. Randomizasyon ve Körleme	27
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	28
3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	28
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	29
3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.7. Veri Toplama Araçları	29
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.7.2. Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu	30
3.7.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)	30
3.7.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)	31
3.7.5. Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)	31
3.7.6. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	32
3.8. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Premenstrual Semptomları, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Stresi Azaltmaya Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Eğitimi	32
3.9. Araştırmanın Uygulanması	36
3.9.1. Uygulama Öncesi	36
3.9.2. Uygulama Aşaması	37
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	44
3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	59
5.1. Katılımcıların Demografik, Egzersiz ile Beslenme ve Menstruasyon Özelliklerine Göre Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması	60
5.2. Katılımcıların Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıklarının Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması	62
5.3. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlara Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması	63

5.4. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması ..65	65
5.5.Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Algılanan Stres Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması66	66
5.6.Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması.....67	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....70	70
7. KAYNAKLAR72	72
8. EKLER.....90	90
EK-1 Kişisel Bilgi Formu.....90	90
EK-2 Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu92	92
EK-3 Premenstrual Sendrom Ölçeği.....93	93
EK-4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği95	95
EK-5 Duygusal Yeme Ölçeği97	97
EK-6 Algılanan Stres Ölçeği98	98
EK-7 Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu99	99
EK- 8 Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri -DISCERN100	100
EK-9 Uzman Görüşü Listesi102	102
EK-10 Etik Kurul İzni (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu)103	103
Ek-11 Kurum İzni (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı) ..104	104
EK-12 Ölçeklerin Kullanım İzinleri105	105
EK-13 Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu106	106
EK-14 Eğitim Kitapçığı107	107

KISALTMALAR ve SİMGELER

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
APA	: American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
ASÖ	: Algılanan Stres Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BSO	: Bilateral Salpingooferektomi
DYÖ	: Duygusal Yeme Ölçeği
GABA	: Gama-aminobutirat
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
PMDD	: Premenstrual Dysphoric Disorder (Premenstrual Disforik Bozukluk)
PMS	: Premenstrual Sendrom
PMSÖ	: Premenstrual Sendrom Ölçeği
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
VDR	: Vitamin D Reseptörü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklem Grubunun PMS Puanlarına Göre Dağılımı.....	28
Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Programı'nın Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri ve Modelin Basamakları.....	35
Tablo 3. Katılımcıların Ön Test ve Son Test Verilerine Göre Ölçeklerin İstatistik Analizi	42
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 5. Katılımcıların Egzersiz ve Beslenme Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 6. Katılımcıların Menstrual Siklus Bilgilerine İlişkin İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 7. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Değerlerinin Müdahale ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklılığının Analizi	50
Tablo 8. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Değerleri Arasındaki Farklılığın Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Analizi	53
Tablo 9. Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıklarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Ön Test ile Son Test Verilerinin Analizi	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. PMS veya PMDD'nin Önerilen Nedenleri	10
Şekil 2. Örneklem Büyüklüğü Hesaplama Sonucu	27
Şekil 3. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Stresi Azaltmaya Yönelik Sağlıklı Yaşam Bіçim Davranışları Eğitiminin Kavramsal Çerçevesi.....	34
Şekil 4. Araştırmanın CONSORT Şeması	39
Şekil 5. Araştırmanın Akış Diyagramı	40



ÖZET

Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Strese Etkisi

Bu araştırma, sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese etkisini araştırmak amacıyla ön test- son test randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Ekim 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 2. ve 3. sınıf hemşirelik ile ebelik bölümü öğrencileri oluşturdu. Araştırmanın örneklemini müdahale grubu (n:42) ve kontrol grubu (n:44) olmak üzere toplam 86 öğrenci oluşturdu. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları”, “Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)”, “Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)” ve “Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)” ile toplandı. Müdahale grubuna sağlığı geliştirme modeline göre eğitim verilmiş olup Phillips 66 tekniği kullanıldı. Araştırmanın ilk aşamasında müdahale ve kontrol grubuna ön test uygulandı. Müdahale grubuna verilen ilk eğitimden 4 hafta sonra 2. eğitim verildi. 12 hafta sonra ise müdahale ve kontrol grubuna son test uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde “Ki-Kare Testi”, “Independent Sample t Testi” ve “Paired Sample t Testi” kullanıldı. Müdahale grubunun son testinde ön teste göre DYÖ ile PMSÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu ($p<0,05$). Ayrıca müdahale grubunun son testinde ön teste göre SYBDÖ-II ve ASÖ puanında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Müdahale grubuna uygulanan PMSÖ, DYÖ ile ASÖ son test puanında azalma ve SYBDÖ-II son test puanında ise artış saptandı. Sonuç olarak; sağlığı geliştirme modeli ile Phillips 66 tekniği kullanılarak verilen eğitimin premenstrual semptomları azalttığı, duygusal yemenin düzeyini azalttığı ve beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirdiği görüldü.

Anahtar sözcükler: Eğitim modeli, öğrenci, premenstrual sendrom, sağlıklı yaşam tarzı, stres

SUMMARY

The Effect of Education Given According to the Health Promotion Model on Premenstrual Symptoms, Emotional Eating Behavior and Perceived Stress

This study was conducted in a pre-test-post-test randomized controlled experimental design to investigate the effects of education given according to the health promotion model on premenstrual symptoms, emotional eating behavior and perceived stress. The universe of the research consisted of 2nd and 3rd year nursing and midwifery students studying at Kafkas University Faculty of Health Sciences between October 2023 and April 2024. The sample of the study consisted of a total of 86 students, including the intervention group (n: 42) and the control group (n: 44). Data were collected with the “Personal Information Form”, “Eating Habits in the Premenstrual Period”, “Premenstrual Syndrome Scale (PMSS)”, “Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS-II)”, “Emotional Eating Scale (EES)” and “Perceived Stress Scale (PSS)”. The intervention group was trained according to the health promotion model and the Phillips 66 technique was used as a discussion technique. In the first stage of the study, a pre-test was applied to the intervention and control groups. The second training was given to the intervention group 4 weeks after the first training. The final test was applied to the intervention and control groups 12 weeks later. The “Chi-Square Test”, “Independent Sample t Test” and “Paired Sample t Test” were used in the evaluation of the data. In the post-test of the intervention group, it was found that the EES and PMSS sub-dimensions and total mean scores decreased statistically significantly compared to the pre-test ($p < 0.05$). In addition, no statistically significant difference was observed in the HLBS-II and PSS scores of the intervention group compared to the pre-test of the post-test ($p > 0.05$). A decrease was detected in the post-test score of the PMSS, EES and PSS applied to the intervention group and an increase was detected in the post-test score of the SYBDÖ-II. As a result; it was seen that the education given using the health promotion model and the Phillips 66 technique reduced premenstrual symptoms, reduced the level of emotional eating and changed eating habits positively.

Key words: Educational model, student, premenstrual syndrome, healthy lifestyle, stress

1. GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Günümüzde aile ve toplum sağlığı üzerindeki etkisinden dolayı kadın sağlığı ve hastalıkları üzerine yapılan araştırmalar geliştirilerek devam etmektedir (Ashraf Direkvand- Moghadam ve ark., 2014, İlçioğlu ve ark., 2017). Üreme çağındaki kadınlarda sık görülen Premenstrual Sendrom (PMS), prevelansı yüksek olduğundan günümüzde sorun olarak ele alınmaktadır. Dünya’da farklı ülkelerin PMS prevelansının birleştirilmesiyle yapılan sistematik derlemede kadınların %47.8’inde PMS görülmektedir ([Ashraf Direkvand-Moghadam](#) ve ark., 2014). Türkiye’de yapılan çalışmalara göre kadınlarda PMS prevelansı ise %42.9 ile %47.3 arasında değişmektedir (Çelik ve Uskun 2022, Karaküçük ve ark., 2022). PMS, aslında antik çağdan beri var olup hakkında çeşitli tanımlar yapılan bir sorundur. Hipokrat, PMS’yi menstruasyon başlamadan önce kadınlarda başlayan öz kıyım düşünceleri ve artarak devam eden duygudurum değişikliği olarak tanımlamıştır (Çelik ve Uskun 2022). Diğer bir tanıma göre ise PMS kadınların menstrual siklusunun luteal fazında klinik olarak görülen somatik ve psikolojik belirtileri içeren, kadında önemli sıkıntıya ve işlevsel bozulmaya yol açan durum olarak açıklanmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hormonal dalgalanmalar, Gama-aminobütrik asit (GABA) ve serotonin gibi nörotransmitterler PMS’ye neden olabilmektedir (Es Haghee ve ark., 2020). PMS belirtileri menstruasyon başladıktan birkaç gün sonra kaybolmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023). PMS’de anksiyete, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu, depresyon, ruh hali değişimleri, uyuşukluk, kaygı, uyku bozukluğu, memelerde hassasiyet ve şişlik, baş ağrısı, bel ağrısı, sırt ağrısı, iştah değişikliği, şişkinlik, kilo alımı, karın ağrısı, yorgunluk, kabızlık ve mide bulantısı gibi belirtiler görülmektedir (Naheed ve ark., 2017). Kadınların iş ve kişisel yaşamlarını olumsuz etkileyen bu belirtileri hafifletmede non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri tercih edilmektedir (Naheed ve ark., 2017, Gudipally ve Sharma 2023). Farmakolojik tedavide; psikotrop ilaçlar, hormon tedavisi veya nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar uygulanmaktadır (Naheed ve ark., 2017). Farmakolojik olmayan tedavi ise PMS’nin hafif belirtilerinde ilk tercih edilen yöntemdir (Gudipally ve Sharma 2023). Hatta bazı kadınlar farmakolojik tedavinin

yan etkilerinin fazla olmasından dolayı terapötik yaklaşımlar kullanmaktadır (Nezafati ve ark., 2015). PMS'nin tedavisinde ilk basamak yaşam tarzı değişiklikleridir (RCOG 2016). Kadınlar, kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek için sağlıklı davranış kazanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturmalarıdır. "Bireyin kendi iyilik seviyesini korumasına ve yükseltmesine hizmet eden davranışlar" ifadesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları şeklinde tanımlanmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli egzersiz yapmayı, stres yönetimini, kişilerarası ilişkileri, manevi gelişimi ve bireyin sağlığını koruma ile geliştirmesine ait sorumluluklarını kapsamaktadır (Aksoy ve Uçar 2014). PMS'nin hafif ve orta şiddette görülen belirtilerinin tedavisinde diyet, egzersiz ve sigara bırakma gibi yaşam tarzı değişikliği kullanılmaktadır (Seedhom ve ark., 2013, Karaca ve Beji 2015, ACOG 2021). Yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmenin PMS'nin olumsuz etkilerinin azaltabileceği belirtilmiştir (Uzuner ve Koçak 2019). PMS görülmesine etki eden risk faktörlerinden biri olan yaşam tarzı PMS belirtilerinin kişiden kişiye değişiklik göstermesine neden olmaktadır. Örneğin; fazla miktarda şeker, gazlı içecek ve kahve tüketenlerde, sedanter yaşama sahip olanlarda, sigara ya da alkol kullananlarda, öfke ile stresli yapıya sahip olanlarda PMS belirtileri daha fazla gelişebilmektedir (Kırcan ve ark., 2012, Erbaş ve Altunbaş 2021). PMS yaşayan kadınlarda öfke, stres ve depresif olumsuz duygudurum değişikliklerinde duygusal yeme davranışı görülmektedir (Altun 2021). Bu durumda PMS yaşayan kadınlar duygu durumunu kontrol etmek için aşırı yemeye ve haz veren yiyecekleri tüketmeye yönelerek duygusal yeme davranışının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (İnalkaç ve Arslantaş 2018, Altun 2021). Yapılan bir çalışmada duygusal yeme davranışı ve PMS görülen kadınların stres düzeyi yüksek bulunmuş olup yeme davranış bozuklukları ile cinsiyet hormonları arasında ilişki bulunmaktadır (Fukushima ve ark., 2020). PMS belirtilerini azaltmada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Khalilipour ve Panahi 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde yer alan düzenli dengeli beslenme, egzersiz, uyku ve stres yönetimi gibi uygulamaların PMS belirtilerini azaltmada etkili olduğu bilinmektedir (Ayaz-Alkaya ve ark., 2020). Bu sağlıklı geliştirme uygulamalarının PMS gelişen kadınlarda etkili olması için uygun modelde sağlık eğitimi verilmesi ve bu eğitimlerin doğru kullanılması gerekmektedir. Sağlık eğitimi programının etkililiğini

davranış değişikliği modellerinin kullanılması arttırmaktadır. Bu eğitim deneyleri davranışı etkileyen bireysel ve çevresel faktörleri içermektedir. Mevcut modeller eğitimsel uygulamaların tasarlanması ile uygulanması için yol göstererek uygulamanın etkisinin ölçülmesini ve gösterilen davranışların tahmin edilmesini sağlar (Khalilzadeh ve ark., 2023). Bu modellerden biri olan Sağlığı geliştirme modeli, bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında kullanılmaktadır. Ayrıca sağlığı geliştirme modeli, kişinin kendi sağlığını geliştirmesini ve kendi sağlığı üzerinde olan kontrol gücünü kazanmasını sağlamaktadır. Bu model, kişinin, fiziki ile sosyal ortamını düzeltmesine, davranışlarını değiştirmesine, fiziksel ve ruhsal açıdan en iyi sağlık düzeyine ulaşmasına etki etmektedir. Ayrıca modelin, sağlıksız davranışların kontrol altına alınması konusunda da etkili olduğu bilinmektedir (Avan 2022). Bu model, bireyin deneyimleri ile davranışlarına ilişkin algıları etkileyen faktörleri değerlendirerek yaşam tarzı değişikliklerinin kazandırılmasında, sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamada sağlık çalışanlarına rehber olmak amacıyla da kullanılmaktadır (Başkaya 2023). Yapılan bir çalışmada sağlığı geliştirme modeli ile birlikte kullanılan aktif öğrenme teknikleri içerisinde yer alan Phillips 66 tekniğinin kullanıldığı çalışmada adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasına etki ettiği belirtilmektedir (Avan 2022). Bu araştırma da Phillips 66 tekniği kullanılarak sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

- H1** : Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi vardır.
- H2** : Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin premenstrual semptomları üzerine etkisi vardır.
- H3** : Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin duygusal yeme davranışı üzerine etkisi vardır.
- H4** : Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin algılanan stres üzerine etkisi vardır.

H5 : Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması üzerine etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrual Sendromun Tanımı ve Tarihçesi

Antik çağdan beri var olan PMS, hakkında çeşitli tanımlar yapılan bir sorundur. Hipokrat, PMS'yi menstruasyon başlamadan önce kadınlarda başlayan öz kıyım düşüncelerinin artması sonucu ortaya çıkan duygudurum değişikliği olarak tanımlamıştır (Çelik ve Uskun 2022). 1931 yılında Frank tarafından yapılan “Premenstrual Gerilimin Hormonal Sebepleri” adlı çalışmasında ise premenstrual sendrom hakkındaki ilk çerçeve oluşmuştur. Frank, menstruasyondan önce yaşanan gerginlik semptomlarını menstrasyon döngüsündeki hormonal değişikliklerle ilişkilendirmiştir. 1953 yılında Dalton tarafından “Premenstrual Sendrom” terimi ilk defa kullanılmış olup belirtilerinin kadından kadına değiştiği ve 150’den fazla belirtinin bu sendromla alakalı olduğu belirtilmiştir (Mendiratta 2017). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) tarafından yapılan açıklamaya göre PMS ya da Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDD) menstruasyon siklusunun luteal fazında başlayıp menstruasyonun başlangıcından itibaren birkaç gün sonra belirtileri kaybolan duygusal, davranışsal ve somatik belirtilerle ortaya çıkan döngüsel bir sorundur (APA 2013). Şiddetli PMS formu PMDD olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir tanıma göre ise kadınların menstrual siklusun luteal fazında klinik olarak görülen somatik ve psikolojik belirtileri içeren, kadında önemli sıkıntıya ve işlevsel bozulmaya yol açan durum olarak açıklanmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023).

2.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

PMS, üreme çağındaki kadınların yaklaşık %30-80'i arasında görülmektedir (Imai ve ark., 2015). Kadınların %2.5-3'ünde görülen PMS aktivitelerini ve sosyal iletişimlerini etkileyecek kadar şiddetlidir (Fatemi ve ark., 2019). Yapılan çalışmada PMS prevalansı Avrupa’da %40, Asya’da %46, Güney Amerika’da %60 ve Afrika’da %85 olarak saptanmıştır (Ashraf Direkvand ve ark., 2014). Dünya genelinde üniversite öğrencilerine yapılan çalışmalara bakıldığında; Japonya’da %79, Polonya’da %76.30, Mısır’da %65, Tayvan’da %39.9, Etiyopya’da %37 ve Çin’de %33.82 olarak bulunmuştur (Yamamoto ve ark., 2009, Drosdzol ve ark., 2011, Cheng ve ark., 2013, Abdelmoty ve ark., 2015, Ansong ve ark., 2019,

Gudipally ve Sharma 2023). İran’da yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin %60 hafif belirti, %25.1’i orta ve %14.2’sinde ciddi belirtiler gösteren PMS görülmektedir (Eslamlou ve ark., 2015). Türkiye’de okuyan üniversite öğrencilerine yönelik yapılan çalışmalarda ise PMS prevelansı %42.9 ile %47.3 arasında değişmektedir (Çelik ve Uskun 2022, Karaküçük ve ark., 2022). PMS prevelansının verildiği çalışmalarda oranının yüksek olması üniversite öğrencilerinin yaşam ve akademik performansını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca ülkelerde görülme oranındaki farklılıklar kadınlar arasında genetik, beslenme, yaşam tarzı farklılıklarından ve PMS sırasında toplumlar tarafından yapılan çeşitli uygulamalardan kaynaklanmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023).

2.3. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri

PMS ile ilişkili birçok risk faktörü bulunmakta olup genetik faktörlerin rolü açısından tam bir sonuca varılamamıştır (Dilbaz ve Aksan 2021). Fakat bazı çalışmalarda östrojen reseptörü alfa geninin olası bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Pakharenko ve ark., 2014, Dubey ve ark., 2017, Dilbaz ve Aksan 2021).

- **Sosyodemografik Faktörler:** Kadınların yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, ekonomik durumu, yaşanılan yer ve etnik kökeni gibi sosyodemografik bilgilerinin risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. PMS belirtilerinin 14-17 yaş arasında başlayarak en şiddetli 25-35 yaş arasında görüldüğü belirtilmiştir (Acar 2022). Ayrıca yapılan çalışmada 15-19 yaş arasındaki kadınlarda 20-29 yaş arasında bulunan kadınlara oranla PMS riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Tarannum ve ark., 2021, Lee ve ark., 2022). İsviçre’de yapılan çalışmada evli olmayan ve 35-44 yaş aralığında olan kadınların PMS prevelansı daha yüksek bulunmuştur (Tschudin ve ark., 2010). Fakat yapılan çalışmada PMS görülme riskinin yaşla birlikte arttığını ya da herhangi bir ilişki göstermediği saptanmıştır (Tarannum ve ark., 2021). Polonya’da yapılan çalışmada yüksek öğrenim görmüş kadınların düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre şiddetli PMS’ye karşı daha savunmasız olduğu ve kadınlarda yaşın bir risk faktörü olarak bulunmadığı saptanmıştır (Skrzypulec-Plinta ve ark., 2010).

- **Psikolojik Faktörler:** Somatik sağlık ile stresin ve yaşam olaylarının olası ilişkileri değerlendirilmiştir (Acar 2022). Stres, organizmanın uyum kapasitesini aşarak istenmeyen biyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. İspanya’da yapılan çalışmada algılanan stres, başa çıkma mekanizmaları ve nevroitikliği içeren psikolojik faktörler ile PMS arasında ilişki bulunmuştur (Del Mar Fernandez ve ark., 2019). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, iş ya da eş kaybı yaşama, ihmal ve istismara maruz kalma PMS’yi etkilemektedir (Younes ve ark., 2021). Hatta yapılan çalışmada menstruasyona karşı psikolojik tutumlarında etkilediği bulunmuştur. Menstruasyona karşı olan olumsuz düşüncelerin PMS sıklığını arttırdığı saptanmıştır (Kısa ve ark., 2012).
- **Yaşam Biçimi Faktörleri:** Kişinin yaşamını alkol, sigara ve kafein tüketimi, beslenme düzeni, fiziksel aktivite yapma düzeyi ve uyku düzeni etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Acar 2022). Sigara kullanan kadınlarda PMS sıklığının daha fazla görüldüğü belirtilse de yapılan bir çalışmada PMS ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Cheng ve ark., 2013). Ölçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara tüketiminin PMS varlığını etkilemediği, alkol kullanımının ise PMS varlığını etkilediği bulunmuştur (Ölçer ve ark., 2017). Kafein tüketiminin sinirlilik, uykusuzluk ve gerginlik gibi belirtileri arttırdığı belirtilmiştir (Acar 2022). Öğrenciler ile yapılan bir çalışmada günde 2 fincan kahve tüketenlerde PMS ölçek puanının yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (Işık ve ark., 2016). Beslenme düzeninin PMS’yi etkilemesine bağlı olarak dengeli ve düzenli beslenmenin PMS belirtilerini azalttığı bilinmektedir. Kadınlar premenstrual süreçte çikolata, tatlı, hamur işi ve tuzlu atıştırmalıklar gibi fazla kalorili karbonhidrat tükettikleri ve geç luteal fazda sık sık yeme ve aşırma davranışının arttığı görülmektedir (Mcneil ve Doucet 2012, Ongan ve ark., 2021). Düzensiz kahvaltı yapma, aşırı fastfood tüketimi ve meyve ile sebze tüketmeme durumunda PMS görülme oranı fazla bulunmuştur (Seedhom ve ark., 2013, Işık ve ark., 2016). B1, B6 ile D vitaminleri ve çinko, kalsiyum ile magnezyum mineralleri bulunan tam tahıllı ürünlerin tüketimiyle PMS belirtilerinin azaldığı belirtilmiştir. Hatta tahıl tüketiminin artması PMS’de yaşanan fiziksel,

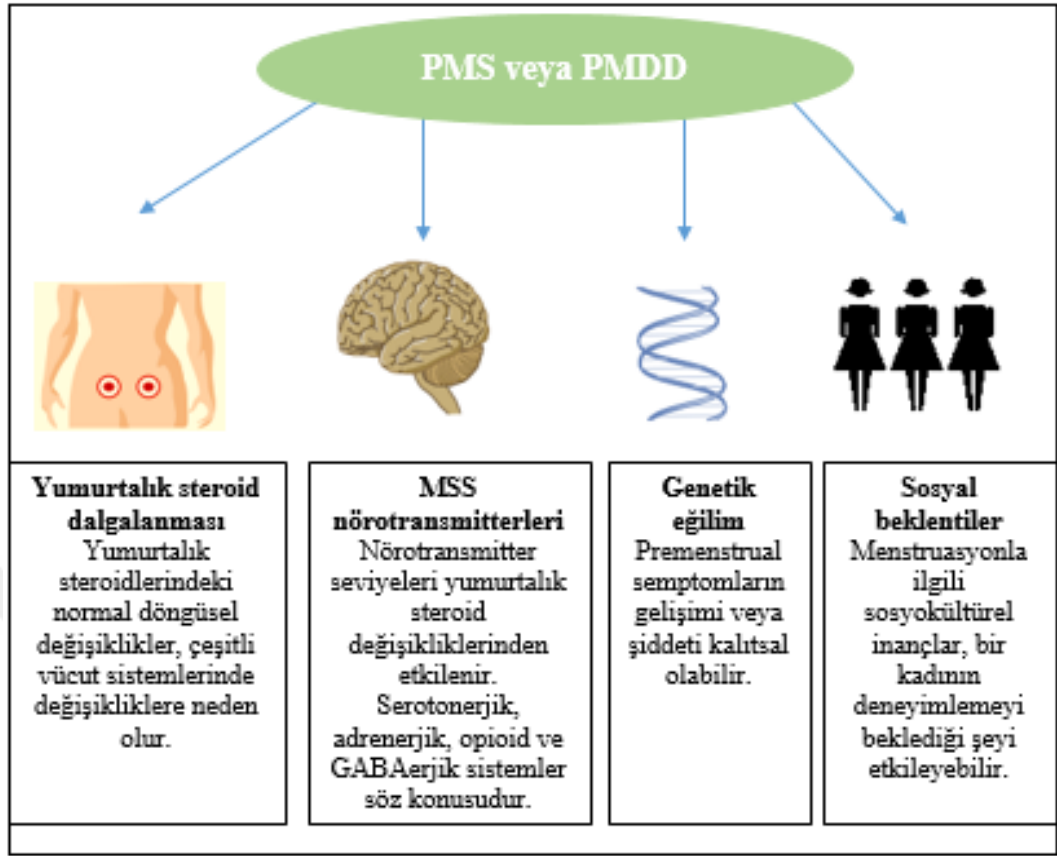
duygudurum ve davranışsal belirtilerinin azalmasına etki etmektedir (Esmailpour ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada karbonhidrat ve lif tüketimi ile PMS arasında ilişki bulunmadığı fakat maltoz alımının fazla olduğu kadınlarda PMS gelişiminin yüksek olduğu belirlenmiştir (Houghton ve ark., 2018). Kafein, alkol ve şeker tüketiminin azalması menstrual siklusun luteal fazında kompleks karbonhidrat tüketiminin artırılması PMS belirtilerini azaltmaktadır (Appleton 2018). Meyve tüketimi PMS belirtilerinin oluşumu ile şiddetini azalttığı ve antioksidan gücü ile koruduğu belirtilmiştir (Hashim ve ark., 2019). Hayvansal protein alımı daha yüksek olan kadınların eksojen hormonlarındaki artışla birlikte estradiol seviyesinde artış ile seks hormonu bağlayıcı globülin düzeyinde azalma ilişkilendirilmiştir. Ayrıca glutamat, triptofan ve diğer aminoasitler, fazla protein ve özel amino asitlerin alımı PMS riskini azaltmaktadır (Houghton ve ark., 2019). CRP'nin yükselmesi ile inflamatuvar sitokin arasında ilişki bulunmuştur (Azizieh ve ark., 2017). Sedanter yaşam tarzına sahip olup fiziksel aktivite yapmayanlarda PMS daha çok görülmektedir (Seedhom ve ark., 2013). Hatta obezitenin de PMS sıklığını etkilediği belirtilmektedir (Tosun ve Şahin 2022). PMS görülen kadınlarda fazla kilolu ya da obezite olma oranı daha yüksektir (Taheri ve ark., 2020, Bertone ve ark., 2010). Hatta 10 yıl takip edilen obez kadınların zayıf kadınlara oranla PMS riski daha fazladır (Bertone ve ark., 2010). Obezite, kadınlarda nöroendokrin sistemi etkileyerek PMS'ye neden olabilmektedir (Itriyeva 2022). Ayrıca adipozitede, estradiol seviyesinin düşmesi ile seratonin fonksiyonunda bozulmanın PMS oluşumuna neden olabileceği düşünülmektedir (Bertone ve ark., 2010). Amerika Birleşik Devletlerinde, 6524 kadının katılımı ile yapılan prospektif kohort çalışmada çocukluk çağında yüksek beden kitle indeksine (BKİ) sahip olanlarda genç erişkinlikte PMS görülme oranı daha fazla bulunmuştur (Lu 2022). Diğer bir çalışmada BKİ'deki 1kg/m² artış PMS görülme riskini %3 arttırdığı ve BKİ ≥ 27.5 kg/m² olan kadınlarda, BKİ < 20.0 kg/m² kadınlara kıyasla PMS riski önemli ölçüde yüksek saptanmıştır (Itriyeva 2022). Japonya'da yapılan çalışmada uyku düzeninde bozulma

yaşayanların PMS olma ihtimali 2.7 kat daha fazladır (Yoshimi ve ark., 2019).

- **Menstrual Siklus Faktörleri:** Menstrual siklusun özellikleri PMS'yi etkilemektedir. Yapılan çalışmada düzensiz menstrual sıklusa sahip olan kadınların PMS sıklığı yaşama oranı 2.83 kat daha fazladır (Tarannum ve ark., 2021). Menarş yaşı, menstrual siklus düzeni ve hormonal kontraseptif kullanımı ile PMS arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Geta ve ark., 2020).

2.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi

PMS'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (Yin ve ark., 2023). Frank, PMS'yi ilk tanımlarken östrojen fazlalığından yaşandığını belirtmiştir. Diğer araştırmacılarda PMS'nin östrojen ve progesteron arasında olan dengesizlikten, hipogliseminin yaşanmasından, B6 vitamin eksikliğinden, prolaktin fazlalığından, monoamin oksidaz düzeyinin yükselmesinden, endojen hormon alerjisinin olmasından, endorfin ve psikolojik rahatsızlıklardan dolayı bir dizi teori ortaya koymuştur. Şekil 1'de, PMS veya PMDD için önerilen nedenlerin bir şeması gösterilmektedir (Mendiratta 2017).



Şekil 1. PMS veya PMDD'nin Önerilen Nedenleri

Çalışmalar sonucunda PMS'ye duyarlı kadınlarda MSS'deki döngüsel gonadal hormonal değişiklikleri ve serotonerjik nöronal mekanizmaların etkileşime girmesi önemli nedensel faktörleri oluşturmaktadır (Mendiratta 2017). PMS'nin belirtilerinin sadece luteal fazda gözlenmesi ve menstruasyondan sonra azalması over hormonlarının dalgalanmaları ile ilişkilidir (Yin ve ark., 2023). Son yıllarda işlevsiz üreme hormon seviyeleri ve beyin nörotransmitter sistem üzerine etkileri PMS patogenezini oluşturmaktadır (Yin ve ark., 2023). Östrojenin, beyinde inhibe edici ya da uyarıcı ajanlar olarak görev yapabilen GABA ile dopamin gibi nörotransmitterleri modüle ettiği bulunmuştur (Mendiratta 2017). Kadınlarda luteal fazda östrojen seviyesinde dalgalanma olması duygudurum değişikliklerine neden olmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023). PMS'de yaşanan ruh hali bozukluklarının luteal fazda anksiyolitik metabolitin seviyesinin düşmesi ile ilgili olduğu bulunmuştur. Luteal fazda prolaktin seviyesinin yüksek olmasının kadınlarda menstrual düzensizliğe, meme hassasiyetine, cinsel isteksizliğe ve depresyona neden olduğu saptanmıştır.

Aldesteronun luteal fazda yüksek olmasının ödem, abdominal şişkinlik, baş ağrısı, kilo alımı ve memelerde şişliğe sebep olduğu belirtilmiştir. Endorfinler, davranış, uyku ve bağırsak fonksiyonlarında etkilidir. Dolaşımda endojen opiatın azalması kadınların daha fazla ağrı, depresyon yaşamasına neden olmaktadır (Uzunçakmak 2016). Kalsiyum metabolizmasında meydana gelen anormalliğin PMS’de fiziksel ve ruhsal belirtilerin yaşanmasına neden olabileceği belirtilmiştir. PMS sırasında alınan kalsiyum takviyelerinin PMS belirtilerini azalttığı bulunmuştur (Shobeiri ve ark., 2017). Ayrıca luteal fazda yaşanan kalsiyum eksikliğinin depresyon, huzursuzluk ve halüsinasyon gibi PMS belirtilerini şiddetlendirdiği belirtilmiştir (Bahrami ve ark., 2018). Kalsiyum metabolizmasının düzenlenmesinde ve emiliminde rolü olan D vitaminin eksikliğinin PMS’ye neden olabileceği ileri sürülmüştür. D vitamini, vitamin D reseptörü (VDR) aracılığıyla biyolojik etkileri olan steroid hormondur. VDR, sadece kalsiyum metabolizmasını düzenleyici değil kadın üreme fizyolojisinde de potansiyel rolü bulunmaktadır (Heidari ve ark., 2019). Ovaryum hormonları luteal fazda zirve yaparken [25(OH)D3]’ün bozulmasına ve serum düzeyinin düşmesi PMS belirtilerini şiddetlendirebilir (Abdi ve ark., 2019). Yapılan çalışmada PMS olan kadınların luteal fazında D vitamini seviyesi PMS olmayan kadınlara oranla daha düşük saptanmıştır (Dadkhah ve ark., 2016). Meta analiz çalışmasında D vitamininin PMS belirtilerini iyileştirdiği bulunmuştur (Arab ve ark., 2019). B6 vitamin eksikliği depresyon ve duygurum değişikliklerine yol açmaktadır. Luteal fazda insüline olan duyarlılığın artması sonucu meydana gelen hipogliseminin, yorgunluk, sinirlilik, terleme ve gastrointestinal sorunlara neden olduğu düşünülmektedir (Uzunçakmak 2016). Menstrual siklusta serum çinko seviyesi değişmektedir. PMS olan kadınların luteal fazında serum çinko düzeyi PMS olmayan kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur (Fathizadeh ve ark., 2016, Granda ve ark., 2021). Prostoglandinlerin, meme ağrısı, abdominal kramp, baş ağrısı, sinirlilik ve depresyon ile ilişki olduğu belirlenmiştir (Uzunçakmak 2016).

2.5. Premenstrual Sendromun Belirtileri

PMS, kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden nöroendokrin bozukluktur. Bu sendromda kadınlar, menstrual siklusunun luteal fazında kadının günlük işleyişi ve yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, davranışsal ve duygusal

sorunlardan şikayet etmektedir (Hashim ve ark., 2019, Yin ve ark., 2023). PMS belirtileri hafif ile orta şiddetli olarak görülmektedir. Kadınların yaklaşık %20'si günlük yaşam aktivitelerini kesintiye uğratabilecek kadar şiddetli belirtiler yaşamaktadır (Gudipally ve Sharma 2023). Bu belirtiler kişiden kişiye değişmekte olup sıklıkla menstruasyonun bir hafta öncesinden başlayıp birkaç gün sonrasına kadar devam etmektedir. PMS belirtilerinin yoğunluğu kadınlar arasında hormonal, psikososyal ve fizyolojik faktörlere göre değişmektedir (Hashim ve ark., 2019). Kadınlarda; karın şişkinliği, karın ağrısı, kabızlık, mide bulantısı, iştah değişikliği, susama, kilo alımı, anksiyete, gerginlik, huzursuzluk, yorgunluk, depresyon, ağlama nöbetleri, konsantrasyon güçlüğü, enerji azlığı, ruh hali değişimleri, sebepsiz öfkelenme ya da irritabilite, uykusuzluk, sırt ağrısı, bel ağrısı, baş ağrısı, memelerde şişlik ve hassasiyet görülen belirtilerdir (Gudipally ve Sharma 2023, Yin ve ark., 2023). Ayrıca duygusal belirtilerin görülme süresi birkaç günden 2 haftaya kadar değişmekte olup menstruasyon başlamadan bir hafta öncesinde kötüleşerek devam etmektedir. Menstruasyon başlamadan 2 gün öncesinde ise belirtiler pik yapmaktadır (Gudipally ve Sharma 2023). Yaşanan bu belirtiler kadınların aile, eş, sosyal ve çevre ilişkilerinde bozulmaya neden olarak yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Rapkin ve Winer 2009).

2.6. Premenstrual Sendromun Tanı Kriteri

PMS tanısı koyabilmek için kullanılan özel bir test bulunmamaktadır (Appleton 2018). Tanıda fiziksel ve psikiyatrik çeşitli hastalıklar dışlanarak detaylı anamnez, fiziksel muayene ve luteal fazı gösteren iki ardışık menstrual siklusta doldurulan semptom çizelgesi gereklidir (Mendiratta 2017, Appleton 2018). Ayrıca PMS şüphesi olan kadının döngüden döngüye değişkenliğini değerlendirmede ardışık menstrual siklus boyunca görülen belirtileri bir günlüğe yazması önerilmektedir (Gudipally ve Sharma 2023). Foliküler faz, belirtilerini luteal ve menstrual faz verileriyle karşılaştırmak için iki ay boyunca belirtileri takip etmek gereklidir. İki döngü sonunda kadınla birlikte semptom günlüğü ya da çizelgesi kontrol edilerek en çok zorluğa neden olan belirtiler konuşulmaktadır (Mendiratta 2017). Kan tetkiklerinde folikül uyarıcı hormon, estradiol, prolaktin, tiroid uyarıcı hormon ve kortizol gibi laboratuvar bulguları kontrol edilerek Cushing sendromu, tiroid

hastalıkları ve hiperprolaktinemi gibi patolojilerde ekarte edilmelidir. Belirtilerin PMS ile uyumlu olması, belirtilerin sürekli olarak yalnızca menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkması ve kadının işlevi ile yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi PMS tanısını doğrulayan üç unsurdur (Gudipally ve Sharma 2023). Amerikan Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji (ACOG) PMS'yi, menstrual siklusun luteal fazı sırasında işlevsellikte önemli bozulmaya neden olan ve en az bir semptomun varlığı olarak tanımlamaktadır (Mendiratta 2017, ACOG 2021). Önceki menstrual siklusun her birinde kanamadan önceki beş günde duygusal ve somatik belirtilerden herhangi birisinin bildirilmesi durumunda teşhis edilmektedir. Fakat menstrual kanamadan sonraki gün içinde belirtiler hafiflemeli, herhangi bir deney olmaksızın döngünün en az 13. gününe kadar yeniden tekrarlamamalıdır. ACOG, PMS belirtilerinin; menstrual kanama öncesindeki beş günde art arda en az üç menstrual siklus döngüsü boyunca mevcut olması, menstrual kanama başladıktan sonraki dört gün içinde sona ermesi ve kadının günlük yaşam aktivitelerinde bozulmaya neden olması şeklinde PMS'yi tanılamıştır. Ayrıca PMS'yi taklit edebilen ya da örtüşen depresyon, kronik yorgunluk sendromu, endişe, perimenopoz, irritabl bağırsak sendromu, tiroid hastalığı gibi hastalıklar ile belirtileri dışlanmalıdır (ACOG 2021).

2.7. Premenstrual Sendromun Tedavisi

PMS'yi tedavi etmenin amacı etiyolojisi tanımlanamadığından dolayı belirtilerin hafifletilmesi ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olan olumsuz etkinin azaltılmasıdır (Gudipally ve Sharma 2023). PMS tedavisi hastada görülen belirtilerin zamanı ve şiddetine uygun olarak bireyselleştirilerek uygulanmalıdır (Acar 2022). PMS'de ilk tedavi seçeneği olarak farmakoterapi (selektif serotonin geri alım inhibitörleri, antidepresan, anksiyolitik, progesteron, gonadotropin salgılatıcı hormon, kombine oral kontraseptif, östrojen vs..) tercih edilmektedir (Gudipally ve Sharma 2023). Fakat hafif belirtileri olan ya da farmakolojik yöntemi istemeyen kadınlar; yaşam tarzı değişikliği, diyet, vitamin ve mineral takviyesi, bitkisel ilaçlar, bilişsel ve davranışsal terapilerle egzersizler, akupunktur ve aromaterapi gibi farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmaktadır. Ayrıca cerrahi tedavide uygulanmaktadır (Acar 2022, Gudipally ve Sharma 2023).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

- **Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI):** PMS tedavisinde son derece etkilidir (Mendiratta 2017). Serotonin, davranış ve ruh hali düzenlemesinde rol oynayan nörotransmitterlerdendir (Acar 2022). SSRI, serotonin geri alımını önleyerek membran konsantrasyonunu arttırarak ruh halini iyileştirmede etkilidir (Appleton 2018). PMS ve PMDD tedavisinde SSRI özellikle de duygusal belirtilerin önlenmesinde birinci basamak haline gelmiştir (Mendiratta 2017). Fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sertraline ve sitalopram gibi etken maddeleri olan SSRI ilaçların en çok kullanılan ve en etkili olarak fluoksetini bilinmektedir (Acar 2022).
- **Anksiyolitikler:** Premenstrual disforik bozukluk hastasının yaşadığı anksiyete, sinirlilik ve gerginlik semptomlarını azaltan veriler bulunmaktadır. Benzodiazepinler PMDD tedavisinde ikinci basamak olarak kabul edilmekte olup yalnızca luteal fazda kullanılması tercih edilmelidir (Appleton 2018).
- **Progesteron ve progestojenler:** PMS semptomlarının görülmesinin neden olarak progesteron ve türevlerinin eksikliği olduğu düşünülerek progesteron ile progestojenler tedavide kullanılmaktadır. Didrogesteron ve noretisteron etken maddeleri bulunan ilaçlar PMS tedavisinde uygulanmaktadır (Fathima ve Swetha 2023).
- **Kombine Oral Kontraseptifler:** PMS olan kadınlarda yaşanan semptomların azaltılmasında etkilidir (Acar 2022). Bu ilaçlar hormonal değişimleri baskılamakta olup PMS ile PMDD tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Appleton 2018). Literatüre bakıldığında etinil estradiol ile drospirenon kullanımı PMS tedavisinde etkili bulunmuş olup yaşanan fiziksel ve psikolojik semptomlarda azalma yaşanmasına neden olmuştur (Nworie 2018).
- **Gonadotropin relasing hormon (GnRH):** Overler tarafından progesteron ile östrojen sentezinin geçici olarak durdurulmasını sağlayarak PMS 'de yaşanan fiziksel semptomların azaltılmasında etkilidir (Nworie 2018). Bununla birlikte genellikle PMS semptomlarını şiddetli yaşayan kadınlara uygulanması tercih edilmektedir (Çelik ve Uskun 2021). Çünkü uzun süreli

östrojen düşüklüğüne bağlı olarak kadınlarda şiddetli sıcak basması ile osteoporoz gibi menopozda görülen semptomları taklit eden belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Nworie 2018).

- **Danazol:** Androjenik ile antigonatodropik özelliğe sahip olan bu ilacın sürekli olarak 200 mg veya 400 mg'lık dozlarının kullanılmasının PMS tedavisinde etkili olduğu belirtilmektedir (Fathima ve Swetha 2023).

2.7.2. Cerrahi Tedavi Yöntemi

Premenstrual disforik bozukluk tedavisinde bilateral salpingooferektomi (BSO) işlemi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerden yanıt alınamadığında son çare olarak başvurulmaktadır. Cerrahi menopozun kadınların sağlığı üzerindeki olumsuz etkisi dikkate alınarak östrojen replasman tedavisi uygulanması gereklidir. Bu durum bazen PMS semptomlarının tekrar yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durumda BSO ile birlikte histerektomi işleminin yapılması da düşünülmelidir (Appleton 2018).

2.7.3. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

Premenstrual sendrom tedavisinde kullanılan pek çok farmakolojik olmayan tedavi yöntemi bulunmaktadır;

- **Takviyeler ve Bitkisel Preparatlar:** Kalsiyum takviyesinin PMS'de yaşanan olumsuz duygudurum semptomları ile fiziksel semptomları azalttığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada günde 500 mg kalsiyumun PMS semptomlarını iyileştirdiği saptanmıştır (Shobeiri ve ark., 2017). Ayrıca PMS yaşayan kadınlarda depresyon, iştah değişikliği ve erken yorgunluk semptomlarını azalttığı belirtilmiştir (Modzelewski ve ark., 2024). Kalsiyum ile D vitamini takviyesinin PMS semptomlarını azalttığı yaklaşımı doğrulanmıştır (Siminuc ve ark., 2023). Hatta D vitamini takviyesi ucuz, kolay erişilebilir ve düşük riskli olduğundan PMS semptomlarını azaltmada kullanılması önerilmektedir (Abdi ve ark., 2020). Ayrıca D vitamini alımı seks steroid hormonu ile nörotransmitter aktivitesi üzerinde olumlu etkisi nedeniyle PMS riskini azaltmaktadır (Siminuc ve ark., 2023). Yapılan bir

çalışmada 2 ay boyunca kadınlara uygulanan 200 mg/gün D vitamini alımının yaşanan PMS skorunda düşüşe neden olduğu ve sıvı tutulumu, depresyon ile anksiyete görülme oranını azalttığı bulunmuştur (Dadkhah ve ark., 2016). B grubu vitaminler (tiamin, niasin, riboflavin B6, B12) ve folat alımı ile PMS semptomları ilişkilendirilmiştir (Işgın ve Büyüktuncer 2017). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada tiaminin PMS’de görülen zihinsel ve fiziksel semptomlarını iyileştirdiği, semptomların şiddetini azalttığı ve yan etki görülmediği bulunmuştur (Abdollahifard ve ark., 2014). Riboflavin aminoasit triptofandan serotonin oluşturmada kofaktör olan B6 vitamini aktive etmektedir. Niasinin yetersiz düzeyde olması triptofan oluşumunu olumsuz etkilemekte olup bu durum serotonin oluşturma olanağını azaltmaktadır. B6, B12 ile folat serotonin ve dopamin metabolizması için gereken S-adenozil metionin ile tetrahidrobioplerin oluşumunda görev almaktadır (Işgın ve Büyüktuncer 2017). PMS’nin neden olduğu bazı psikiyatrik semptomlarda günde 60-100 mg dozda B6 vitamini önerilmiştir (Nworie 2018). Ancak yüksek dozda alınan B6 vitaminin periferik nöropatiye neden olabileceği göz önüne alınarak günde 100 mg’dan fazla tüketmemeleri gerekmektedir (Appleton 2018). E vitamininin depresyonla ilişki olan semptomları azalttığı bulunmuştur (Dadkhah ve ark., 2016). Ayrıca memede şişlik ve hassasiyet semptomlarını hafiflettiği belirtilmişse de PMS tedavisi üzerine etkisi belli değildir. Çinko, linoeik asitten PGE1 oluşumunda ve GABA sentezinde B6 vitamini ile birlikte bulunmaktadır (Işgın ve Büyüktuncer 2017). PMS görülen kadınların düşük çinko seviyesine sahip olduğu gözlenmiştir (Carlini ve ark., 2022). Yapılan literatür taramasında PMS de luteal fazda günde 30 mg elemental çinko kullanımını desteklemektedir. PMS’li kadınlarda düşük magnezyum düzeyine sahip olduğu ve uygulanan magnezyum takviyesi ile semptomların hafifletileceği düşünülmektedir (Jafari ve ark., 2020). Magnezyumun B6 vitamini ile kombine edilmesinin PMS semptomları üzerinde en büyük etki gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca magnezyumun ödem, aşırı kaygı ile istek gibi semptomları kontrol etmede daha etkili olduğu saptanmıştır (Alshammari 2020). Triptofanın serotonin öncüsü olan 5-hidroksitriptofana dönüşümünde

rol alan demir triptofan hidroksilaz enziminin kofaktörüdür. Ayrıca GABA sisteminde olan hücreler demir açısından zengin olup bu durum PMS açısından önemlidir (Işgın ve Büyüktuncer 2017). Yapılan bir çalışmada günde 20 mg'den daha fazla demir alan kadınlarda PMS riskinin azaldığı bulunmuştur (Chocano-Bedoya ve ark., 2013). PMS tedavisinde kullanılan bazı vitamin ve minerellere ilişkin mevcut çalışmalar az olup etkili bir tedavi olarak önerilmesi için daha fazla çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (Nworie 2018). PMS tedavisinde kullanılan bitkilerin etkililiği randomize klinik çalışmalarda kapsamlı olarak değerlendirilmemiş olup günümüzde literatürü gittikçe artmaktadır (Nworie 2018, Appleton 2018). Hayıt tohumu, Amerikan Botanik Konseyi Komisyonu tarafından onaylanmış olup PMS semptomlarında azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (American Botanical Council <https://www.herbalgram.org/search?search=chasteberry>). Ayrıca sarı kantaron, ginkgo, nane, zerdeçal, mandalina yaprağı ile acı portakal bitkileri PMS'de kullanılmaktadır. Fakat bitkisel tedavilerin kullanımı için daha fazla klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Nworie 2018).

- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):** PMS tedavisinde önerilen BDT ile kadının yaşadığı premenstrual semptomlarda hissettiği duygular, PMS'ye ilişkin kültürel algısı ile olumsuz menstrual tutumu değiştirmektedir. BDT; kadında rahatlama, atılganlık ve stres yönetimini sağlamaktadır (Abay ve Kaplan 2019). Yapılan bir çalışmada kadınlara uygulanan 5 seanstan oluşan 1 ay süren psikoeğitim sonrasında PMS puanlarında azalma bulunmuştur (Başoğlu ve ark., 2020).
- **Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları:** Yaşam tarzı değişiklikleri PMS'de yaşanan semptomları iyileştirmektedir (Appleton 2018). Bu durumda bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alarak, düzenli egzersiz yapması, sigara, alkol ile madde kullanımından kaçınması, sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip olması ve stres yönetiminin olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturmaktadır. PMS ile baş etmede bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmaları sağlanmalıdır (Özdemir 2022).

Yaşanan PMS semptomlarının baskılanması ya da şiddetlenmesinin önlenmesinde besin öğelerinin önemi bulunmakta olup beslenme

alışkanlığının düzeltilmesi PMS tedavisinde etkilidir (Işgın ve Büyüktuncer 2017, Özdemir 2022). Kadınların menstruasyonun luteal fazında PMS semptomlarını arttıran alkol, kafein (çay, kahve, kola vs.) şeker, çikolata ve yağlı besinlerin tüketiminin azaltılması, kompleks karbonhidrat tüketiminin arttırılması, kalsiyum, magnezyum, çinko, demir, omega-3, D vitamini, E vitamini, B vitaminleri ve folat açısından yeterli düzeyde besin alımının sağlanması, ödem ile sıvı retansiyonunu arttıran sodyum alımının kısıtlanması ve diüretik etki yapan greyfurt gibi besinlerin tüketilmesi PMS semptomlarını hafifletmektedir (Işgın ve Büyüktuncer 2017, Appleton 2018, Özdemir 2022). PMS’de beslenmede günde üç ana öğün yerine üç ara öğün tercih edilmelidir. Daha fazla sebze ile meyve ve yüksek düzeyde protein ile posa içeren besinler tüketilmelidir. Tam tahıllı ekmek, esmer pirinç, arpa, fasülye ve mercimek tüketimi sağlanmalıdır. Günlük ceviz, chia tohumu ile keten tohumu tüketilmelidir. Ayrıca sağlıklı atıştırmalıkların (kuruyemişler, kurutulmuş meyveler vs.) tercih edilmesi tavsiye edilmektedir (Abay ve Kaplan 2019).

Egzersiz, endorfin düzeyini arttırarak progesteron ile östrojen sentezini düzenlemeye yardımcı olduğu ve endojen anti-inflamatuvar kimyasalın üretimini tetiklediği bilinmektedir. Ayrıca sosyalleşme sağlaması, depresyon hissinde azalmayı ve kadının kendini iyi hissetmesini sağlaması açısından PMS’de yaşanan semptomları hafifletmektedir (Pearce ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada PMS’de yaşanan sıvı retansiyonu ile memelerde hassasiyet sorunlarının azaltılmasında günlük 30 dakikalık yürüyüşün olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Seedhom ve ark., 2013). Ayrıca yoga, aerobik egzersiz, pilates, yüzme ve geleneksel Çin egzersizi Baduanjininde PMS semptomları üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır (Carlini ve ark., 2022). Egzersizin PMS’li kadınlarda depresif ruh hali, şişkinlik, yorgunluk ve kabızlık gibi semptomları iyileştirdiği belirtilmektedir (Appleton 2018). Ayrıca egzersiz kalp atım hızını, akciğer fonksiyonunu ve uyku kalitesini artırmaktadır. Bu açıdan günde en az 8 saat yeterli ve kaliteli uykunun sağlanması için egzersiz önerilmektedir (Abay ve Kaplan 2019). Sağlık

açısından faydası olan düzenli egzersiz PMS tedavisinde bütüncül yaklaşımın parçası olarak kullanılmalıdır (Carlini ve ark., 2022).

Menstrual siklus boyunca yaşanan hormonal değişiklikler, olumsuz duyguların artmasına ve böylece PMS yaşayan kadınların strese duyarlılığını etkileyerek semptomların şiddetini arttırmaktadır (Özdemir 2022). Progesteronun PMS görülen kadınlarda hipokampal aktivitenin artması stres, kaygı, olumsuz ruh hali ile ruminasyon gibi duygudurum değişikliğini arttırdığı belirtilmektedir (Kappen ve ark., 2022). Bu durumda yaşanan stres ile baş etmek PMS yönetimini kolaylaştırmaktadır. Nefes egzersizleri, meditasyon ya da yoga gibi rahatlama egzersizleri, banyo yapmak, yeterli ve düzenli uyumak, masaj yapmak ve hobi ile uğraşmak stresle baş etmeyi sağlamaktadır (Abay ve Kaplan 2019). Kadınların kurduğu kişilerarası ilişkiler sağlıklarını pozitif yönde etkilemektedir (Özdemir 2022). PMS döneminde kadınların eşleri ile iletişim kurması, aile ile arkadaşlarla duygularını paylaşması ve bu dönemde hissettiklerini anlatması ve sosyal destek verilmesi önemlidir (Abay ve Kaplan 2019).

2.8. Premenstrual Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişki

Duygusal yeme davranışı, ayrı bir yeme bozukluğu olmayıp yeme ile ilgili gösterilen davranışlar, stres ve bireysel duygulardan etkilenmektedir (Dakanalis ve ark., 2023). DSM-V’te duygusal yeme davranışı, Bulimia nevroza ile tıkanırcasına yeme bozukluğu tanı kriterinde bulunmakta olup depresyon ile anksiyete bozukluğu esnasında görülebilmektedir (Mutlu 2023). Duygusal ya da rahatlatıcı yeme davranışı, olumsuz duygulara yanıt olarak ortaya çıkmakta olup genellikle enerji açısından yoğun besin değeri açısından fakir ve lezzetli besinler tercih edilmektedir. Depressif ruh hali, stres, öfke ve kaygı gibi olumsuz duyguları kontrol etmede ve azaltmada başa çıkma yöntemi olarak kullanılmaktadır (Dakanalis ve ark., 2023). Duygusal yeme davranışının görülmesi açısından kadınlar, ergenler, obez bireyler ve yeme bozukluğu olanlar riskli grupları oluşturmaktadır. Ayrıca ergenlik döneminde başlayan duygusal yeme bozukluklarında östrojen hormonunun artmasının etkisi olduğu düşünülmektedir (Mutlu 2023). Bireyler sadece olumsuz duygu durumunu

yükseltmek için değil neşe, mutluluk gibi olumlu duygusunu pekiştirmede de duygusal yeme davranışı görülmektedir (Turner ve ark., 2010). Duygusal yeme davranışında bireylerde zamanla kilo alımının artışı ve kilo vermenin zorluğu ile karşılaşmaktadır. Çünkü şekerli ve yüksek yağlı besinleri daha fazla tüketmeleri, stres etkenine yanıt olarak yemek yemeleri ve özellikle sık atıştırmalık tüketmeleri kilo alımlarını arttırmaktadır (Dakanalis ve ark., 2023). Nutrinet-Sante kohortundan 7378 erkek ile 22.862 kadın ile yapılan çalışmada depresyon sorunu olan bireylerin özellikle de kadınların tatlı ile yağlı besin gibi enerjisi yüksek atıştırmalıkları tükettiği belirtilmiştir (Camilleri ve ark., 2014). PMS döneminde yaşanan hormonal değişimler sonucunda kadınlarda görülen ruhsal sorunlarla birlikte iştah değişikliği ile yeme bozukluğu davranışları görülmektedir. PMS döneminde öfke, depresif hal, stres gibi olumsuz duygularla baş etmek için aşırı yemek yeme ve sevdiği yiyeceği tüketme gibi duygusal yeme davranışına yönelmektedir. Aşırı yemek yeme kadınlarda şişkinlik, gerginlik ve duygudurum bozukluklarına neden olduğu belirtilmektedir. Kadınların bu dönemde genellikle çikolata, tatlı, kola, şeker ve yağlı besinleri tükettiği ve bu durumun PMS semptomunu etkilediği belirlenmiştir (Mutlu 2023). Literatür taramasında yapılan çalışmalarda duygusal yeme davranışının PMS semptom şiddetini arttırdığı bulunmuştur (Kartal ve Kaykısız 2020, Çoban ve ark., 2021). Carpio- Arias ve arkadaşlarının çalışmasında algılanan stres düzeyi yüksek olan yetişkinlerin duygusal yeme davranışlarını daha fazla gösterdikleri bulunmuştur (Carpio- Arias ve ark., 2022). Duygusal yeme davranışının kesin bir tedavi yöntemi olmayıp yeme bozukluklarında kullanılan tedavilerin etkili olacağı düşünülmektedir (İnalkaç ve Arslantaş 2018). PMS döneminde kadının duygusal yeme davranışı değerlendirilmelidir. Tedavisinde; beslenmenin düzenlenmesi, yaşam tarzı değişiklikleri, baş etme becerileri, sorun çözme becerileri, bireyin yeme tutumu farkındalığı ve bilişsel davranışçı terapi ile çeşitli farmakolojik tedavi bulunmaktadır (Mutlu 2023).

2.9. Sağlığı Geliştirme Modeli

Diğer modellerin eksik olan yönlerini kapatmak amacıyla sosyal öğrenme teorisinden yararlanılarak 1982 yılında Nola J. Pender tarafından geliştirilen sağlığı geliştirme modeli 1987,1996 ve 2002 yılında revize edilmiştir (Bahar ve Açıl 2014,

Aqtam ve ark., 2018, Kalkanlı 2024). Sağlığı geliştirme modeli sağlıkta inanç modeline benzetmekle birlikte sadece hastalıktan korunma olarak tanımlanmamaktadır (Kalkanlı 2024). Bu model bireyde sağlıklı yaşam ile uyum hissini uyandırmakta olup bireyin enerjisini yükseltmektedir (Bahar ve Açıl 2014). Ayrıca bireyin kendi sağlığını geliştirme ile kontrolünü arttırma gücüne sahip olması sağlığın geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Beklenti değer teori (Feathrer) ile sosyal bilişsel teori (Bandura) modelin kuramsal temelini oluşturmaktadır. Beklenti değer teorisi; bireyler sonuçlarına değer verdiği amacını gerçekleştirmede daha istekli davranmaktadır. Sosyal bilişsel teori; Düşünce, davranış ile çevre kavramları sürekli olarak birbiriyle etkileşim içerisinde. Bu teoride düşünceler davranışları şekillendirmektedir. Bu teoriler, bireyin sağlık davranışlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörleri açıklamaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Sağlığın geliştirme modeline göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sağlık sorumluluğu, özetkililik, kişilerarası ilişkiler, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi oluşturmaktadır. Model, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bireylerin bilinçlendirilmesinin ve bireylere danışmanlık yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Modelde hemşire ile bireyin işbirliği halinde çalışması ve bireylerde sağlıklı yaşam biçimini oluşturmaları için davranışsal değişim yapılmasını sağlamaktadır. Birey, çevre, bakım, sağlık ile hastalık temel kavramları oluşturmaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Hemşireler sağlığı geliştirme davranışını değerlendirmede kişisel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü biliş ile etki ve davranışsal sonuç olmak üzere üç temel alanda değerlendirmektedir (Aqtam ve ark., 2018).

2.9.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel özellikler ve deneyimler, sağlığı geliştirme davranışının oluşmasını etkilerken hemşirelik uygulaması ile değiştirilememektedir (Aqtam ve ark., 2018).

- **Bireysel özellikler:** Bireyin tepkisi ile sağlık davranışını etkileyen faktörlerdir. Bu faktörleri; biyolojik (yaş, cinsiyet, kilo, boy), psikolojik (benlik saygısı, sağlığın bireysel olarak anlamı, öz motivasyon) ve sosyo-kültürel (ırk, etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) faktörler oluşturmaktadır (Bahar ve Açıl 2014).
- **Önceki davranışlar:** Geçmişte deneyimlenen sağlık davranışlarının

kazandırılmasında aynı veya benzer davranışlar etkili olmaktadır. Bireyin önceki davranışının başarı veya başarısızlıkla sonuçlanması bir sonraki davranışın sonucunda etkili olmaktadır (Aqtam ve ark., 2018).

2.9.2. Davranışa Özgü Kavramlar ile Etkiler

Algılanan yararlar, engeller, öz-etkililik/yeterlilik, duygular, kişilerarası ve durumsal etkililerdir (Bahar ve Açıl 2014).

- **Algılanan yarar:** Sağlığı geliştirme davranışının sağlığı açısından olumlu etkisinin farkında olan bireyin davranışa başlama ya da davranışı sürdürme durumu hakkında daha istekli olabilmesidir (Bahar ve Açıl 2014, Başkaya 2023).
- **Algılanan engel:** Önerilen davranışın gerçekleşmesinin imkansız olduğuna ait duygular ya da zorlaştıran engeller bireyin istenilen davranışını gerçekleştirmesini güçleştirmektedir (Bahar ve Açıl 2014, Başkaya 2023). Algılanan engel inancından algılanan yarar inancı fazla ise davranışın gerçekleşme ihtimali artmaktadır (Bahar ve Açıl 2014).
- **Algılanan özetkililik/yeterlilik:** Bireyin davranışı başarılı şekilde gerçekleştireceğine olan inancı ve kararlılığı olarak belirtilmektedir (Bahar ve Açıl 2014, Başkaya 2023). Bireyin bulunduğu şartları kontrol edebileceğini düşünmesi ile yapabilirim inancıdır. Bireyde anksiyete, özgüven eksikliği, kendini çaresiz ile eksik hissetme ve depresyon gibi sorunların ortaya çıkması öz-etkililik düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Başkaya 2023).
- **Davranışın verdiği etki:** Bir davranışa uzun süreli devam edip etmemesini bireyin davranışa ilişkin ortaya çıkan duyguları etkilemektedir (Başkaya 2023).
- **Kişilerarası etkiler (aile, akran, sağlık çalışanları):** Davranışa ait düşünce, inanış ile tutumlarını kapsamaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Bireyin davranışı sürdürmede ya da değiştirmede aile, çevre ve sağlık çalışanları ile kurulan etkileşim önemlidir. Normlar, model alma ve sosyal destek boyutları bulunmaktadır. Sağlık çalışanları bilgilendirme ve emosyonel destek sağlama ile bireyde olumlu davranış gelişmesine yardımcı olmaktadır (Başkaya 2023).
- **Durumu özgü etkiler:** Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranışın ortaya

çıkmasını doğrudan etkilemektedir (Bahar ve Açıl 2014). İsteklerini belirlemesi, çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirmesi ve doyum sağlaması bireyin biyopsikosozal yönden tam bir iyilik halinde olmasına bağlıdır (Bahar ve Açıl 2014, Başkaya 2023).

2.9.3. Davranışların Ortaya Çıkışı

- **Davranışa ilişkin plan yapma:** Birey davranışı planlı ve belli stratejide gerçekleştirmektedir (Bahar ve Açıl 2014). Davranışı kendi yaşam biçimine göre düzenlemektedir (Başkaya 2023).
- **Acil/Anlık gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanması:** Birey planlanan sağlığı geliştirme davranışının öncesinde acil gereksinimin ortaya çıkmasını davranışın gerçekleşmesini etkileyecektir (Bahar ve Açıl 2014). Davranışı gerçekleştirmeden önce planlama esnasında davranışta alternatif olarak yarar ile engel kavramı belirlenmelidir (Başkaya 2023).

2.10. Phillips 66 Tekniği

Phillips 66 tekniği, aktif öğrenme teknikleri arasında yer almaktadır (Singhal ve ark., 2021, Avan 2022). Aktif öğrenme tekniği; öğrenci performansını geliştirmek, anlamlı öğrenme faaliyetini gerçekleştirmek ve bunların düzenli ile sürekli değerlendirilmesini içermektedir (Singhal ve ark., 2021). Ayrıca sosyal sorumluluğun farkında olmasını, kültürlerarası işbirliğini, etik açıklamayı, takım çalışmasını, grup oluşturmaya, yeni ürünler geliştirmeyi arttırmaktadır (Singhal ve ark., 2021, Avan 2022). Donald Phillips tarafından geliştirilen teknikte tartışma becerilerinin oluşturulmasında kullanılan farklı tartışma tekniğine göre ön şart niteliği taşıyan, rol alma, pratik, liderlik, karşısında olan kişiyi dinleme, sorumluluk üstlenme, görüş kazanma, yönlendirme gerektirmeyen sosyal becerilerin kazanıldığı kullanışlı bir tekniktir. Bu teknikte öğrenciler tartıştığı konu hakkında özet oluşturma becerisini hedeflemektedir (Dağ ve ark., 2015). Teknik uygulanırken; eğitmen 6 kişilik gruplar oluşturarak grupta bulunan öğrenciler tarafından her bir gruba sözcü ile başkan seçilir. Gruplara tartışma soruları bildirilip tartışmaları için her gruba 6 dakika zaman verilmektedir. Tartışma esnasında öğrenciler beyin fırtınası ile görüş ve düşüncelerini birbirleriyle paylaşmaktadır. Görüş ve düşünceler

değerlendirildikten sonra sözcüye bildirilip grup sözcüsünün düşünceleri tek bir düşünce etrafında toplaması ve kağıta yazması gerekmektedir. Sonrasında bütün grupların bulunduğu ortamda grup sözcüleri gruplarının düşüncelerini tüm gruplara aktarmaktadır. Son olarak eğitmen düşünceleri özetleyerek eğitimi sonlandırmaktadır (Seker 2014, Avan 2022). Öğrenciyi merkeze alan bu tekniğin sağlık eğitiminde kullanılması daha kalıcı ve pratikte işe yarar şekilde konunun öğrenilmesini sağlamaktadır (Dağ ve ark., 2015). Öğrencilere düşünme, konuşma ve dinleme becerileri kazandırmaktadır. Öğrencilere eleştirel ve yapıcı düşünmeyi sağlamaktadır. Bu tekniğin sınırlılığı olarak yavaş bir teknik olması ve uygun ortam sağlanamadığında zaman kaybının olmasıdır (Avan 2022). Phillips 66 tekniğinin kullanıldığı çalışmalarda öğrencilerin bilgi düzeylerinin artmasını olumlu etkilemektedir (Dağ ve ark., 2015, Avan 2022). Bu teknik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasını da sağlamaktadır (Avan 2022).

2.11. Premenstrual Sendrom Yönetiminde Hemşirenin Roller

Kadınların hem iş hem de kişisel yaşamlarını PMS olumsuz etkilemektedir (Gudipally ve Sharma 2023). Hatta PMS sadece kadının yaşamını değil içinde bulunduğu ailelerini ve toplumuda etkilemektedir (Yazıcı 2014). Toplumda sık görülen sağlık sorunu olan PMS yaşayan kadınlar ile hemşirelerin karşılaşma olasılığı fazladır (Küçükkelepçe 2018). Bu durumda hemşireler, kadınların PMS semptomları ile baş etmesinde önemli bir yere sahiptir. Hemşirelik yaklaşımında PMS semptomlarını tanıma, değerlendirme, yönetme ve önleme amaçları bulunmaktadır (Öztürk ve Karaca 2019). Hemşireler PMS şikayeti ile başvuran kadının üreme sağlığı, PMS öyküsü, risk faktörleri açısından değerlendirilerek iyi bir öykü almalıdır (Yazıcı 2014, Öztürk ve Karaca 2019). Ayrıca hasta için ileri bir tetkik gerekiyorsa sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir. PMS semptomlarının tedavisinde birinci ile ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hemşireler bütüncül bir yaklaşımla danışmanlık yapmalıdır (Öztürk ve Karaca 2019). Kadınlar üreme döneminde PMS semptomlarını yaşamının doğal olduğunu düşünerek tedaviye başvurmamaktadır. Bu durum ülkelere ve kültürlere göre değişmektedir. Ülkemizde kadınların PMS'nin tedavi edilebileceğini düşünmediği ve başkalarıyla PMS hakkında konuşmaktan çekindiği ve sağlık kuruluşuna başvurmadığı

belirlenmiştir. Bu açıdan hemşireler, kadınlara öncelikle PMS yönetimi hakkında bilinçlendirme eğitimi düzenlenmesi ve PMS açısından değerlendirilmesi gereklidir (Abay ve Kaplan 2019). PMS eğitimlerinde; PMS'nin tanısı ile tedavisi, risk faktörleri, baş etme yöntemleri ve PMS semptomunu azaltan ve yaşam kalitesini arttıran konulara yer verilmelidir (Öztürk ve Karaca 2019). Eğitim programında; (Öztürk ve Karaca 2019, Abay ve Kaplan 2019)

- Beslenme alışkanlıkları değerlendirilerek PMS semptomlarının şiddetini arttıran besinlerin tüketimi önlenmelidir (şeker, çikolata, alkol, kafein, tuz vs.)
- Kadına PMS döneminde vitamin ve mineral tüketmesi önerilmektedir (magnezyum, çinko, demir, kalsiyum, D vitamini, E vitamini vs.)
- Kadınların beslenme alışkanlıkları değerlendirilerek yanlış davranışları hakkında bilgilendirme yapıp davranış değişikliğine teşvik edilmelidir.
- Düzenli egzersizin PMS semptomlarını iyileştirdiği belirtilerek egzersizin yaşamlarının bir parçası olması konusunda kadınlar desteklenmelidir (Günde en az 30 dakika yürüyüş, pilates, yüzme, aerobik egzersiz vs.)
- Kadınların yeterli ve kaliteli uyku düzenine sahip olmasının öneminden bahsedilmelidir (günde en az 8 saat uyku)
- PMS döneminde yaşanan stres ile baş etmek için yoga, meditasyon, nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, duş alma, hobi edinme ve masaj önerilmelidir.
- PMS döneminde kadınların kendi bakımına katılımının ve kendi sorumluluklarının bilincinde olmasının öneminden bahsedilmelidir.

Kadınlara düzenlenen eğitim programı ile yaşam kalitesini yükseltebilecek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması sağlanmalıdır (Karaca ve Beji 2015, Öztürk ve Karaca 2019). Eğitim programlarının etkili olabilmesi teori ile modelin doğru kullanılmasına bağlı olup davranış değişikliğinin ortaya çıkmasını arttırmaktadır (Khalilzadeh ve ark., 2023). Bu doğrultuda çalışmada sağlıklı geliştirme modeli ile Phillips 66 tekniği kullanılarak kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve davranışlarını etkileyen risk faktörlerinin bütüncül olarak değerlendirilmesi planlanmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test randomize kontrollü deneysel tasarımda gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik ve Hemşirelik Bölümü 2. ve 3. sınıf öğrencileri ile yürütüldü. Araştırma Ekim 2023-Ekim 2024 tarihleri arasında tamamlandı. Araştırmaya etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlandı.

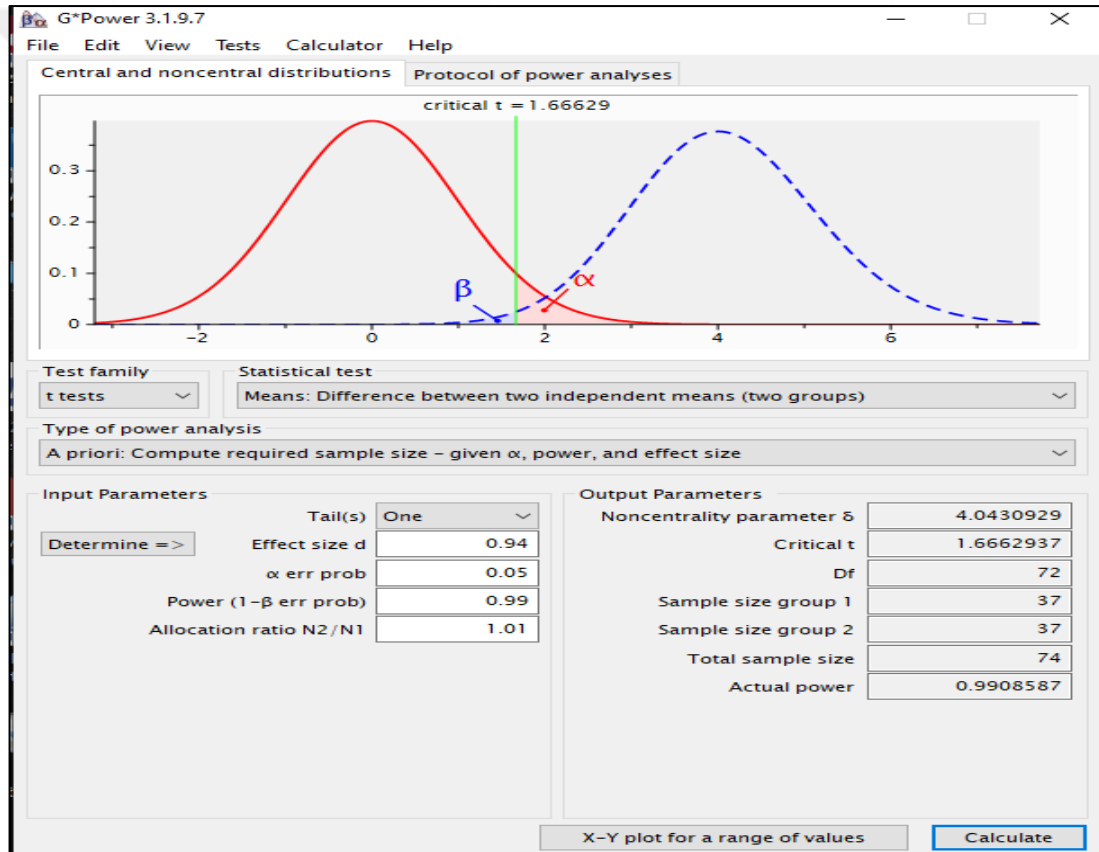
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan 2. ve 3. sınıf hemşirelik ile ebelik öğrencileri oluşturdu. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrenci işleri biriminden alınan verilere göre ebelik 2.sınıf: 50, 3.sınıf: 62 ve hemşirelik 2.sınıf: 94 ve 3.sınıf: 103 olmak üzere toplam kız öğrenci sayısı 309'dur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler dahil edildi. Araştırmayı kabul eden öğrencilere ilk aşamada Premenstrual Sendrom Ölçeği uygulanarak öğrencilerin toplam ölçek puanının (220) %50'sini (110'nu) geçmesi durumunda PMS "var" olarak değerlendirildi. Araştırmada toplam 250 öğrenciye uygulanan ölçekten PMS'si olan ve araştırmaya dahil edilme kriterini karşılayan öğrenci sayısı 196'dır.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alacak birey sayısını belirlemede daha önce Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanan çalışmanın (Özkaradığın 2022) bilgileri referans alınarak etki büyüklüğü: 0.94 olarak bulundu. G*Power 3.1.9.7 programında etki büyüklüğü t testi için $d = 0.94$, alfa (α)=0.05, ve güç ($1-\beta$)=0.99 alınarak minimum toplam örneklem sayısının 74 olması müdahale grubu: 37, kontrol grubu: 37 şeklinde belirlendi (Şekil 2). Araştırmada yaşanacak olan kayıplarda göz önüne

alınarak araştırma randomizasyonuna toplam 108 kişi dahil edildi (müdahale: 54, kontrol: 54). Araştırmada randomizasyon ile belirlenen öğrencilerden toplam 12 kişi ön teste katılmayarak araştırmadan çekildiğini ifade etti (müdahale: 48, kontrol: 48). Araştırma 86 kişinin (müdahale: 42, kontrol: 44) katılımıyla tamamlandı. Araştırma International Clinical Trials Registry Platform (Uluslararası Klinik Araştırmalar Kayıt Platformu) sistemine kayıt edilerek araştırmaya NCT06105567 ID numarası alındı. Yapılan araştırmanın gücünün 0.80 ve üzerinde olması gereklidir (Çapık 2014). Araştırmamızın G*Power 3.1.9.7. programında yapılan post-hoc güç analizine göre etki büyüklüğü t testi için $d=1.17$, $\alpha(\alpha)=0.05$, sample size group 1=42 ve sample size group 2=44 olarak hesaplandığında güç $(1-\beta)=0.99$ olarak belirlendi.



Şekil 2. Örneklem Büyüklüğü Hesaplama Sonucu

3.4. Randomizasyon ve Körleme

R programlamada örneklem seçimi için tabakalı randomizasyon kullanan randomize kontrollü bir tasarımı benimsendi. Örneklemi etkili bir şekilde tabakalandırmak için PMS puanlarına dayalı olarak 140 ve altındaki puanlar

(PMS_SCORE=1), 141 ile 160 arasındaki puanlar (PMS_SCORE=2) ve 161'in üzerindeki puanlar (PMS_SCORE=3) olmak üzere üç farklı tabaka belirledi. Araştırma kapsamında, örnekleme oluşturan toplam 108 kişi homojen olarak müdahale ve kontrol gruplarına ayrıldı. Her PMS skoru katmanından eşit sayıda birey müdahale ve kontrol gruplarına atandı. PMS puan tabakalarına göre müdahale ve kontrol grubundaki sayılar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Örneklem Grubunun PMS Puanlarına Göre Dağılımı

1.1.1.	1.1.2. Kontrol	1.1.3. Müdahale
1.1.4. PMS < 140	1.1.5. 18	1.1.6. 18
1.1.7. 140 ≤ PMS < 160	1.1.8. 18	1.1.9. 18
1.1.10. PMS ≥ 160	1.1.11. 18	1.1.12. 18

PMS: Premenstrual Sendrom

Bu yapı, her iki grubun da demografik ve performans özellikleri açısından karşılaştırılabilir olmasını sağlamaktadır. Creswell (2014) bu tür bir eşitliğin araştırma bulgularının güvenilirliğini artırmadaki önemini vurgulamaktadır. Randomizasyon süreci, örneklemin her bir tabaka içinde iki ana gruba rastgele ve adil bir şekilde bölünmesini sağlamak için titizlikle yürütüldü. Araştırmanın verileri ile randomizasyon farklı istatistik uzmanları tarafından yapıldı.

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programında A ve B grubu şeklinde kodlanarak istatistik uzmanına gönderildi. Bu durum verilerin analizinde yaşanacak olan saptama yanlılığı, raporlama yanlılığı ile istatistiksel yanlılığı kontrol altına almaktadır (Akın ve Koçoğlu 2017). Ayrıca veri toplama aşamasında araştırmacı öğrencilerin hangi gruba dahil edildiğini bildiği için araştırmada tek körleme sağlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- PMS ölçeğinden 110 ve üzeri puan alma,
- Cinsel ilişki yaşamamış olma,

- Menstrual siklusun düzenli ve normal sınırlarda olması (21-35 gün),
- PMS ile baş etmede herhangi bir yöntem kullanmama,
- BKİ indeksi (18.5kg/m² -29.9 kg/m²) arasında olma

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Evli olma,
- Son üç aydır düzenli menstruasyon görmüyor olma,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olma,
- Herhangi bir jinekolojik hastalığa sahip olma,
- Son üç aydır kontraseptif ilaç kullanma,
- 1 ve 4. sınıf hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri.

3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Eğitim programına katılmama,
- Araştırmadan kendi isteğiyle ayrılmak isteme.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımsız Değişken:** Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim ve Phillips 66 tekniğinin uygulanması,
- **Bağımlı Değişken:** Premenstrual semptomlar ölçeği, duygusal yeme davranışı ölçeği, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve algılanan stres ölçeği puan ortalaması,
- **Kontrol Değişkenleri:** Yaş, sınıf, aile tipi, sosyal çevre, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, sosyoekonomik durum.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada müdahale ve kontrol grubu verileri; Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu (EK-2), Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II) (EK-4), Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) (EK-5) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK-6) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan form 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yaş, medeni durum, gelir durumu, boy, kilo vb. soruların sosyodemografik özelliklerin yer aldığı ve ikinci bölüm egzersiz ve beslenme düzenine ilişkin özelliklerin bulunduğu ve üçüncü bölüm ise menarş yaşı, menstruasyon sıklığı, siklus süresi ve dismenore gibi menstruasyon dönemine ilişkin özellikleri sorgulayan toplam 35 sorudan oluşmaktadır (Bakır 2017, Heydari 2018) (EK-1).

3.7.2. Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanmıştır. PMS döneminde besinlerin tüketiminde meydana gelen değişim yer almakta olup toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Bakır 2017, Altun 2021) (EK-2).

3.7.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

Premenstrual sendromun şiddetini belirlemek amacıyla Gençdoğan tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 44 maddeden oluşan 5 dereceli likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek “adetten bir hafta önceki süre içinde olmalı” yönergesi dikkate alınarak maddelerde işaretleme yapılmaktadır. Ölçek puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarını, 1. depresif duygulanım, 2. anksiyete, 3. yorgunluk, 4. sinirlilik, 5. depresif düşünceler, 6. ağrı, 7. iştah değişimleri, 8. uyku değişimleri ve 9. şişkinlik oluşturmaktadır. Depresif duygulanım 1., 2., 3., 4., 5., 6., ve 7., maddelerde yer alan can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık duygularını, Anksiyete 8.,9.,10.,11.,13.,15., ve 16., maddelerden endişe, korku ve kaygıyı yansıtan, Yorgunluk 12., 14., 17., 18., 25., ve 37., maddelerde yorgunluk, çabuk yorulma ve uyku isteği, Sinirlilik, 19., 20., 21., 22. ve 23. maddelerde çabuk sinirlenme ve öfkeyi kontrol edememe, Depresif düşünceler, 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. maddelerde değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı ve dalıp gitme, Ağrı, 31., 32. ve 33. maddelerde çeşitli bedensel ağrıları kapsayan, İştah değişimleri,

34., 35. ve 36. maddelerde unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek, Uyku değişimleri 38., 39. ve 40. maddelerde uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü, Şişkinlik 41., 42. ve 43. Maddelerde göğüslerde şişme ve hassasiyet konularını içermektedir. Tüm alt boyutlarından alınan puanlar “PMSÖ Toplam Puanı” olarak en az 44, en fazla 220 puan şeklinde elde edilmektedir. Ölçekte puanın artması premenstrual sendromda yaşanan belirtilerin arttığını ifade etmektedir. PMS ölçeğinde toplam ölçek puanının (220) %50’sini (110’nu) geçmesi durumunda PMS “var” olarak nitelendirilmektedir. Ölçeğin toplam cronbach’s alfa güvenirlik katsayısı 0,75 olup alt boyutların cronbach’s alfa katsayıları 0,75 ile 0,91 arasında bulunmaktadır (Gençdoğan 2006). Bu çalışmada PMSÖ ölçeği’nin cronbach’s alfa güvenirliği ön testte 0,915 ve son testte 0,968 olarak bulunmuştur (EK-3).

3.7.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)

Pender’in sağlığı geliştirme modelini kullanarak Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen likert tipi ölçektir (Walker ve ark.,1996). Bu ölçek Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 52 madde ve 6 alt gruptan oluşmaktadır. Ölçeğin maddelerinden en düşük 52 en yüksek 208 puan alınmaktadır. ‘Hiçbir zaman’ yanıtı 1, ‘Bazen’ yanıtı 2, ‘Sık sık’ yanıtı 3, ‘Düzenli olarak’ yanıtına ise 4 puan verilmektedir. “Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40,46), beslenme (2, 8, 20, 26, 32,38 44,50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24,30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41,47)” ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Ölçeğin toplam cronbach’s alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92, sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel aktivite 0,79, beslenme için 0,68, manevi gelişim 0,79, kişilerarası ilişkiler 0,80 ve stres yönetimi 0,64, olarak bulunmuştur (Bahar ve ark., 2008). Bu çalışmada SYBDÖ-II ölçeği’nin cronbach’s alfa güvenirliği ön testte 0,920 ve son testte 0,923 olarak saptanmıştır (EK-4).

3.7.5. Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)

Duygusal yeme davranışı, olumsuz duygular ile deneyimlerle başa çıkma yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Doğan ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yetişkinlerin yaşadığı duygusal yeme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.

Ölçek 5’li likert tipinde ve 14 maddeden oluşmakta olup elde edilen puan arttıkça duygusal yeme davranışının da arttığı kabul edilmektedir. Bu ölçeğin cronbach’s alfa değeri 0,94 bulunmuştur (Doğan ve ark., 2011). Bu çalışmada DYÖ ölçeği’nin cronbach’s alfa güvenirliği ön testte 0,947 ve son testte 0,965 olarak bulunmuştur (EK-5).

3.7.6. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

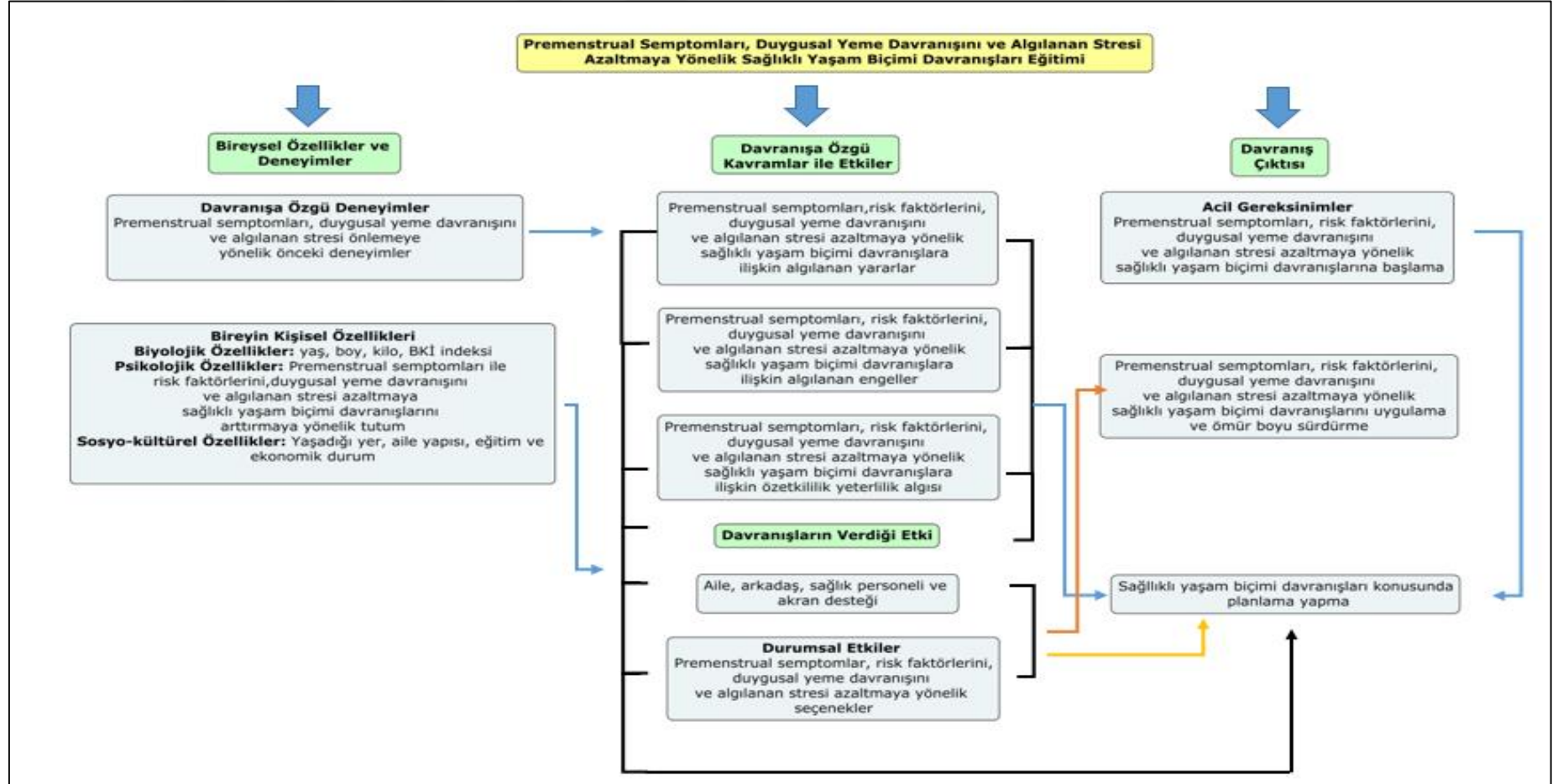
Eskin ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye uyarlanan algılanan stres ölçeğinin 14, 10 ve 4 maddelik formları bulunmaktadır. ASÖ ölçeği 5’li likert tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek kişinin karşılaştığı olayları ne kadar stresli algıladığını belirtmektedir. Ölçeğin maddeleri, yetersiz özyeterlilik algısı ve stres/rahatsızlık algısı faktörleri altında bulunmaktadır. Ölçeğin puanlaması 0 ile 40 puan arasında değişmekte olup puan arttıkça bireyin yaşadığı ya da algıladığı stresin fazla olduğu gösterilmektedir. Ölçeğin cronbach’s alfa katsayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır (Eskin 2013). Bu çalışmada ASÖ ölçeği’nin cronbach’s alfa güvenirliği ön testte 0,738 ve son testte 0,687 olarak saptanmıştır (EK-6).

3.8. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Premenstrual Semptomları, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Stresi Azaltmaya Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Eğitimi

Sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirildi. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşması hakkında farkındalıklarının arttırılmasına, danışmanlık yapılabilmesine ve kendi sağlığı üzerinde kontrolün artmasını sağlamaya önem veren bir modeldir. Bu model bireysel özellik ve deneyimler, davranışa özgü algılar ve etkiler ile davranış çıktıları olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Bireysel özellik ve deneyimler bileşeni; psikolojik, biyolojik ve sosyokültürel özellikleri ile bireylerin önceki deneyimlerini içermektedir. Davranışa özgü algılar ile etkiler bileşeni; algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-yeterlilik, davranışın verdiği etki, kişilerarası etkiler ve durumsal etkilerden oluşmaktadır. Davranış çıktısı bileşeni; acil durum gereksinimleri, istenen davranış için planlama ve uygulama yapma kavramları içermektedir (Bahar ve Açıl 2014). Eğitim programı “Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ne” dayalı olarak

literatür taranarak hazırlanmıştır (Bahar ve Açıl 2014, Işgın ve Büyüktuncer 2017, Abay ve Kaplan 2019, Tosun ve Şahin 2022, Bursa 2022, Yin ve ark., 2023). Şekil 3’de programın kavramsal çerçevesi ve Tablo 2’de uygulanan programın içeriği gösterilmiştir.





Şekil 3. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Stresi Azaltmaya Yönelik Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Eğitiminin Kavramsal Çerçevesi

Tablo 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Programı'nın Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri ve Modelin Basamakları

Modelin Bileşenleri	Modelin Basamakları	Öğretim Tekniği	İçerik
Bireysel Özellikler ve Deneyimler 1. Eğitim 1. Oturum	Bireysel Özellikler	Power-point sunumu Soru-cevap Beyin fırtınası Anlatım Phillips 66 tekniği	PMS'nin tanımı, belirtileri, risk faktörleri, tanı testleri ve tedavi ile duygusal yeme davranışı ve algılanan stres hakkında bilgilendirme yapılması
	Deneyimler		Bireysel özellikler, risk faktörüne neden olan durumlar, kullanılan tedavi yöntemleri hakkında konuşmanın yapılması Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin konuşulması PMS semptomlarını, duygusal yeme davranışı ve algılanan stresi gidermeye yönelik önceki deneyimler hakkında konuşulması
Davranışa Özgü Algılar ve Etkiler 1. Eğitim 2. Oturum 2. Eğitim	Algılanan Yararlar		Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (uyku, beslenme, fiziksel aktivite, stresle baş etme) PMS semptomlarını, duygusal yeme davranışlarını ve algılanan stresi azaltmada önemi ve faydalarının neler olduğunun tartışılması
	Algılanan Engeller		Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının PMS semptomları, duygusal yeme davranışı ve algılanan stres ile baş etmesini engelleyen faktörler ile bu engellerin kaldırılmasında yapılabileceklerin konuşulması
	Algılanan Öz etkililik-Yeterlilik		Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının PMS semptomları, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese olan faydalarının benimsenmesi, yaşam kalitesini arttıracığına inanarak harekete geçmek için kendini yeterli hissetmesi
	Davranışın verdiği etki		Sağlıklı biçim davranışlarına başlama ve devam ettirme hakkında pozitif düşünmeyi desteklemesi
	Kişilerarası Etkileşim		PMS semptomları, duygusal yeme davranışı ve algılanan stresle baş etmede kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında ailenin, sağlık personelinin ve akran desteğinin önemi ve bireyi bu konuda destekleyen kişilerle bir arada olma hakkında konuşulması
	Durumsal Etkiler		PMS semptomları, duygusal yeme davranışı ve algılanan stresle baş etmede kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasını sağlamak ve devam ettirmek için bireyin bulunduğu çevre ile şartların düzenlenmesi ve uyumun sağlanması
Davranış Çıktısı 2. Eğitim	Acil gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanması		PMS semptomları, duygusal yeme davranışı ve algılanan stres ile baş etmede sağlıklı yaşam biçimi oluşturma, ömür boyu devam ettirme için planlar yapılması.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

3.9.1. Uygulama Öncesi

Araştırma için etik kurul izni ve kurum izni alındı. Araştırmanın evrenini oluşturan 2023-2024 yılında öğrenim gören 2. ve 3. sınıf ebelik ile hemşirelik öğrenci sayısı öğrenci işleri biriminden öğrenildi. Araştırmada materyal olarak kullanılacak olan eğitim kitapçığının güvenilirlik ve bilgi kalitesi için “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu (EK-7)” ile “DISCERN Ölçüm Aracı (EK-8)” ile uzmanlar tarafından değerlendirilmesi yapıldı. Eğitim kitapçığının değerlendirilmesi için 8 uzman akademisyen görüşü alınarak gerekli düzeltmeler yapıldı (EK-9). Araştırmanın anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla öğrencilere pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamaya katılan öğrenciler araştırmaya dahil edilmedi.

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu:

Doak ve arkadaşlarının 1996 yılında geliştirdiği formu ülkemizde Gökdoğan ve arkadaşları çalışmasında kullanmıştır (Doak ve ark., 1996, Gökdoğan ve ark., 2003). Form toplam 27 sorudan oluşmakta olup, içerik (4 soru), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ile liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ile motivasyon (3 soru) bölümleri bulunmaktadır. Formda yer alan sorularda evet için 1 puan ve hayır için 0 puan verilerek değerlendirilmesi yapılmakta olup en fazla 27 puan alınmaktadır. Formda puanın fazla olması materyalin okunabilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Doak ve ark., 1996). Bu çalışmada formun ortalama puanı 25.77 ± 1.56 bulunarak eğitim kitapçığının okunabilirliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (EK-7).

DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği:

Charnock ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde Gökdoğan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Charnock ve ark., 1999, Gökdoğan ve ark., 2003). Ölçekten en düşük 15 puan alınırken en yüksek 75 puan alınmaktadır. Puan artması bilgi kalitesinin yükseldiğini göstermektedir. Gökdoğan ve ark., 2003). Bu çalışmada ölçeğin puan ortalaması 74.66 ± 3.35 bulunarak bilgi kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (EK-8).

3.9.2. Uygulama Aşaması

Araştırma beş aşamadan oluşmaktadır. Şekil 4’te CONSORT şeması ve Şekil 5’te ise araştırmanın akış diyagramı gösterilmiştir:

İlk aşama: Araştırmanın ilk aşamasında evreni oluşturan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 250 öğrenciye yüz yüze görüşme tekniği ile “Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)” ile “Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu” uygulandı. Öğrencilerin iletişim bilgileri alındı. PMSÖ’den 110 üstü puan alan ve araştırmaya dahil olma kriterini kapsayan 196 öğrenci araştırmaya dahil edildi.

İkinci aşama: İstatistik uzmanı tarafından 196 öğrencinin dahil edildiği örnekleme R programlamada PMSÖ puanlarına göre tabakalı randomizasyon yapılarak 108 öğrenci müdahale ve kontrol grubuna alındı.

Üçüncü aşama: Araştırmanın bu aşaması yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Bu aşamada;

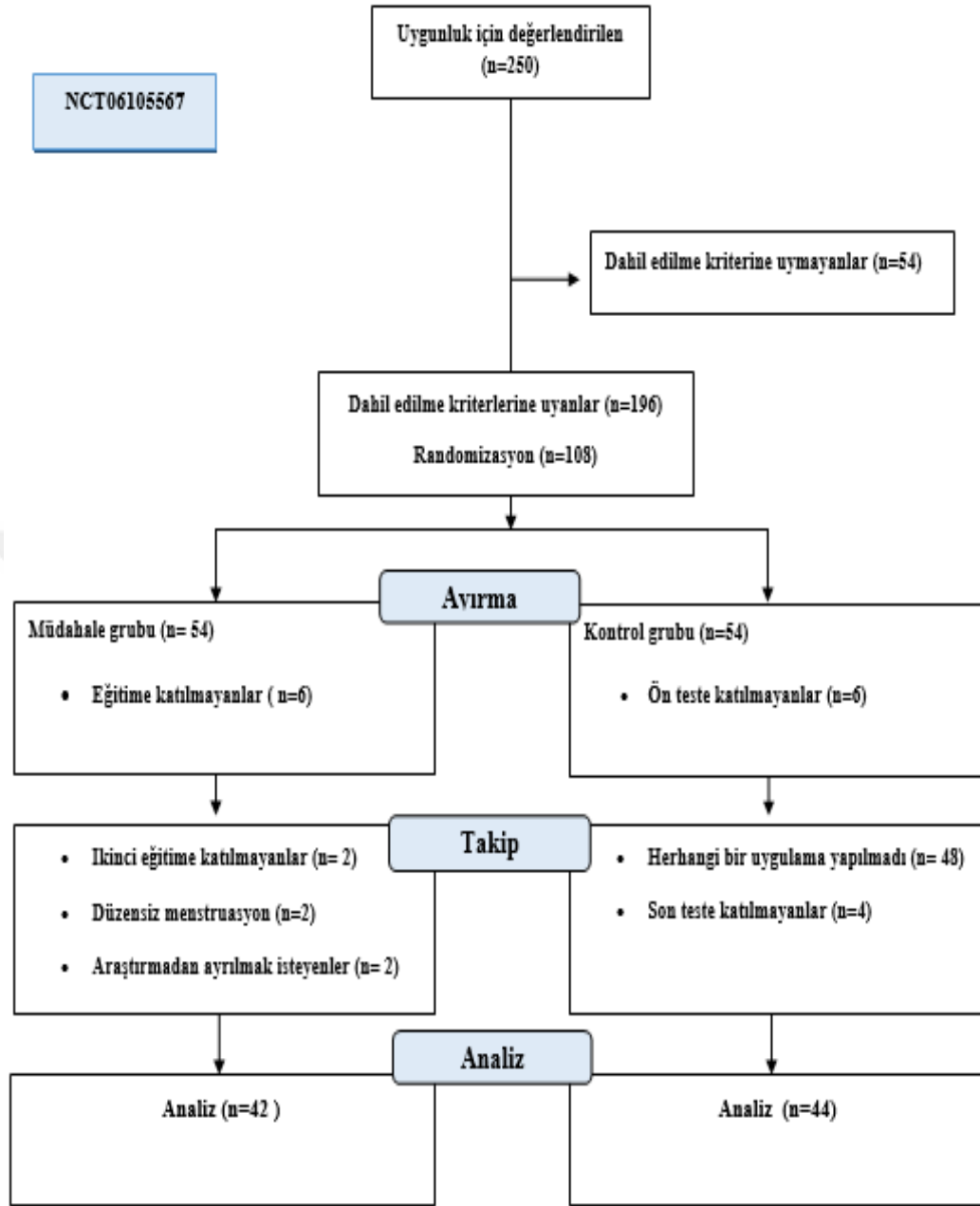
- **Müdahale Grubu:** Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi konferans salonunda ilk eğitimin birinci oturumunda öğrenciler ile tanışma etkinliği yapıldı. Öğrencilere “Kişisel Bilgi Formu, PMSÖ, Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu, SYBDÖ-II, DYÖ ve ASÖ” veri toplama araçları kullanılarak 15-20 dk’lık sürede ön test uygulandı. Müdahale grubuna, ilk oturumda sağlığı geliştirme modelinde bulunan bireysel deneyim ve özellikler hakkında 15-20 dakika eğitim verilerek öğrencilerin soru cevap ve beyin fırtınası teknikleri ile katılımı sağlandı. İkinci oturuma başlamadan 5-10 dakika ara verilerek öğrencilere ikramlar sunuldu. Eğitimin ikinci oturumunda sağlığı geliştirme modelinde olan davranışa özgü ve algılar hakkında 30-35 dakika eğitim verildi. Phillips 66 tekniğini uygulanırken; öğrenciler 6’lı gruplara ayrılarak aralarından bir sözcü ve bir sekreter seçildi. Gruplar kendi aralarında 6 dakika boyunca verilen sorular üzerine beyin fırtınası yaparak tartıştı. Her grubun sözcüsü süre bitiminde grubunun tartışma sonucunu konferans salonunda tüm grupların önünde sundu. Araştırmacı, bütün grupların sunumlarından sonra konu hakkında özetleme yaptı. Katılımcılara eğitim kitapçığı dağıtıldı. Grupta bulunan 48 öğrenciye literatürde bulunan araştırma referans alınarak 4 hafta sonra tekrar eğitim

düzenleneceği belirtilerek oturum araştırmacı tarafından sonlandırıldı (Küçükkelepçe 2018).

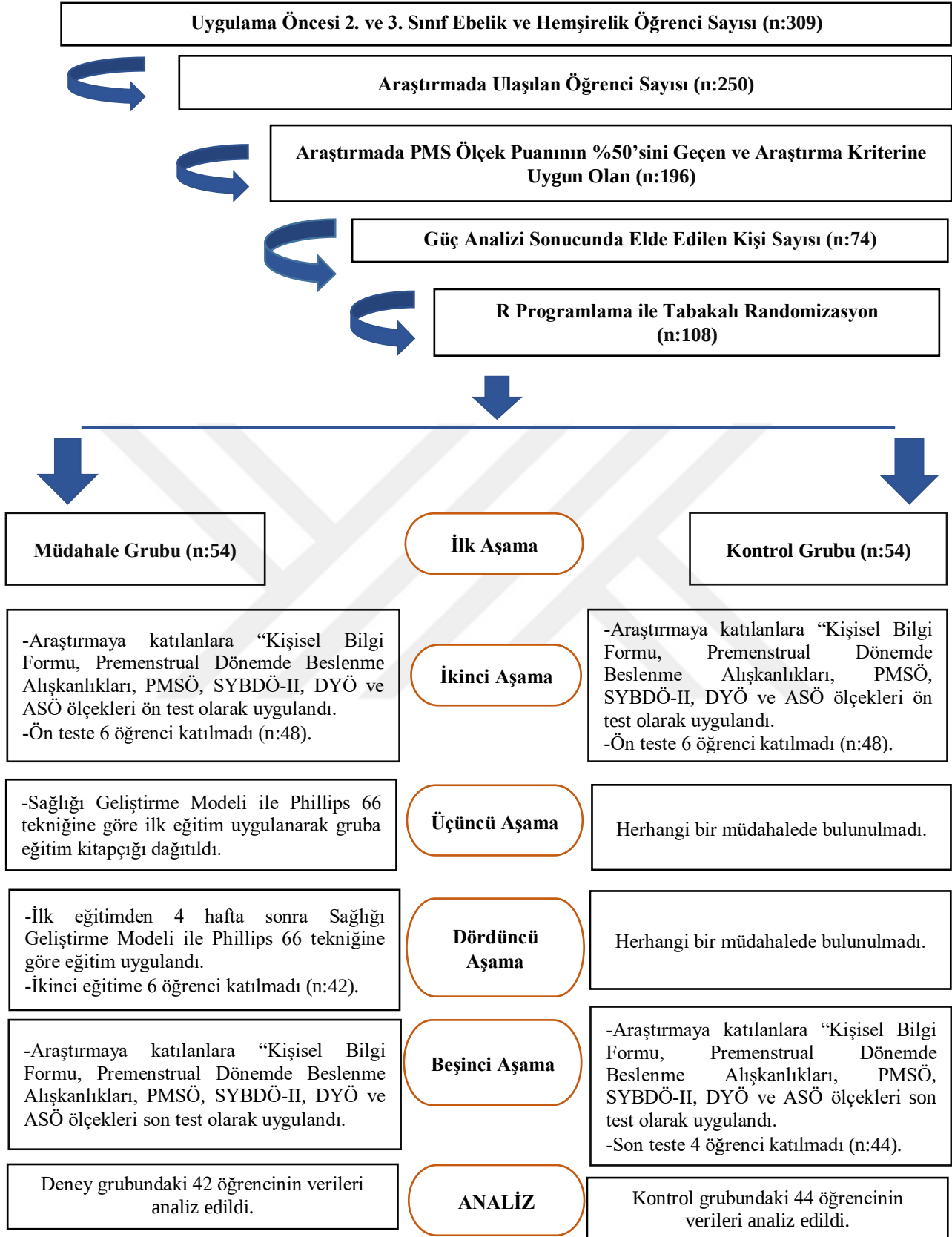
- **Kontrol Grubu:** Kontrol grubuna dahil olan ve ön teste katılmayı kabul eden 48 öğrenciye “Kişisel Bilgi Formu, PMSÖ, Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu, SYBDÖ-II, DYÖ ve ASÖ” veri toplama araçları uygulandı.

Dördüncü aşama: Müdahale grubunda yer alan öğrencilerden 4’ü (düzensiz menstruasyon:2, araştırmadan ayrılmak isteyen:2) üçüncü aşamadan sonra ve 2 öğrenci ise ikinci eğitime katılmadığından dolayı araştırmadan çıkarıldı. Bu durumda müdahale grubunda yer alan 42 öğrenciye 4 hafta sonra ikinci eğitimde davranışa özgü algılar ve etkiler ile davranış çıktısı hakkında 30-35 dk eğitim verildi. Eğitim verildikten sonra ilk eğitimde uygulanan Phillips 66 tekniğinin uygulanması için öğrenciler 6’lı gruplara ayrılarak grup sekreteri ile grup sözcüsü belirlendi. Her grubun sözcüsü tartışma sonucunu konferans salonunda tüm grupların önünde sunum yaptı. Araştırmacı konuyu özetleyerek oturum sonlandığını belirterek 8 hafta sonra son test uygulanacağı ifade edildi. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı.

Beşinci aşama: Literatürde bulunan araştırma referans alınarak ikinci eğitimden 8 hafta sonra müdahale ve kontrol grubunda bulunan öğrencilere “PMSÖ, Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu, SYBDÖ-II, DYÖ ve ASÖ” veri toplama araçları son test olarak uygulandı (Küçükkelepçe 2018). Ayrıca kontrol grubunda bulunan 4 öğrenci son teste katılmayarak araştırmadan ayrıldığını belirtti. Araştırma müdahale grubu: 42 öğrenci ve kontrol grubu: 44 öğrenci şeklinde olmak üzere tamamlandı.



Şekil 4. Araştırmanın CONSORT Şeması



Şekil 5. Araştırmanın Akış Diyagramı

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak Microsoft Excel paket programı ile düzenlendikten sonra SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizlere başlamadan önce sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) testleri, Histogram ve Q-Q Plot grafikleri ile incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda bazı verilerin normal dağılımdan geldiği bazı verilerin ise normal dağılmadığı görülmüştür. Kategorik veriler frekans ve yüzde değerleri ile gösterilirken sayısal veriler normal dağıldığı durumlarda ortalama ve standart sapma değerleriyle, normal dağılmadığında medyan minimum ve maksimum değerleriyle gösterilmiştir. Veri analizi yapılırken, iki bağımsız grup karşılaştırması için veriler normal dağılımdan geliyorsa “Independent Sample t Testi” gelmiyorsa Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Ön test ile son test arasındaki farklılığa veriler normal dağılımdan geliyorsa “Paired Sample t Testi” gelmiyorsa Wilcoxon Testi ile analiz edilmiştir. (Büyüköztürk ve ark., 2018). Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Verilerin analizinde parametrik testlerin kullanılabilmesi için araştırmada kullanılan ölçeklerin ön test ve son test değerlerinden elde edilen verilerin normal dağılım eğrisine uygunluğuna ve cronbach’s alfa değerine Tablo 3’de yer verilmiştir. Cronbach’s alfa katsayısı; $0,00 < \alpha < 0,40$ olduğunda ölçek güvenilir değil, $0,40 < \alpha < 0,60$ olduğunda düşük güvenilirlikte, $0,60 < \alpha < 0,80$ olduğunda oldukça güvenilir, $0,80 < \alpha < 1,00$ olduğunda yüksek derecede güvenilir olarak yorumlanmaktadır (Tavakol ve Dennick 2011). Tabachnic ve Fidell (2013) çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olduğu durumlarda verilerin normal dağılımdan geldiğini belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Ön Test ve Son Test Verilerine Göre Ölçeklerin İstatistik Analizi

Ölçekler		Ort±SS	Alt-üst değer	CA (α)	Skewness	Kurtosis
Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)						
Toplam Puan	Ön Test	35,95±14,29	14-70	0,947	0,675	-0,166
	Son Test	36,41±13,56	14-70	0,965	0,291	-0,355
Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Alt Boyutları						
Stres/ Rahatsızlık Algısı	Ön Test	20,73±3,02	13-28	0,719	0,433	0,068
	Son Test	19,36±3,31	12-29	0,723	0,565	0,811
Yetersiz Öz-Yeterlilik Algısı	Ön Test	12,12±1,90	8-17	0,547	0,588	0,619
	Son Test	11,97±2,00	7-19	0,467	0,267	1,429
Toplam Puan	Ön Test	32,85±4,15	24-43	0,738	0,631	-0,044
	Son Test	31,33±4,26	19-48	0,687	1,020	3,950
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II) ve Alt Boyutları						
Sağlık Sorumluluğu	Ön Test	20,13±4,05	12-29	0,762	0,130	-0,508
	Son Test	21,95±4,82	10-35	0,795	0,317	0,247
Fiziksel Aktivite	Ön Test	15,53±4,45	8-25	0,834	0,418	-0,631
	Son Test	17,21±4,62	8-31	0,810	0,720	1,077
Beslenme	Ön Test	18,76±3,72	11-27	0,641	0,335	-0,349
	Son Test	20,24±4,49	12-35	0,736	0,781	0,722
Manevi Gelişim	Ön Test	24,10±4,00	13-35	0,722	-0,011	0,608
	Son Test	24,69±4,74	13-34	0,795	-0,282	-0,403
Kişilerarası İlişkiler	Ön Test	24,56±4,43	11-36	0,776	-0,311	0,593
	Son Test	25,38±4,47	17-35	0,766	0,129	-0,992
Stres Yönetimi	Ön Test	18,19±3,65	11-27	0,708	0,376	-0,295
	Son Test	19,40±3,62	11-31	0,656	0,665	0,918
Toplam Puan	Ön Test	121,27±18,53	72-164	0,920	0,190	0,379
	Son Test	128,87±20,15	75-198	0,923	0,761	1,430
Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve Alt Boyutları						
Depresif Duygulanım	Ön Test	25,52±4,78	17-35	0,854	0,380	-0,717
	Son Test	24,07±5,99	7-35	0,932	-0,624	0,641
Anksiyete	Ön Test	20,77±5,80	11-35	0,829	0,478	-0,442
	Son Test	19,79±5,92	7-34	0,870	-0,115	-0,294
Yorgunluk	Ön Test	22,76±4,29	11-30	0,758	-0,261	-0,413
	Son Test	20,44±5,29	6-30	0,858	-0,425	0,153
Sinirlilik	Ön Test	17,86±4,31	6-25	0,854	-0,143	-0,472
	Son Test	16,23±4,68	5-25	0,884	-0,395	-0,232
Depresif Düşünceler	Ön Test	22,41±5,14	11-34	0,782	0,115	-0,527
	Son Test	21,35±6,02	7-35	0,882	-0,258	0,187
Ağrı	Ön Test	10,66±2,69	5-15	0,816	-0,126	-0,818
	Son Test	9,86±2,74	3-15	0,856	-0,602	0,174
İştah Değişimleri	Ön Test	9,77±3,47	3-15	0,869	-0,089	-0,879
	Son Test	10,12±3,45	3-15	0,865	-0,195	-0,888
Uyku Değişimleri	Ön Test	10,65±2,73	3-15	0,747	-0,298	-0,162
	Son Test	9,85±3,19	3-15	0,845	-0,353	-0,629
Şişkinlik	Ön Test	10,49±3,33	3-15	0,796	-0,584	-0,144
	Son Test	10,42±3,17	3-15	0,849	-0,567	-0,286
Toplam Puan	Ön Test	150,88±22,76	111-200	0,915	0,469	-0,438
	Son Test	142,13±32,45	44-210	0,968	-0,782	0,901

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, CA (α)=Cronbach's Alfa, Skewness: Çarpıklık, Kurtosis: Basıklık

DYÖ'ne ait istatistiklere göre: ön test ortalama ve standart sapma değeri $35,95 \pm 14,29$, son test ortalama ve standart sapma değeri $36,41 \pm 13,56$ olarak elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde ön test ve son test değerlerinin yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Skewness ve Kurtosis değerlerine bakıldığında ön test ve son test değerlerinin normal dağılımdan geldiği görülmektedir.

ASÖ ve alt boyutlarına ait istatistiklere göre: toplam ön test ortalama ve standart sapma değeri $32,85 \pm 4,15$ iken toplam son test ortalama ve standart sapma değeri $31,33 \pm 4,26$ olarak elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde stres rahatsızlık algısı alt boyutuna ait ön test ve son test değerlerinin oldukça güvenilir olduğu, yetersiz öz-yeterlilik algısı alt boyutuna ait ön test ve son test değerlerinin düşük güvenilirlikte olduğu ve algılanan stres ölçeği toplam puanına ait ön test ve son test değerlerinin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Skewness ve Kurtosis değerlerine bakıldığında yalnızca ASÖ toplamına ait son test değerinin normal dağılmadığı görülmüştür.

SYBDÖ-II ve alt boyutlarına ait istatistiklere göre: toplam ön test ortalama ve standart sapma değeri $121,27 \pm 18,53$ iken toplam son test ortalama ve standart sapma değeri $128,87 \pm 20,15$ olarak elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde SYBDÖ-II toplam puanı ile fiziksel aktivite alt boyutu ön test ve son test değerlerinin yüksek güvenilirlikte olduğu, sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarına ait ön test ve son test değerlerinin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Skewness ve Kurtosis değerleri incelendiğinde ise ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının tamamında ön test ve son test değerlerinin normal dağılımdan geldiği saptanmıştır.

PMSÖ ve alt boyutlarına ait istatistiklere göre: toplam ön test ortalama ve standart sapma değeri $150,88 \pm 22,76$ iken toplam son test ortalama ve standart sapma değeri $142,13 \pm 32,45$ olarak elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde PMSÖ toplam puanı, depresif duygulanım, anskiyete, sinirlilik, iştah değişimleri alt boyutlarının ön test ve son test değerlerinin yüksek güvenilirlikte, yorgunluk, depresif düşünceler, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutlarının ön testlerinin oldukça güvenilir son testlerinin ise yüksek güvenilirlikte olduğu görülmüştür. Skewness ve Kurtosis

değerleri incelendiğinde ise ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının tamamında ön test ve son test değerlerinin normal dağılımdan geldiği saptanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

- Araştırma tek bir ilde öğrenim gören hemşirelik ve ebelik bölümünde okuyan 2. ve 3. sınıf öğrencileriyle sınırlıdır.
- Araştırmanın sonuçları sadece hemşirelik ve ebelik bölümünde okuyan 2. ve 3. sınıf öğrencilerine genellenabilir.

3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 29.09.2023 tarih ve 81829502.903/128 sayılı karar ile onay alındı (EK-10). Araştırmanın Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileriyle yapılabilmesi için Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından 23.10.2023 tarih ve E-81829502-00.99-38182 sayılı karar ile kurum izni alındı (EK-11.). Araştırmada kullanılan ölçekler için araştırmacılardan e-mail yoluyla izin alındı (EK-12). Araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü ve yazılı gönüllü bilgilendirilmiş onam formu alındı (EK-13). Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin talep etmeleri halinde eğitim verileceği yönünde bilgilendirme yapıldı.

4. BULGULAR

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimsel İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Müdahale (n=42)		Kontrol (n=44)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Sınıf						
2.sınıf	22	52,4	26	59,1	0,392	0,531
3.sınıf	20	47,6	18	40,9		
Şu Anda Kalınan Yer						
Yurt/pansiyon	35	83,3	37	84,1	1,087	0,581
Aile	7	16,7	6	13,6		
Evde yalnız	0	0,0	1	2,3		
Anne Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	19	45,2	7	15,9	9,633	0,047*
İlkokul	12	28,6	19	43,2		
Ortaokul	8	19,0	10	22,7		
Lise	2	4,8	6	13,6		
Üniversite ve üstü	1	2,4	2	4,6		
Baba Öğrenim Durumu						
Okuryazar değil	2	4,8	2	4,6	5,372	0,251
İlkokul	15	35,7	10	22,7		
Ortaokul	12	28,6	14	31,8		
Lise	9	21,4	17	38,6		
Üniversite ve üstü	4	9,5	1	2,3		
Baba Mesleği						
Memur	3	7,1	2	4,6	6,744	0,240
Çiftçi	4	9,5	6	13,6		
Serbest meslek	22	52,3	13	29,5		
İşçi	6	14,3	15	34,1		
Esnaf	7	16,8	3	6,8		
Anne Mesleği						
Ev hanımı	39	92,8	40	90,9	3,768	0,288
Serbest meslek	3	7,2	4	9,1		
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	12	28,6	12	27,3	0,304	0,859
Gelir gidere denk	29	69,0	30	68,2		
Gelir giderden fazla	1	2,4	2	4,5		
Sosyal Güvence Durumu						
Evet	26	61,9	31	70,5	0,703	0,402
Hayır	16	38,1	13	29,5		
Aile Durumu						
Çekirdek	30	71,4	31	70,5	1,061	0,588
Geniş	12	28,6	13	29,5		
Alışkanlık Durumu (Sigara, Alkol ve Madde)						
Evet	2	4,8	5	11,4	1,253	0,263
Hayır	40	95,2	39	88,6		
Kronik Hastalık Durumu						
Evet	2	4,8	6	13,6	2,006	0,157
Hayır	40	95,2	38	86,4		
Düzenli İlaç Kullanma Durumu						
Evet (vitamin, demir)	9	21,4	6	13,6	0,906	0,341
Hayır	33	78,6	38	86,4		
Yaş (Ort±SS)	20,62±0,91		20,77±1,12		0,697	0,487

*p<0,05, χ^2 = Ki-kare testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin betimsel istatistikler ile müdahale ve kontrol grupları arasındaki ilişkinin analizine yer verilmiştir. Katılımcıların yaşları müdahale grubunda ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol grubunda bulunan bireylerin yaşları birbirine yakındır. Tabloya göre sadece annenin öğrenim durumu değişkeninde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Medeni durum, sınıf, şu anda kalınan yer, baba öğrenim durumu, baba mesleği, anne mesleği, gelir durumu, sosyal güvence durumu, aile durumu, alışkanlık durumu, kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç alma durumlarına ait dağılımlar kontrol ve müdahale gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki dağılımlar homojendir.

Tablo 5. Katılımcıların Egzersiz ve Beslenme Durumlarına İlişkin Betimsel İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Egzersiz ve Beslenme Durumuna İlişkin Özellikler	Müdahale (n=42)		Kontrol (n=44)		X ²	p
	n	%	n	%		
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu						
Evet (yürüyüş, fitness)	7	16,7	10	22,7	0,498	0,481
Hayır	35	83,3	34	77,3		
Günlük Öğün Sayısı						
2 öğün	14	33,3	14	31,8	1,138	0,768
3 öğün	23	54,8	26	59,1		
4 öğün ve fazlası	5	11,9	4	9,1		
Öğün Atlama Durumu						
Evet	32	76,2	30	68,2	0,685	0,408
Hayır	10	23,8	14	31,8		
Yemek Yerken İşle Uğraşma Durumu						
Evet	34	81,0	36	81,8	0,011	0,918
Hayır	8	19,0	8	18,2		
Son Zamanda İştah Durumu						
İştahlı	11	26,2	10	22,7	0,140	0,932
Normal	20	47,6	22	50,0		
İştahsız	11	26,2	12	27,3		
Günlük Tüketilen Su Miktarı Ortalaması						
200-1000ml	17	40,5	15	34,1	0,448	0,930
1000-1500ml	13	31,0	16	36,4		
1500-2000ml	8	19,0	9	20,4		
2500ml ve üstü	4	9,5	4	9,1		
Menstruasyondan 10 Gün Önce İştah Artışı Yaşama Durumu						
Evet	32	76,2	22	50,0	6,309	0,012*
Hayır	10	23,8	22	50,0		
Menstrual Siklus Döneminde Besin Tüketme Durumu						
Tatlı	37	88,1	36	81,9	2,835	0,418
Tuzlu	2	4,8	4	9,1		
Ekşi	3	7,1	2	4,5		
Acı	0	0,0	2	4,5		

* $p<0,05$, χ^2 = Ki-kare testi

Tablo 5’de katılımcıların egzersiz ve beslenme durumlarına ilişkin betimsel istatistikler ile müdahale ve kontrol grupları arasındaki ilişkinin analizine yer verilmiştir. Tabloda sadece menstruasyondan 10 gün önce iştah artışı yaşama durumuna göre müdahale ve kontrol gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Düzenli egzersiz yapma durumu, yapılan egzersiz, öğün sayısı, öğün atlama durumu, yemek yerken bir işle uğraşma durumu, son zamanlardaki iştah durumu, ortalama su tüketme miktarı ve menstrual siklus döneminde besin tüketme durumlarına ait dağılımlar kontrol ve müdahale gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki dağılımlar homojendir.



Tablo 6. Katılımcıların Menstrual Siklus Bilgilerine İlişkin İstatistiklerin Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Menstrual Siklusa İlişkin Özellikler	Müdahale (n=42)		Kontrol (n=44)		X ²	p
	n	%	n	%		
Menstruasyon Ağrı Durumu						
Yok	2	4,8	2	4,5	2,345	0,673
Hafif	4	9,5	4	9,1		
Orta	14	33,3	19	43,2		
Şiddetli	15	35,7	16	36,4		
Çok şiddetli	7	16,7	3	6,8		
Ailede Menstruasyon Öncesi Gerginlik Yaşayan Birinin Olma Durumu						
Evet	29	69,0	28	63,6	0,282	0,596
Hayır	13	31,0	16	36,4		
Var İse Kim*						
Anne	6	18,8	9	25,7	0,568	0,451
Kız kardeş	24	75,0	20	57,1	1,175	0,278
Teyze	2	6,2	6	17,2	0,166	0,684
Menstruasyon Öncesi Dönemde Yaşanılan Fiziksel Sorunlar*						
Kabızlık-diyare	17	16,5	12	12,4	1,676	0,195
Bulantı- kusma	20	19,4	21	21,7	0,000	0,992
Kilo alma	11	10,7	9	9,3	0,396	0,529
Daha az idrara çıkma	4	3,9	1	2,1	2,063	0,151
Cilt problemleri	21	20,4	24	23,7	0,178	0,673
Göz problemlerinde artış	6	5,8	2	2,1	2,416	0,120
Ateş basmaları	15	14,6	23	23,5	2,389	0,122
Alerjik sorunlar	9	8,7	5	5,2	1,597	0,206
İlk Menstruasyon Öncesi Dönemde Menstrual Siklus Hakkında Bilgi Verilme Durumu						
Evet	31	73,8	32	72,7	0,013	0,910
Hayır	11	26,2	12	27,3		
Menstruasyon İle İlgili Düşünce*						
Hormonal denge	25	19,2	33	21,0	2,344	0,126
Rahatlama	15	11,5	15	9,6	0,025	0,875
Kendini kötü hissetme	9	6,9	11	7,0	0,154	0,695
Kadın olmanın belirtisi	18	14,1	24	15,3	1,175	0,278
Kirli kanın gitmesi	17	13,8	18	11,5	0,002	0,967
Doğurganlık	6	4,6	11	7,6	1,555	0,212
Büyüme	9	6,9	7	3,8	0,432	0,511
Tablo 6 Devamı						
Hamile olmama	6	4,6	8	5,1	0,239	0,625
Gereksiz bir durum	3	2,3	2	1,3	0,265	0,607
Dinlenme süreci	3	2,3	5	3,2	0,454	0,501
Sıkıntı ve Ağrı	17	13,8	23	14,6	1,202	0,273
Menstruasyon Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların Çevrenizdeki Kişiler Tarafından Fark Edilme Durumu						
Evet	31	73,8	34	77,3	0,140	0,709
Hayır	11	26,2	10	22,7		
Menstruasyon Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların (Aile –İş –Okul) Yaşamını Etkileme Durumu						
Evet	36	85,7	38	86,4	0,008	0,931
Hayır	6	14,3	6	13,6		
Menarş Yaşı (Yıl) (Ort±SS)	13,55±1,33		13,34±1,16		0,769	0,444
Menstruasyon Süresi (Gün) (Ort±SS)	5,79±1,22		5,66±1,10		0,506	0,614
Menstruasyon Sıklığı (Gün) (Ort±SS)	28,19±3,00		27,70±3,03		0,643	0,522

X^2 = Ki-kare testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6’da katılımcıların menstrual siklus bilgilerine ilişkin istatistikler ile müdahale ve kontrol grupları arasındaki ilişkinin analizine yer verilmiştir. Katılımcıların menarş yaşları, menstruasyon süreleri ve menstruasyon sıklığı müdahale grubunda ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Menstruasyon ağrı durumu, ailede menstruasyon öncesi gerginlik yaşayan birinin varlığı, var ise kim olduğu, menstruasyon öncesi yaşanan fiziksel sorun yaşama durumu, ilk menstruasyon öncesi dönemde menstrual siklus hakkında bilgi verilme durumu, menstruasyon ile ilgili düşünceler, menstruasyon öncesi dönemde yaşanan sorunların çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme durumu ve menstruasyon öncesi dönemde yaşanan sorunların (aile –iş –okul) yaşamını etkileme durumlarına ait dağılımlar kontrol ve müdahale gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Müdahale ve kontrol gruplarındaki dağılımlar homojendir.

Tablo 7. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Değerlerinin Müdahale ve Kontrol Grubu Arasındaki Farklılığının Analizi

		Müdahale (n=42)	Kontrol (n=44)		
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	Test Değeri	p
Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)					
Toplam Puan	Ön Test	38,21±15,42	33,80±12,92	t=1,443	0,153
	Son Test	35,62±16,03	37,16±10,84	t=2,848	0,006*
Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)					
Stres/ Rahatsızlık	Ön Test	20,38±3,12	21,07±2,92	t/U= 1,056	0,294
Algısı	Son Test	18,81±3,35	19,89±3,21	t/U= 1,521	0,132
Yetersiz Öz-Yeterlilik	Ön Test	11,83±1,85	12,39±1,93	t/U= 1,356	0,179
Algısı	Son Test	11,88±2,24	12,05±1,72	t/U= 0,380	0,705
Toplam Puan	Ön Test	32,21±4,08	33,45±4,18	t/U= 1,267	0,205
	Son Test	30,69±4,51	31,93±3,97	t/U= 1,367	0,172
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)					
Sağlık Sorumluluğu	Ön Test	20,88±3,90	19,41±4,10	t= 1,704	0,092
	Son Test	22,98±5,60	20,98±3,73	t= 1,956	0,054
Fiziksel Aktivite	Ön Test	16,21±4,70	14,89±4,15	t= 1,391	0,168
	Son Test	17,62±5,37	16,82±3,79	t= 0,801	0,425
Beslenme	Ön Test	19,10±3,90	18,43±3,55	t= 0,825	0,412
	Son Test	20,74±5,37	19,77±3,44	t= 0,998	0,321
Manevi Gelişim	Ön Test	24,71±3,65	23,52±4,26	t= 1,389	0,168
	Son Test	25,40±4,92	24,00±4,51	t= 1,380	0,171
Kişilerarası İlişkiler	Ön Test	24,69±4,73	24,43±4,18	t= 0,269	0,789
	Son Test	26,38±4,18	24,43±4,58	t= 2,060	0,043*
Stres Yönetimi	Ön Test	19,07±3,69	17,34±3,46	t= 2,247	0,027*
	Son Test	19,64±4,10	19,16±3,14	t= 0,616	0,542
Toplam Puan	Ön Test	124,67±18,96	118,02±17,72	t= 1,680	0,097
	Son Test	132,76±23,34	125,16±15,93	t= 1,771	0,080
Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)					
Depresif Duygulanım	Ön Test	24,81±4,88	26,20±4,64	t= 1,358	0,178
	Son Test	22,26±6,68	25,80±4,70	t= 2,848	0,006*
Anksiyete	Ön Test	19,86±6,17	21,64±5,34	t= 1,431	0,156
	Son Test	17,31±5,52	22,16±5,34	t= 4,142	<0,001*
Yorgunluk	Ön Test	22,57±5,00	22,93±3,53	t= 0,388	0,699
	Son Test	18,48±5,87	22,32±3,87	t= 3,598	<0,001*
Sinirlilik	Ön Test	17,64±4,11	18,07±4,54	t= 0,455	0,650
	Son Test	15,07±4,98	17,34±4,14	t= 2,303	0,024*
Depresif Düşünceler	Ön Test	22,57±5,86	22,25±4,42	t= 0,288	0,774
	Son Test	19,02±6,33	23,57±4,82	t= 3,756	<0,001*
Ağrı	Ön Test	10,33±2,98	10,98±2,37	t= 1,113	0,269
	Son Test	8,79±2,88	10,89±2,17	t= 3,835	<0,001*
İştah Değişimleri	Ön Test	9,38±3,56	10,14±3,38	t= 1,009	0,316
	Son Test	9,10±3,67	11,09±2,95	t= 2,784	0,007*
Uyku Değişimleri	Ön Test	10,33±2,85	10,95±2,61	t= 1,055	0,294
	Son Test	8,71±3,37	10,93±2,60	t= 3,423	<0,001*
Şişkinlik	Ön Test	10,64±3,24	10,34±3,45	t= 0,418	0,677
	Son Test	9,83±3,21	10,98±3,06	t= 1,692	0,094
Toplam Puan	Ön Test	148,14±26,68	153,50±18,19	t= 1,092	0,278
	Son Test	128,57±35,10	155,07±23,58	t= 4,127	<0,001*

t= Independent-Samples t Testi, t/U= Mann-Whitney U Testi, *p<0,05

Tablo 7’de ölçeklerin ön test değerleri ile son test değerlerinin müdahale ve kontrol grubu arasındaki farklılığa yer verilmiştir. DYÖ’nün toplam puanının ön test değerleri ile son test değerleri kontrol ve müdahale gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). ASÖ’nün toplam puanı, stres /rahatsızlık algısı ve yetersiz öz-yeterlilik algısı alt boyutlarında ön test ile son test değerleri kontrol ve müdahale gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). SYBDÖ-II’nin toplam puanı, sağlık sorumluluğu alt boyutu fiziksel aktivite, alt boyutu beslenme, alt boyutu manevi gelişim alt boyutlarında ön test ile son test değerleri kontrol ve müdahale gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyutuna ait müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Stres yönetimi alt boyutuna ait müdahale grubu ön test puanı ile kontrol grubu ön test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). PMSÖ’nün toplam puanı ve alt boyutlarından olan depresif duygulanım anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimlerine ait ön test değerleri ile şişkinlik alt boyutuna ait son test değerleri kontrol ve müdahale gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Depresif duygulanım müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Anksiyete müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yorgunluk müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Sinirlilik müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Depresif düşünceler müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ağrı müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İştah değişimleri müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Uyku değişimleri ve PMSÖ’nün toplam puanı PMSÖ’nün toplam puanı

müdahale grubu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).



Tablo 8. Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Değerleri Arasındaki Farklılığın Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Analizi

1.1.13.	1.1.14.	1.1.15.	Ön Test	1.1.16.	Son Test	1.1.17.	1.1.18.		
1.1.19.	1.1.20.	.1.21.	Ortalama±SS	1.1.22.	Ortalama±SS	.1.23.	Test Değeri	1.1.24.	p
1.1.25. Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)			1.1.26.	1.1.27.	1.1.28.	1.1.29.			
1.1.30. Toplam Puan	1.1.31.	Müdahale Grubu	1.1.32.	38,21±15,42	1.1.33.	35,62±16,03	1.1.34.	t= 2,838	1.1.35. 0,007*
1.1.36.	1.1.37.	Kontrol Grubu	1.1.38.	33,80±12,92	1.1.39.	37,16±10,84	1.1.40.	t= 1,282	1.1.41. 0,207
1.1.42. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)									
1.1.43.	Stres/ Rahatsızlık Algısı	1.1.44.	Müdahale Grubu	1.1.45.	20,38±3,12	1.1.46.	18,81±3,35	1.1.47.	t= 2,008
		1.1.49.	Kontrol Grubu	1.1.50.	21,07±2,92	1.1.51.	19,89±3,21	1.1.52.	t= 2,060
1.1.54.	Yetersiz Öz-Yeterlilik Algısı	1.1.55.	Müdahale Grubu	1.1.56.	11,83±1,85	1.1.57.	11,88±2,24	1.1.58.	t= 0,099
		1.1.60.	Kontrol Grubu	1.1.61.	12,39±1,93	1.1.62.	12,05±1,72	1.1.63.	t= 0,950
1.1.65. Toplam Puan	1.1.66.	Müdahale Grubu	1.1.67.	32,21±4,08	1.1.68.	30,69±4,51	1.1.69.	W-C= 1,469	1.1.70. 0,142
1.1.71.	1.1.72.	Kontrol Grubu	1.1.73.	33,45±4,18	1.1.74.	31,93±3,97	1.1.75.	W-C= 1,846	1.1.76. 0,065
1.1.77. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ-II)									
1.1.78.	Sağlık Sorumluluğu	1.1.80.	Müdahale Grubu	1.1.81.	20,88±3,90	1.1.82.	22,98±5,60	1.1.83.	t= 1,765
1.1.79.		1.1.85.	Kontrol Grubu	1.1.86.	19,41±4,10	1.1.87.	20,98±3,73	1.1.88.	t= 1,875
1.1.90.	Fiziksel Aktivite	1.1.91.	Müdahale Grubu	1.1.92.	16,21±4,70	1.1.93.	17,62±5,37	1.1.94.	t= 1,185
		1.1.96.	Kontrol Grubu	1.1.97.	14,89±4,15	1.1.98.	16,82±3,79	1.1.99.	t= 2,199
1.1.101.	Beslenme	1.1.102.	Müdahale Grubu	1.1.103.	19,10±3,90	1.1.104.	20,74±5,37	1.1.105.	t= 1,460
		1.1.107.	Kontrol Grubu	1.1.108.	18,43±3,55	1.1.109.	19,77±3,44	1.1.110.	t= 1,580
1.1.112.	Manevi Gelişim	1.1.113.	Müdahale Grubu	1.1.114.	24,71±3,65	1.1.115.	25,40±4,92	1.1.116.	t= 0,691
		1.1.118.	Kontrol Grubu	1.1.119.	23,52±4,26	1.1.120.	24,00±4,51	1.1.121.	t= 0,554
1.1.123.	Kişilerarası İlişkiler	1.1.124.	Müdahale Grubu	1.1.125.	24,69±4,73	1.1.126.	26,38±4,18	1.1.127.	t= 1,788
		1.1.129.	Kontrol Grubu	1.1.130.	24,43±4,18	1.1.131.	24,43±4,58	1.1.132.	t= 0,000
1.1.134.	Stres Yönetimi	1.1.135.	Müdahale Grubu	1.1.136.	19,07±3,69	1.1.137.	19,64±4,10	1.1.138.	t= 0,628
		1.1.140.	Kontrol Grubu	1.1.141.	17,34±3,46	1.1.142.	19,16±3,14	1.1.143.	t= 2,445
1.1.145. Toplam Puan	1.1.146.	Müdahale Grubu	1.1.147.	124,67±18,96	1.1.148.	132,76±23,34	1.1.149.	t= 1,602	1.1.150. 0,117
	1.1.151.	Kontrol Grubu	1.1.152.	118,02±17,72	1.1.153.	125,16±15,93	1.1.154.	t= 1,950	1.1.155. 0,058
1.1.156. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)								1.1.157.	
1.1.158.	Depresif Duygulanım	1.1.159.	Müdahale Grubu	1.1.160.	24,81±4,88	1.1.161.	22,26±6,68	1.1.162.	t= 1,970
		1.1.164.	Kontrol Grubu	1.1.165.	26,20±4,64	1.1.166.	25,80±4,70	1.1.167.	t= 0,427

1.1.169. Anksiyete	1.1.170. Müdahale Grubu	1.1.171. 19,86±6,17	1.1.172. 17,31±5,52	1.1.173. t= 2,050	1.1.174. 0,047*
	1.1.175. Kontrol Grubu	1.1.176. 21,64±5,34	1.1.177. 22,16±5,34	1.1.178. t= 0,411	1.1.179. 0,683
1.1.180. Yorgunluk	1.1.181. Müdahale Grubu	1.1.182. 22,57±5,00	1.1.183. 18,48±5,87	1.1.184. t= 3,503	1.1.185. <0,001*
	1.1.186. Kontrol Grubu	1.1.187. 22,93±3,53	1.1.188. 22,32±3,87	1.1.189. t= 0,711	1.1.190. 0,481
1.1.191. Sinirlilik	1.1.192. Müdahale Grubu	1.1.193. 17,64±4,11	1.1.194. 15,07±4,98	1.1.195. t= 2,895	1.1.196. 0,006*
	1.1.197. Kontrol Grubu	1.1.198. 18,07±4,54	1.1.199. 17,34±4,14	1.1.200. t= 0,823	1.1.201. 0,415
1.1.202. Depresif Düşünceler	1.1.203. Müdahale Grubu	1.1.204. 22,57±5,86	1.1.205. 19,02±6,33	1.1.206. t= 2,838	1.1.207. 0,007*
	1.1.208. Kontrol Grubu	1.1.209. 22,25±4,42	1.1.210. 23,57±4,82	1.1.211. t= 1,252	1.1.212. 0,217
1.1.213. Ağrı	1.1.214. Müdahale Grubu	1.1.215. 10,33±2,98	1.1.216. 8,79±2,88	1.1.217. t= 2,215	1.1.218. 0,032*
	1.1.219. Kontrol Grubu	1.1.220. 10,98±2,37	1.1.221. 10,89±2,17	1.1.222. t= 0,159	1.1.223. 0,875
1.1.224. İştah Değişimleri	1.1.225. Müdahale Grubu	1.1.226. 9,38±3,56	1.1.227. 9,10±3,67	1.1.228. t= 0,368	1.1.229. 0,715
	1.1.230. Kontrol Grubu	1.1.231. 10,14±3,38	1.1.232. 11,09±2,95	1.1.233. t= 1,498	1.1.234. 0,141
1.1.235. Uyku Değişimleri	1.1.236. Müdahale Grubu	1.1.237. 10,33±2,85	1.1.238. 8,71±3,37	1.1.239. t= 2,268	1.1.240. 0,029*
1.1.241.	1.1.242. Kontrol Grubu	1.1.243. 10,95±2,61	1.1.244. 10,93±2,60	1.1.245. t= 0,042	1.1.246. 0,967
1.1.247. Şişkinlik	1.1.248. Müdahale Grubu	1.1.249. 10,64±3,24	1.1.250. 9,83±3,21	1.1.251. t= 1,166	1.1.252. 0,250
1.1.253.	1.1.254. Kontrol Grubu	1.1.255. 10,34±3,45	1.1.256. 10,98±3,06	1.1.257. t= 0,752	1.1.258. 0,456
1.1.259. Toplam Puan	1.1.260. Müdahale Grubu	1.1.261. 148,14±26,68	1.1.262. 128,57±35,10	1.1.263. t= 3,004	1.1.264. 0,005*
1.1.265.	1.1.266. Kontrol Grubu	1.1.267. 153,50±18,19	1.1.268. 155,07±23,58	1.1.269. t= 0,317	1.1.270. 0,752

t=Paired-Samples t Testi, W-C= Wilcoxon Testi, *p<0,05

Tablo 8’de ölçeklerin ön test ve son test değerleri arasındaki farklılıklar müdahale ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Veriler, bağımlı örneklem grubunda tekrarlı ölçümler için kullanılan parametrik bir test olan Paired Sample t Testi ve parametrik olmayan bir test olan Wilcoxon Test ile analiz edilmiştir. DYÖ’den alınan ön test ile son test arasında müdahale grubunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Stres/rahatsızlık algısına ait ön test ve son test değerleri müdahale grubunda bulunan bireylerde, Yetersizlik öz-yeterlilik algısı ön test ve son test değerleri hem müdahale hem kontrol gruplarında bulunan bireylerde, ASÖ toplam puanına ait ön test ve son test değerleri hem müdahale hem de kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Stres/rahatsızlık algısı ait ön test ve son test değerleri kontrol grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğuna, fiziksel aktiviteye, beslenmeye, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutlarına ve SYBDÖ-II’nin toplam puanına ait ön test ve son test değerleri hem müdahale hem de kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fiziksel aktiviteye ve stres yönetimine ait ön test ve son test değerleri kontrol grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Depresif duygulanıma ait ön test ve son test değerleri müdahale ve kontrol grubunda bulunan bireylerde, anksiyete kontrol grubu bulunan bireylerde, yorgunluk kontrol grubu bulunan bireylerde, sinirlilik kontrol grubu bulunan bireylerde, depresif düşünceler kontrol grubu bulunan bireylerde, ağrı kontrol grubu bulunan bireylerde, iştah değişimleri müdahale ve kontrol grubunda bulunan bireylerde, uyku değişimleri kontrol grubu bulunan bireylerde, şişkinlik müdahale ve kontrol grubunda bulunan bireylerde, PMSÖ toplam puanına ait ön test ve son test değerleri hem müdahale hem de kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). PMSÖ’nün alt boyutlarından anksiyeteye, yorgunluğa, sinirliliğe, depresif düşüncelere, ağrıya, uyku değişimlerine ve toplam puanına ait ön test ve son test değerleri müdahale grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Son test değeri anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur.

Tablo 9. Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıklarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Ön Test ile Son Test Verilerinin Analizi

Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları		Müdahale (n=42)						Kontrol (n=44)									
		Artıyor		Azalıyor		Değişmez				Artıyor		Azalıyor		Değişmez			
		n	%	N	%	n	%	X ²	p	n	%	n	%	n	%	X ²	p
Süt ve süt ürünleri tüketimi	Ön Test	5	11,9	13	31	24	57,1	7,111	0,029*	3	6,8	7	15,9	34	77,3	1,426	0,490
	Son Test	13	31	5	11,9	24	57,1			5	11,4	10	22,7	29	65,9		
Kırmızı et, yumurta, tavuk tüketimi	Ön Test	10	23,8	9	21,4	23	54,8	1,555	0,459	8	18,2	8	18,2	28	63,6	1,036	0,596
	Son Test	13	31	5	11,9	24	57,1			12	27,3	7	15,9	25	56,8		
Baklagil (örn: kuru fasulye, nohut vb.) tüketimi	Ön Test	3	7,1	13	31	26	61,9	5,598	0,061	3	6,8	8	18,2	33	75	1,143	0,565
	Son Test	9	21,4	6	14,3	27	64,3			6	13,6	8	18,2	30	68,2		
Balık türleri tüketimi	Ön Test	3	7,1	9	21,5	30	71,4	3,539	0,170	3	6,8	6	13,7	35	79,5	2,163	0,339
	Son Test	7	16,7	4	9,5	31	73,8			6	13,6	9	20,5	29	65,9		
Kuruyemiş (örn: fındık, fıstık, ceviz, vs.) tüketimi	Ön Test	18	42,9	3	7,1	21	50	2,400	0,301	25	56,8	5	11,4	14	31,8	3,809	0,149
	Son Test	24	57,1	4	9,5	14	33,3			23	52,2	1	2,3	20	45,5		
Sebze ve Meyveler (örn: ıspanak, marul, brokoli, domates, salata, kurutulmuş meyveler vs..) tüketimi	Ön Test	19	45,2	3	7,1	20	47,7	0,807	0,668	17	38,6	2	4,6	25	56,8	0,049	0,976
	Son Test	22	52,4	4	9,5	16	38,1			18	40,9	2	4,6	24	54,5		
Ekmek / Rafine Tahıllar (örn: beyaz ekmek, makarna, bulgur, erişte, simit, vs.) tüketimi	Ön Test	14	33,3	7	16,7	21	50	7,152	0,028*	22	50	5	11,4	17	38,6	2,296	0,317
	Son Test	8	19	18	42,9	16	38,1			28	63,6	2	4,6	14	31,8		
Fastfood Gıdalar (patates kızartması, hamburger vs.) tüketimi	Ön Test	33	78,6	1	2,4	8	9	20,150	<0,001*	35	79,5	2	4,6	7	15,9	2,200	0,333
	Son Test	18	42,9	21	50	3	7,1			38	86,4	0	0,0	6	13,6		
Tatlı/tatlandırılmış yiyecekler (örn: çikolata, pasta, reçel, baklava vs.) tüketimi	Ön Test	38	90,5	1	2,4	3	7,1	28,385	<0,001*	38	88,6	1	2,3	4	9,1	1,013	0,603
	Son Test	17	40,5	23	54,7	2	4,8			40	90,9	0	0,0	4	9,1		
Kahve tüketimi	Ön Test	16	38,1	11	26,2	15	35,7	2,343	0,310	25	56,8	4	9,1	15	34,1	2,277	0,320
	Son Test	10	23,8	16	38,1	16	38,1			19	43,2	8	18,2	17	38,6		
Siyah çay tüketimi	Ön Test	19	45,2	5	11,9	18	42,9	0,453	0,797	19	43,2	3	6,8	22	50	3,030	0,220
	Son Test	16	38,1	6	14,3	20	47,6			14	31,8	8	18,2	22	50		

Tablo 9 Devamı																	
Bitki çay tüketimi	Ön Test	22	52,4	3	7,1	17	40,5	2,270	0,321	19	43,2	1	2,3	24	54,5	5,721	0,057
	Son Test	16	38,1	8	19	18	42,9			20	45,5	7	15,9	17	38,6		
Alkollü içecek tüketimi	Ön Test	0	0,0	4	9,5	38	90,5	3,170	0,205	3	6,8	4	9,1	37	84,1	3,116	0,211
	Son Test	1	2,4	8	19	33	78,6			1	2,3	1	2,3	42	95,4		
Gazlı ve şekerli içecek tüketimi	Ön Test	16	38,1	6	14,3	20	47,6	5,922	0,052	20	45,5	7	15,9	17	38,6	2,508	0,285
	Son Test	9	21,4	15	35,7	18	42,9			26	59,1	3	6,8	15	34,1		
Paketli Ürünler (cips, çikolata, kraker vs.)	Ön Test	32	76,2	1	2,4	9	21,4	24,931	<0,001	35	79,5	2	4,6	7	15,9	3,152	0,207
	Son Test	15	35,7	21	50	6	14,3		*	40	90,9	0	0,0	4	9,1		

*p<0,05, χ^2 = Ki-kare testi

Tablo 9’da, premenstrual dönemde beslenme alışkanlıklarının müdahale ve kontrol grubu ön test verisi ile son test verisi üzerine araştırma sonuçları yer almaktadır. Her iki grup için ön test ile son test arasındaki farklılık analiz edilerek sonuçları raporlanmıştır. Müdahale grubunda bulunan bireylerde, süt ve süt ürünü tüketen bireylerdeki değişim anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubunda bulunan bireylerde premenstrual dönemde ön testte %11,9 oranında artış varken son testte %31’e yükselmiştir. Ekmek / Rafine Tahıllar (örn: beyaz ekmek, makarna, vs.) tüketimi son testte anlamlı bir değişiklik göstermiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunda bulunan bireylerde premenstrual dönemde ön testte %33,3 oranında artış varken son testte %19’a düşmüştür. Fastfood Gıdalar (patates kızartması, hamburger vs.) tüketimi ön test ile son test arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Müdahale grubunda bulunan bireylerde premenstrual dönemde ön testte %78,6 oranında artış varken son testte %42,9’a düşmüştür. Tatlı/tatlandırılmış yiyecekler (örn: çikolata, reçel, baklava vs.) tüketimi ön test ile son test arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Müdahale grubunda bulunan bireylerde premenstrual dönemde ön testte %90,5 oranında artış varken son testte %40,5’e düşmüştür. Paketli Ürünler (cips, kraker vs.) tüketimi ön test ile son test arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Müdahale grubunda bulunan bireylerde premenstrual dönemde ön testte %76,2 oranında artış varken son testte %35,7’ye düşmüştür. Kontrol grubunda bulunan bireylerdeki değişimler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Kadınların yaşamları boyunca yaklaşık %75'inin yaşadığı PMS, psikolojik, fiziksel ve davranışsal semptomları ile ortaya çıkmaktadır (Pearce ve ark., 2020). PMS'nin kötü yönetilmesi, kadınların mesleki üretkenliği, yaşam kalitesi, kişilerarası ilişkileri ve günlük yaşam aktivitesi için sınırlayıcı faktör olarak kabul edilmektedir. Yaşanan bu olumsuz etkileri azaltmaya yardımcı olmak için PMS yönetiminde birincil tedavi olarak yer alan farmakolojik olmayan yöntemler (beslenme, egzersiz, stres yönetimi vs..) önemli yer almaktadır (Ravichandran ve Janakiraman 2022). PMS yaşayan kadınların eğitimi ve desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Eğitimde kullanılan sağlık davranışı teorileri ve modelleri tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu modellerden biri olan sağlıklı geliştirme modeli insanların davranışını şekillendirmede deneyimin rolüne odaklanarak sağlıklı davranışı benimsemesini sağlamaktadır (Shahabi ve ark., 2024). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese etkisinin araştırıldığı bu çalışmada bulgular;

- Katılımcıların demografik, egzersiz ile beslenme özelliklerine ve menstrual siklus bilgisine göre müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
 - Katılımcıların premenstrual dönemde beslenme alışkanlıklarının müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
 - Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlara etkisinin müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
 - Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin duygusal yeme davranışı üzerine etkisinin müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
 - Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin algılanan stres üzerine etkisinin müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
 - Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin müdahale ve kontrol grubu açısından tartışması
- olarak altı bölümde ele alınmıştır.

5.1. Katılımcıların Demografik, Egzersiz ile Beslenme ve Menstruasyon Özelliklerine Göre Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Araştırmamızda müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcılar arasında; demografik özelliklerine göre; yaş, medeni durum, sınıf, şu anda kalınan yer, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, anne mesleği, gelir durumu, sosyal güvence durumu, aile durumu, alışkanlık durumu, kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç alma durumu (Tablo 4), egzersiz ile beslenme özelliklerine göre; düzenli egzersiz yapma durumu, yapılan egzersiz, öğün sayısı, öğün atlama durumu, yemek yerken bir işle uğraşma durumu, son zamanlardaki iştah durumu, ortalama su tüketme miktarı ve menstruasyon öncesi dönemde besin tüketme durumu (Tablo 5) menstruasyon özelliklerine göre; menarş yaşı, menstruasyon süresi, sıklığı, ağrı durumu, ailede menstruasyon öncesi gerginlik yaşayan birinin varlığı, var ise kim olduğu, menstruasyon öncesi yaşanan fiziksel sorun yaşama durumu, ilk menstruasyon öncesi dönemde menstrual siklus hakkında bilgi verilme durumu, menstruasyon ile ilgili düşünceler, menstruasyon öncesi dönemde yaşanan sorunların çevrenizdeki kişiler tarafından fark edilme durumu ve menstruasyon öncesi dönemde yaşanan sorunların (aile –iş –okul) yaşamını etkileme durumlarına ait dağılımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6). Bu durum müdahale ve kontrol gruplarındaki dağılımların homojen olduğunu ve araştırmadan elde edilen sonucun belirtilen özellikler açısından bağımsız olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada müdahale grubunda bulunan bireylerin %83,3'ü, kontrol grubunda bulunan bireylerin ise %77,3'ü düzenli egzersiz yapmamaktadır (Tablo 5). Kawabe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan kadınların PMS semptomlarını daha az yaşadığı belirlenmiştir (Kawabe ve ark., 2022). Yapılan çalışmalarda PMS görülenlerin düzenli egzersiz yapmadığı bulunmuştur (Aşçı ve ark., 2016, Özdoğan ve Beşler 2023). Literatür değerlendirildiğinde düzenli egzersizin PMS hormonal parametrelerinde iyileşmeyi sağladığı bildirilmiştir (Pearce ve ark., 2020). Bu açıdan öğrencilerin düzenli egzersiz yapması desteklenerek PMS prevelansının azalması sağlanmalıdır.

Bu araştırmada müdahale grubunda bulunan bireylerin %76,2'si, kontrol grubunda bulunan bireylerin ise %68,2'si öğün atlamaktadır (Tablo 5). Mutlu (2023)

çalışmasında öğrencilerin %44'ünün öğün atladığı bulunmuştur. Bu durumun PMS şiddetini arttıracakı düşünülmektedir. Araştırmamızda müdahale grubunda bulunan bireylerin %40,5'inin günde ortalama su tüketme miktarı 200-1000ml (1-5 su bardağı) arası, kontrol grubunda bulunan bireylerin ise %36,4'ünün günde 1000-1500ml (5-7,5 su bardağı) arasındadır. Altun (2021) çalışmasında katılımcıların 0 ile 20 bardak arası ve ortalama 7 bardak su tüketimi olduğunu bulmuştur. Ayrıca yeterli düzeyde su tüketiminin PMS semptomlarını azaltacakı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar araştırmamızın sonucuna benzer niteliktedir. Araştırmamızdaki katılımcıların yeterli düzeyde su tüketmediği ve öğün atladığı için daha fazla PMS semptomları yaşadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grupları ile menstruasyondan 10 gün öncesinde iştah artışı yaşama durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 5). Özdoğan ve arkadaşının çalışmasına katılan PMS'li kadınların %27,4'ünün iştah artışı yaşadığı belirlenmiştir (Özdoğan ve Beşler 2023). Bu çalışmanın sonucu ile araştırmamızın sonucu benzer nitelikte olup yaşanan hormonal değişimin iştah değişikliğini etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada müdahale grubuna katılan katılımcıların menarş yaşının 11-17 yaş ve menstruasyon süresinin 3-7 gün olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların ise menarş yaşının 9-15 yaş ve menstruasyon süresinin 3-7 gün olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Karakaş ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında menarş başlama yaşının 11-15 yaş ve üstü ve menarş süresinin ortalama 3-6 gün olduğu, Özdoğan ve Beşler'in (2023) çalışmasında menarş başlama yaşının 10-15 yaş ve üstü ve menarş süresinin 2-6 gün olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmaların sonucu araştırmamızın sonucunu desteklemektedir. Katılımcıların menarş süresine bakıldığında düzenli menstruasyon döngüsüne sahip olduğu görülmektedir. Menarş yaşının farklı yaşlarda olmasının beslenme, genetik ve genel sağlık faktörlerine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda müdahale grubunda bulunan bireylerin %35,7'sinin menstruasyon ağrısı şiddetli iken, kontrol grubunda bulunan bireylerin %43,2'sinin ise menstruasyon ağrısının orta şiddette olduğu bulunmuştur. Müdahale grubunda bulunan bireylerde ailede menstruasyon öncesi gerginlik yaşayan biri olma durumu %69, kontrol grubunda bulunan bireylerde ise %63,6'dır (Tablo 6). Yapılan

Çalışmalarda kadınların çoğunluğunun menstruasyon ağrısı yaşadığı ve ailede premenstrual semptom öyküsü bulunduğı belirtilmiştir (Elkin 2015, Bakır 2017, Altun 2021). Araştırmamızda müdahale grubunda bulunan bireylerin %73,8'ine, kontrol grubunda bulunan bireylerin ise %72,7 'sine ilk menstruasyon öncesi dönemde menstruasyon hakkında bilgi verilmiştir. Elkin (2015) alışmasında kadınların %78'inin menstruasyon öncesi dönemle ilgili bilgi sahibi olduğunu saptamıştır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar araştırmamızın sonucu ile uyushmaktadır. PMS yaşayan kadınların daha fazla menstruasyon ağrısı sorunu yaşadığı ve genetik faktörlerin etkili olduğı düşünölmektedir. Ayrıca katılımcıların ailesinde PMS sorunun görülmesi daha önceden PMS hakkında bilgi sahibi olmalarını etkilemektedir.

5.2. Katılımcıların Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıklarının Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubunun beslenme alışkanlığı 15 çeşit besin türünü içeren form ile değerlendirilmiştir. Müdahale grubunun ön test sonucuna göre; en fazla tatlı/tatlandırılmış yiyeceğın, fastfood ve paketli ürün tüketiminin arttığı, süt ve süt ürünleri, baklagil ve balık türleri tüketiminin azaldığı ve alkollü içecek tüketiminin değışmediğı saptanmıştır. Eğitim sonrası uygulanan son test verisine göre ise; süt ve süt ürünleri, kırmızı et, yumurta, tavuk, baklagil, balık türleri, kuruyemiş ile sebze ve meyve tüketiminde artış olduğı saptanmıştır. Ekmek/rafine tahıllar, fastfood gıda, tatlı/tatlandırılmış yiyecek, kahve, siyah çay, gazlı ve şekerli içecek ile paketli ürünler tüketiminde azalış bulunmuştur. Müdahale grubunda bulunan bireylerde, süt ve süt ürünü, ekmek/rafine tahıllar, fastfood gıdalar, tatlı/tatlandırılmış yiyecekler ve paketli ürünler tüketimi ön test ile son test arasında anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Kontrol grubunun son test verilerine göre ise çoğunluğunun tatlı/tatlandırılmış yiyecek, paketli ürün ve fastfood gıda tüketiminin arttığı ve süt ile süt ürünleri tüketiminin azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda bulunan bireylerdeki değışimler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9). Hashim ve arkadaşlarının (2019) alışmasında PMS döneminde kadınların yağ ve basit karbonhidrat tüketiminde artış yaşandığı ve protein tüketiminde ise azalış olduğı bulunmuştur. Ayrıca meyve tüketiminin PMS'nin davranışsal semptomlarının şiddetini azalttığı belirtilmiştir. Farasati ve

arkadaşlarının (2015) çalışmasında yağ, şeker ile tuz açısından zengin ve yüksek enerjili besin tüketmenin PMS’de görülen fiziksel semptomları arttırdığına yönelik ilişki saptanmıştır. Esmailpour ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında tahıl tüketiminin artmasının PMS semptomlarının azalmasına etki ettiğini belirtmektedir. Yapılan bir çalışmada öğrencilerde süt tüketiminin artması PMS görülme oranı azaltmıştır (Heidarzadeh ve ark., 2021). Altun (2021) çalışmasında PMS döneminde kahve, paketli ürünler, şekerli içecekler, tatlı yiyeceklerin tüketiminde artış yaşandığı bulunmuştur. Bu sonuca göre; **“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin beslenme alışkanlıkları üzerine etkisi vardır.”** H1 hipotezimiz kabul edilmiştir. Yapılan çalışmalar ile araştırmamızın sonucu benzer niteliktedir. Müdahale grubuna verilen eğitim sonrası uygulanan son test verilerine göre katılımcıların tükettikleri besinlerin PMS şiddetini, sıklığını ve semptomları azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca verilen eğitim ile katılımcılarda beslenme değişikliğinin olumlu yönde oluştuğu görülmektedir.

5.3. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlara Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Bu araştırmanın ilk aşamasında öğrencilere uygulanan “Premenstrual Sendrom Ölçeğine (PMSÖ)” göre katılımcıların PMS prevalansı %78,5 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda PMS prevalansına bakıldığında; Hindistan’da %65, Suriye’de %66,3, İran’da %68,9, Ürdün’de %72,9, Türkiye’de %80,5 olarak belirtilmiştir (Ranjbaran ve ark., 2017, Shamnani ve ark., 2018, Abdelqadir ve ark., 2022, Akın ve Erbil 2023). Yapılan çalışmalar ile bu araştırma sonucu benzer nitelikte olup üniversite öğrencilerinde PMS görülme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Ön test olarak uygulanan PMSÖ’nün toplam puanı müdahale grubunda (148,14±26,68) ve kontrol grubunda (153,50±18,19) olarak bulunmuştur. Eğitim sonrası uygulanan son teste göre PMSÖ’nün toplam puanı müdahale grubunda (128,57±35,10) ve kontrol grubunda (155,07±23,58) şeklinde belirlenmiştir. Müdahale grubunun son test toplam puanı ile kontrol grubunun son test toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7). Ayrıca toplam puana ait ön test (148,14±26,68) ve son test (128,57±35,10) değerleri müdahale grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 8). Bu durumda müdahale grubunun son test değeri

anlamli şekilde daha dűűk bulunmuűtur. Bulunan sonuçlar doėrultusunda **“Saėlıėı geliűtirme modeline göre verilen eėitimin öėrencilerin premenstrual semptomları üzerine etkisi vardır.”** űeklinde belirtilen H2 hipotezimiz kabul edilmiűtir. Yapılan alıűmalara bakıldıėında; PMS semptomlarını azaltmada saėlık eėitiminin kullanıldıėı alıűmalar sınırlı sayıdadır. Ayaz-Alkaya ve arkadaűlarının (2020) alıűmasında Saėlık İnanç Modeli kullanılarak verilen eėitimin PMS’nin semptomları ile baűa çıkmada etkili olduėu ve yaűam kalitesini arttırdıėı bulunmuűtur. Küçükkelepçe (2018) alıűmasında verilen eėitim ile müdahale grubunun PMS n test ($144,84 \pm 27,28$) ile son test ($144,53 \pm 20,06$) puanları arasında anlamli dűűű olduėu grlműtr. Bilgi, Motivasyon ve Davranıű Becerileri modeline göre verilen eėitimin PMS ile baű etmede olumlu davranıű kazandırdıėı belirtilmiűtir (Abay 2019). Abdalla ve Gibreel (2016) ile Arıöz ve Ege (2013) yaptıėı alıűmalarda verilen eėitimin PMS semptomlarının űiddetini azalttıėını saptamıűtır. Farklı modeller ya da teknikler kullanılarak yapılan alıűmalar ile araűtırmamızın sonucu benzer nitelikte olup PMS semptomlarının azaltılmasında verilen saėlık eėitiminin etkili olduėu görülmektedir. Literatür incelemesinde PMS semptomlarını azaltmada saėlıėı geliűtirme modeli ile birlikte Phillips 66 tartıűma tekniėinin kullanıldıėı eėitim programına baűka bir alıűmada rastlanılmamıű olup, bu durumun literatüre uluslararası ve bilimsel düzeyde katkı saėlayacaėı dűnlmektedir.

Saėlıėı geliűtirme modeline göre verilen eėitimin PMS lėiėinin alt boyutları üzerindeki iliűkisi incelendiėinde; depresif duygulanım, yorgunluk, anksiyete, sinirlilik, aėrı, depresif dűnceler, iűtah deėiűimleri ve uyku deėiűimlerinin alt boyutlarının müdahale grubu son test ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamli iliűki bulunmuűtur ($p < 0,05$). Ancak űiűkinlik alt boyutlarının müdahale grubu son test ile kontrol grubu son test puanı arasında istatistiksel açıdan anlamli iliűki bulunmamıűtır ($p > 0,05$) (Tablo 7). PMS’nn tüm alt boyutlarına ait ön test ve son test deėerleri müdahale grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamli farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Müdahale grubunun son test deėeri anlamli űekilde daha dűk bulunmuűtur (Tablo 8). zkaradıėın (2022) alıűmasında web tabanlı PMS ile baű etme eėitimi verilen grubun PMS’nn alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, anksiyete, sinirlilik, aėrı, depresif dűnceler ile uyku deėiűimleri eėitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamli düzeyde azaldıėı saptanmıűtır. Abdalla ve Gibreel’in

(2016) yaptığı çalışmada verilen eğitim sonrası müdahale grubunda yer alan öğrencilerin yaşadığı depresyon, sinirlilik ve yorgunluk semptomlarının azaldığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada bilişsel davranışçı psiko-eğitim verilen girişim grubunun kontrol grubuna göre yaşadığı PMS semptomlarından anksiyete, sinirlilik ile somatizasyon semptomlarının azaldığı belirlenmiştir (Taghizadeh ve ark., 2013). PMSÖ ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada depresif duygulanım, yorgunluk, anksiyete, sinirlilik, ağrı, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alt boyutlarının girişim grubuna uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi sonrası yapılan son test puan ortalaması kontrol grubunun verisine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Bakır 2017). Yukarıda bahsi geçen çalışmalar yapılan bu araştırmanın sonucunu destekleyen niteliktedir. Bu sonuca göre PMS ile baş etmeye yönelik verilen sağlık eğitiminin PMS semptomlarının varlığını ve şiddetini azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

5.4. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Kadınlarda PMS'ye bağlı olarak iştah durumunda ve yeme davranışlarında değişiklikler olabilmektedir (Koç ve ark., 2022). Kadınlar yaşadıkları birtakım duygu durum değişimlerine yanıt olarakta yeme davranışı eğilimi göstermekte olup bu durum duygusal yeme davranışı olarak ifade edilmektedir (Kurt ve ark., 2023). Müdahale grubunun DYÖ'ne ait ön test puanı ($38,21 \pm 15,42$) iken uygulanan eğitim sonrası son test puanı ($35,62 \pm 16,03$) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ise ön test puanı ($33,80 \pm 12,92$) ve son test puanı ($37,16 \pm 10,84$) olarak saptanmıştır (Tablo 7). Araştırmamızda müdahale grubunda ve kontrol grubunda bulunan katılımcılarda duygusal yeme davranışı olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında; DYÖ'nün kullanıldığı çalışmada öğrencilerin ölçek puan ortalaması $36,09 \pm 14,53$ olarak bulunmuştur (Mutlu 2023). Altun (2021) çalışmasında PMS'li katılımcıların DYÖ puan ortalamasını ($36,00 \pm 16,35$) PMS görülmeyen kadınlara göre daha yüksek saptamıştır. Yapılan çalışmalarda PMS yaşayan kadınlarda duygusal yeme davranışında artış olduğu belirlenmiştir (Kartal ve Kaykısız 2020, Um ve Lee 2023). Yapılan çalışmaların sonucu ile araştırmamızın sonucu benzer niteliktedir. Araştırmamızda müdahale grubunda yer alan katılımcılara sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin katılımcıların olumsuz duygularla (stres, anksiyete

vs.) baş etmesini ve sağlıklı beslenme alışkanlığının oluşmasını etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada DYÖ'den alınan ön test ile son test puanının müdahale ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 8). Bu doğrultuda **“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin duygusal yeme davranışı üzerine etkisi vardır.”** şeklinde belirtilen H3 hipotezimiz kabul edilmiştir. Müdahale grubunda sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim sonrası son test puanında azalma olduğu ve duygusal yeme davranışının azaldığı görülmektedir. Duygusal yeme davranışını azaltmada sağlığı geliştirme modeli ile Phillips 66 tartışma tekniğinin kullanıldığı eğitim programına başka bir çalışmada rastlanılmamıştır. Bu açıdan PMS yaşayan kadınlara yeme davranışlarını değiştiren ve iyileştiren eğitimler verilerek bilgilendirilmelerinin sağlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.5. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Algılanan Stres Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Premenstrual dönemde yaşanan östrojen, progesteron ile serotonin düzeylerindeki değişiklikler ruh hali değişimlerine, sinirliliğe ya da anksiyeteye yol açmaktadır (Alshdaifat ve ark., 2022). Hatta bu dönemde bazı kadınlar yaşadıkları sorunları olumsuz olarak algılamaktadır. Bu durum yaşanan stres düzeyini arttırmaktadır (Erbaş ve Altunbaş 2021). Bu araştırmada ASÖ'nün müdahale grubu ön test puan ortalaması $32,21\pm4,08$ iken son test puan ortalaması $30,69\pm4,51$ puan olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ise ön test puan ortalaması $33,45\pm4,18$ ve son test puan ortalaması $31,93\pm3,97$ puan şeklinde saptanmıştır. Araştırmada eğitim sonrası müdahale grubunun ASÖ toplam puan ortalamasında anlamlı olmamakla birlikte azalma bulunmuştur (Tablo 7). Erbaş ve Altunbaş (2021) çalışmasında öğrencilerin ASÖ toplam puan ortalaması $22,98\pm7,08$ orta düzey olarak belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada PMS görülen öğrencilerin ASÖ toplam puanı $35,39\pm4,56$ olarak bulunmuştur (Çevik ve Alan 2021). Araştırmamızda ASÖ'nün alt boyutlarından olan stres/rahatsızlık algısına ait ön test ($21,07\pm2,92$) ve son test ($19,89\pm3,21$) değerleri kontrol grubunda bulunan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Alshdaifat ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada öğrencilerin yüksek stres düzeyi ile PMS semptomlarının şiddetli yaşanması arasında

ilişki bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada şiddetli PMS semptomlarını yaşayan kadınların hafif ve orta düzey PMS semptomları yaşayan kadınlara göre stres seviyesi yüksek saptanmıştır (Khodjaeva ve Khaydarova 2013). Kahvacı (2022) çalışmasında PMS olan öğrencilerin algıladıkları stres düzeylerinin PMS olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmalar ile araştırmanın sonucu benzer nitelikte olup katılımcıların algıladıkları stres yüksektir. PMS döneminde algılanan stres düzeyinin azaltılmasında sağlık eğitimi, rehberlik ile danışmanlık programının yapılması önerilmektedir. Hatta PMS’de yaşanan stresi azaltmak için stresle baş etme yöntemlerini (gevşeme ve meditasyon egzersizi, hobi edinmek, yeterli uyku, duş almak, yoga, dua etmek vs.) içeren eğitimlerin yada uygulamaların faydalı olacağı belirtilmektedir (Erbaş ve Altunbaş 2021). Bu çalışmada uygulanan sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitim etkili olmuştur. Ancak fark anlamlı değildir.

Müdahale grubunda ASÖ’nün toplam puanı ile alt boyutlarının ön test ve son test değerleri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bu açıdan; **“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin algılanan stres üzerine etkisi vardır.”** şeklinde belirtilen H4 hipotezimiz red edilmiştir. Üniversite öğrencileri hem bedensel hem de psikolojik sınırlarını aşan birçok sorunla karşılaşmaktadır. Hastane uygulamaları, barınma koşulu, ekonomik sorun, uyum problemi, aileden ayrılma, kişilerarası ilişkiler, sınav kaygısı gibi durumlar stres düzeylerini arttırmaktadır (Savcı ve Aysan 2014). Bu çalışmada müdahale grubunda bulunan öğrencilerin yurt/pansiyonda yaşaması, ailelerinden uzak olması ve sınav gibi stresi arttıran faktörlerin olmasından dolayı yaşadıkları stres düzeyinin verilen eğitimden etkilenmediği düşünülmektedir.

5.6. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Müdahale ve Kontrol Grubu Açısından Tartışması

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluştuğunu gösteren ve değerlendiren SYBDÖ-II’nin toplam puanının artması belirtilen sağlık davranışlarını katılımcıların uyguladığını göstermektedir. Katılımcı bu ölçekten en yüksek 208 puan almaktadır. Araştırmamıza bakıldığında; müdahale grubunun SYBDÖ-II’nin toplam ön test puan ortalaması $124,67 \pm 18,96$ iken son test puan ortalaması $132,76 \pm 23,34$ puan olarak

saptanmıştır. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması $118,02 \pm 17,72$ ve son test puan ortalaması $125,16 \pm 15,93$ olarak saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada PMS görülen öğrencilerin SYBDÖ-II toplam puanı $123,98 \pm 18,08$ puan olarak bulunmuştur (Bakır ve Yangın 2019). Khalilzadeh ve arkadaşları (2023) çalışmasında kullandığı Sağlık İnanç Modeli eğitiminin katılımcıların sağlıklı yaşam bilgi düzeyini arttırdığını saptamıştır. Bakır (2017) çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi verilen grubun ön test puan ortalaması $123,16 \pm 16,93$ iken son test puan ortalaması $143,51 \pm 19,07$ bulunarak artış gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmaların sonuçları araştırmamızın sonucunu desteklemektedir. Sağlığı geliştirme modeli ile Phillips 66 tekniğinin kullanıldığı araştırmamızda eğitim verilen müdahale grubunun puanının kontrol grubunun puanına göre daha fazla arttığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca alınan puanın yükselmesi bireyin olumlu sağlık davranışını kazandığını göstermektedir.

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubunun SYBDÖ-II ölçeğinin alt boyutlarının ön test ile son test puanlarına bakıldığında; müdahale ve kontrol grubunun, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyutunda en yüksek puanı aldığı ve fiziksel aktivite alt boyutunda ise en düşük puanı aldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda katılımcıların en yüksek puanı manevi gelişim ile kişilerarası ilişkiler alt boyutunda aldığı ve en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutunda aldığı bulunmuştur (Bakır ve Yangın 2019, Soykan ve Şengül 2021). Araştırmamızın sonuçları ile yapılan çalışmaların sonucu uyumlu bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite alışkanlığının olmadığı, arkadaş ya da aile çevresi ile ilişkisinde mutlu olduğu ve olumlu sağlık davranışı göstermede umudunun olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda SYBDÖ-II'nin tüm alt boyutlarında müdahale grubunun ve kontrol grubunun son test puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Kişilerarası ilişkiler alt boyutuna ait müdahale grubu son test puanı ($26,38 \pm 4,18$) ile kontrol grubu son test puanı ($24,43 \pm 4,58$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Stres yönetimi alt boyutuna ait müdahale grubu ön test puanı ($19,07 \pm 3,69$) ile kontrol grubu ön test puanı ($17,34 \pm 3,46$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. (Tablo 7). Bu araştırmada SYBDÖ-II'nin toplam puanına ait ön test ve son test değerleri hem müdahale hem de kontrol gruplarında

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 8). Bakır (2017) çalışmasında eğitim verilen PMS'li girişim grubunun SYBDÖ-II'nin tüm alt boyutlarında puan artışı olduğu belirlenmiş olup en fazla artışın fiziksel aktivite, stres yönetimi ve beslenme alt boyutlarında olduğu bulunmuştur. Ayrıca girişim grubunun SYBDÖ-II'nin toplam puanı ve tüm alt boyutları puanının kontrol grubunun puanına göre anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu araştırma ile araştırmamızın sonucunda farklılık bulunmaktadır. **“Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması üzerine etkisi vardır.”** şeklinde olan H5 hipotezimiz red edilmiştir. Yapılan bir çalışmada eğitim verilen grubun PMS hakkında bilgi düzeyinde artış, kişilerarası ilişkilerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir (Chau ve Chang 1999). Stres yönetimi uygulanmayan strese bağlı hastalıkların semptomların da artış görülmektedir (Bakır 2017). Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasına odaklanan (stres yönetimi, egzersiz, beslenme vs.) eğitim programlarının düzenlenmesi yaşanan PMS sorunlarını azaltır (Khalilzadeh ve ark., 2023). Sağlığı geliştirme modeli ile Phillips 66 tartışma tekniği kullanılarak eğitim verilen müdahale grubunda sadece stres yönetiminin sağlanması ile kişilerarası ilişkilerinde gelişmenin olmasında; öğrencilerin yurt koşullarında yaşaması, yaşanan ilde kış ikliminin uzun ve ağır geçmesi, öğrencilerde fiziksel aktivite yapmanın önemi konusunda bilgi yetersizliği ve aktivite süresinin kısa olması gibi durumlardan dolayı yaşam tarzı değişikliğinin tam olarak kazanılamadığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerine Phillips 66 tekniği kullanılarak sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı, algılanan stres ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

- Öğrencilerde PMS prevalansının %78,5 olarak bulunduğu,
- Müdahale grubuna verilen eğitim sonrası PMS döneminde beslenme alışkanlıklarında değişiklik olduğu (tatlı, paketli ürün, şekerli içecek, ekmek, fastfood gıda daha az tükettiği, süt ve süt ürünleri, kırmızı et, yumurta, baklagil, kuruyemiş ile sebze ve meyveyi daha fazla tükettiği),
- Müdahale grubunda yer alan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı ile alt boyutlarının puan ortalamasının eğitim sonrası önemli derecede azaldığı ve son test puanının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$).
- Müdahale grubunda yer alan öğrencilerin DYÖ puan ortalamasının eğitim sonrası azaldığı ve son test puanının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$),
- Müdahale grubunda yer alan öğrencilerin ASÖ toplam puanı ile alt boyutlarının puan ortalamasının eğitim sonrası azaldığı, ön test ve son test değerlerinin kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$).
- Müdahale grubunda yer alan öğrencilerin SYBDÖ-II toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve manevi gelişim alt boyutlarının puan ortalamasının ön test ve son test değerlerinin kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$).
- Müdahale grubunda yer alan öğrencilerin SYBDÖ-II toplam puanı ile alt boyutlarının puan ortalamasının eğitim sonrası arttığı, kişilerarası ilişkiler ile stres yönetimi alt boyutlarının son test puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu ($p<0,05$).

Bu çalışma sonuçları doğrultusunda;

- Kadınların yaşamını olumsuz etkileyen PMS'nin, duygusal yeme davranışının ve algılanan stresin risk faktörleri ile baş etme yöntemleri hakkında kadınlara bilgi verilmesi ve risk faktörlerini önlemeye yönelik hemşirelik bakımının uygulanması,
- Öğrencilere PMS döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları (beslenme, egzersiz, uyku, boş zaman değerlendirme ve stres yönetimi, vs.) hakkında eğitimler verilmesi,
- Yurtta/pansiyonda kalan öğrencilerin paketli ürün, fastfood, ekmek/tahıl gibi besin tüketiminin azaltılması ve sağlıklı beslenmenin sağlanması için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- PMS döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminden bahsedilerek farkındalığı arttıran programların düzenlenmesi,
- Hemşire veya diğer sağlık personellerinin toplumun sağlığını geliştirmeye yönelik faaliyetler düzenlemesi ve bilgilendirmesi,
- Kadınların yaşamında önemli bir sorun olan PMS'de beslenmenin, stresle baş etmenin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli olması nedeniyle eğitimin erken yaşta başlatılması,
- Çalışmanın başka gruplara uygulanması.

7. KAYNAKLAR

- Abay H, Kaplan S** (2019). Current approaches in premenstrual syndrome management. *Bezmialem Sci*, 7(2):150-156. DOI:[10.14235/bas.galenos.2018.2358](https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2018.2358)
- Abdalla NO, Gibreel MS** (2016). Effects of an educational program in increasing knowledge and reducing premenstrual syndrome signs, symptoms and severity among nursing college students. *International Journal of Basic and Applied Sciences*, 5(4):200-209. DOI: 10.14419/ijbas.v5i4.6001
- Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir D, Abdelbar M, Hosni AN, Abd-El Ghafar M, Khamis Y, Seleem M** (2015). Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. *BMC Womens Health*, 15:70. DOI: 10.1186/s12905-015-0228-8
- AbdelQadir YH, Assar A, Abdelghafar YA, Kamal MA, Zaazouee MS, Elsayed SM, Ragab KM, Nabhan AE, Gamaleldin NA, IMedRA Collaborators Team** (2022). Prevalence and patterns of premenstrual disorders and possible association with sexual harassment: a cross-sectional study of young Arab women. *BMC Women's Health*, 22(1):536-546. DOI:[10.1186/s12905-022-02130-0](https://doi.org/10.1186/s12905-022-02130-0)
- Abdi F, Ozgoli G, Rahnemaie FS** (2019). A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. *Obstetrics & Gynecology Science*, 62(2):73–86. DOI:[10.5468/ogs.2019.62.2.73](https://doi.org/10.5468/ogs.2019.62.2.73)
- Abdollahifard S, Rahmanian Koshkaki A, Moazamiyanfar R** (2014). The effects of vitamin B1 on ameliorating the premenstrual syndrome symptoms. *Global Journal of Health Science*, 6(6):144–153. DOI:[10.5539/gjhs.v6n6p144](https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n6p144)
- Acar F:** Premenstrual Sendromun Çalışan Kadınların İşle İlgili Yaşam Kalitesi, İşe Devamlılık Durumu ve İş Performansı Üzerindeki Etkisi: Kesitsel Araştırma, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2022.

- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologist):** Premenstrual Syndrome. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome>, 2021. Erişim Tarihi: 10.03.2024.
- Akın B, Koçoğlu D** (2017). Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1):73-92.
- Akın Ö, Erbil N** (2023). Investigation of coping behaviors and premenstrual syndrome among university students. *Current psychology*, 1–11. DOI:[10.1007/s12144-023-04419-1](https://doi.org/10.1007/s12144-023-04419-1)
- Aksoy T, Uçar H** (2015). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2):53-67.
- Alshammari E** (2020). Magnesium supplementation for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Int J Pharm Res*,13(1):486-490. DOI:[10.31838/ijpr/2021.13.01.095](https://doi.org/10.31838/ijpr/2021.13.01.095)
- Alshdaifat E, Absy N, Sindiani A, Alosta N, Hijazi H, Amarin Z, Alnazly E.** (2022). Premenstrual syndrome and its association with perceived stress: The experience of medical students in Jordan. *International Journal Of Women's Health*, 14:777–785. DOI:[10.2147/IJWH.S361964](https://doi.org/10.2147/IJWH.S361964)
- Altun E:** 18-49 Yaş Arası Kadınların Premenstrual Sendrom ile Değişen Beslenme Alışkanlıklarının ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2021.
- American Botanical Council:** [Chasteberry Extract Successfully Treats PMS in Placebo-Controlled Trial](#). Erişim tarihi: 10.03.2024
- American Psychiatric Association:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.2013
- Ansong E, Arhin SK, Cai Y, Xu X, Wu X** (2019). Menstrual characteristics, disorders and associated risk factors among female international students in Zhejiang Province, China: a cross-sectional survey, *BMC Womens Health*,19(1):35-45. DOI:[10.1186/s12905-019-0730-5](https://doi.org/10.1186/s12905-019-0730-5)

- Appleton SM** (2018). Premenstrual syndrome: Evidence-based evaluation and treatment. *Clin Obstet Gynecol*, 61(1):52-61. DOI:[10.1097/GRF.0000000000000339](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000339)
- Aqtam I, Darawwad M** (2018). Health promotion model: An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*, 8(7): 485-503. DOI:[10.4236/ojn.2018.87037](https://doi.org/10.4236/ojn.2018.87037).
- Arab A, Golpour-Hamedani S, Rafie N** (2019). The association between vitamin d and premenstrual syndrome: A systematic review and meta-analysis of current literature. *J Am Coll Nutr*, 38(7):648-56. DOI:10.1080/07315724.2019.1566036
- Arıöz A, Ege E** (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23(3):63-69.
- Ashraf DM, Kourosh S, Ali D, 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. DOI:10.7860/JCDR/2014/8024.4021
- Aşçı Ö, Süt HK, Gökdemir F.** (2016). Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3):79-87.
- Avan H:** Adölesanlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimleri ve Öz Etkililik Üzerine Etkisi. Erciyes Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022.
- Ayaz-Alkaya S, Yaman SŞ, Terzi H** (2020). The effect of Health Belief Model-based health education programme on coping with premenstrual syndrome: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 26(2):e12816. DOI:[10.1111/ijn.12816](https://doi.org/10.1111/ijn.12816)
- Azizieh FY, Alyahya KO, Dingle K** (2017). Association of self-reported symptoms with serum levels of vitamin D and multivariate cytokine profile in healthy women. *J Inflamm Res*, 10:19-28. DOI:[10.2147/JIR.S127892](https://doi.org/10.2147/JIR.S127892)

- Bahar Z, Açıl D** (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1):59-67.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A** (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):1-13.
- Bahrami A, Bahrami TH, Afkhamizadeh M, Avan A, Mazloun KZ, Esmaceli H, Amin B, Jazebi S, Kamali D, Ferns GA, Sadeghnia HR, Ghayour MM** (2018). Menstrual disorders and premenstrual symptoms in adolescents: prevalence and relationship to serum calcium and vitamin D concentrations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(7):989–995. DOI: [10.1080/01443615.2018.1434764](https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1434764)
- Bakır N, Yangın BH** (2019). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(5):39-51. DOI: [10.31461/ybpd.538946](https://doi.org/10.31461/ybpd.538946)
- Bakır N**: Premenstrual Şikayetleri Olan Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Eğitiminin Etkisi. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017.
- Başkaya E**: Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2023.
- Başoğlu C, Özkan SA, Karaca T** (2020). The effects of psychoeducation based on the cognitive-behavioral approach on premenstrual syndrome symptoms: A randomized controlled trial. *Perspectives of Psychiatric Care*, 56(3):515-522. DOI:10.1111/ppc.12460.
- Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR, Manson JE** (2010). Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*, 19(11):1955-1962. DOI: [10.1089/jwh.2010.2128](https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2128)
- Beydağ KD, Sonakın EUC, Yürügen B** (2014). Sağlık ve yaşam dersinin üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):599-609.

Büyüköztürk Ş, Çoluk Ö, Köklü N: Sosyal Bilimler İçin İstatistik 20. Baskı. Pegem Yayınları, Ankara, p.75-106, 2018.

Camilleri GM, Méjean C, Kesse GE, Andreeva VA, Bellisle F, Hercberg S, Péneau S (2014). The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *J. Nutr*, 144(8):1264–1273. DOI:10.3945/jn.114.193177

Carlini SV, Lanza di Scalea T, McNally ST, Lester J, Deligiannidis KM (2022). Management of premenstrual dysphoric disorder: A scoping review. *International Journal of Women's Health*, 14:1783–1801. DOI:[10.2147/IJWH.S297062](https://doi.org/10.2147/IJWH.S297062)

Carpio-Arias TV, Solís Manzano AM, Sandoval V, Vinueza-Veloz AF, Rodríguez BA, Betancourt Ortiz SL, Vinueza-Veloz MF (2022). Relationship between perceived stress and emotional eating: A cross sectional study. *Clin. Nutr. ESPEN*, 49:314–318. DOI:10.1016/j.clnesp.2022.03.030.

Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2):105–111. DOI:[10.1136/jech.53.2.105](https://doi.org/10.1136/jech.53.2.105)

Chau JPC, Chang AM. (1999). Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. *Health Education Research*, 14(6):817-830

Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC (2013). Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci*, 29(2):100-105. DOI:[10.1016/j.kjms.2012.08.017](https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.08.017)

Chocano-Bedoya PO, Manson JE, Hankinson SE, Johnson SR, Chasan-Taber L, Ronnenberg AG, Bigelow C, Bertone-Johnson ER (2013). Intake of selected minerals and risk of premenstrual syndrome. *American journal of epidemiology*, 177(10):1118–1127. DOI:[10.1093/aje/kws363](https://doi.org/10.1093/aje/kws363)

Creswell JW: Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, 4th ed., Sage Publications, New York, p.17-270, 2014.

- Çapık C** (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4):268-74.
- Çelik A, Uskun E** (2022). Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. *Pamukkale Medical Journal*, 15(1):1-13. DOI:10.31362/patd.872379
- Çevik A, Alan S** (2021). Ebelik öğrencilerinin premenstrual sendrom yaşama sıklığı ile algıladıkları stres düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1):104-113. DOI:10.31020/mutftd.781048
- Çoban ÖG, Karakaya D, Önder A, İşleyen Z, Adanır AS** (2021). Association of premenstrual dysphoric disorder and eating behaviors among nursing students: A cross-sectional study. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2):203-208. DOI:[10.1016/j.jpap.2020.11.019](https://doi.org/10.1016/j.jpap.2020.11.019)
- Dadkhah H, Ebrahimi E, Fathizadeh N** (2016). Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21(2):159-64. DOI:[10.4103/1735-9066.178237](https://doi.org/10.4103/1735-9066.178237)
- Dağ H, Dönmez S, Sezer H, Şendağ F, Sevil Ü, Saruhan A** (2015). İki farklı öğretim tekniğinin hemşirelik öğrencilerinin HPV ile ilgili bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi. *European Journal of Therapeutics*, 21(2):90-98.
- Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, Pavlidou E, Mantzourou M, Giaginis C** (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: A review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5):1173-1191. DOI:[10.3390/nu15051173](https://doi.org/10.3390/nu15051173)
- Del Mar Fernández M, Regueira-Méndez C, Takkouche B** (2019). Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. *PloS One*, 14(3):e0212557. DOI: [10.1371/journal.pone.0212557](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212557)
- Dilbaz B, Aksan A** (2021). Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *Journal of the Turkish German*

Gynecological Association, 22(2):139–148. DOI: [10.4274/jtgga.galenos.2021.2020.0133](https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2021.2020.0133)

Doak LG, Doak CC, Meade CD (1996). Strategies to improve cancer education materials. *Oncol Nurs. Forum*, 23(8):1305-1312.

Drosdzol A, Nowosielski K, Skrzypulec V, Plinta R (2011). Premenstrual disorders in Polish adolescent girls: Prevalence and risk factors. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(9):1216–1221. DOI: [10.1111/j.1447-0756.2010.01505.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01505.x)

Dubey N, Hoffman JF, Schuebel K, Yuan Q, Martinez PE, Nieman LK, Rubinow DR, Schmidt PJ, Goldman D (2017). : The ESC/E(Z) complex, an effector of response to ovarian steroids, manifests an intrinsic difference in cells from women with premenstrual dysphoric disorder. *Molecular Psychiatry*, 22(8):1172–1184. DOI: [10.1038/mp.2016.229](https://doi.org/10.1038/mp.2016.229)

Erbaş N, Altunbaş N (2021). Bazı değişkenlere göre bir lisedeki kız öğrencilerde premenstrual sendrom şiddetinin ve algılanan stres düzeyinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2):479-486. DOI: [10.31067/acusaglik.849971](https://doi.org/10.31067/acusaglik.849971)

Es-Haghee S, Shabani F, Hawkins J, Zareian MA, Nejatbakhsh F, Qaraaty M, Tabarraei M (2020). The Effects of Aromatherapy on Premenstrual Syndrome Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 6667078. DOI: [10.1155/2020/6667078](https://doi.org/10.1155/2020/6667078)

Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç (2013). Algılanan stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3):132-140.

Eslamlou HF, Oshnouei S, Heshmatian B, Akbari E (2015). Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(1):23–27. DOI: [10.1016/j.srhc.2014.06.009](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.009)

Esmailpour M, Ghasemian S, Alizadeh M (2019). Diets enriched with whole grains reduce premenstrual syndrome scores in nurses: an open-label parallel

randomised controlled trial. *The British Journal of Nutrition*, 121(9):992–1001. DOI:[10.1017/S0007114519000333](https://doi.org/10.1017/S0007114519000333)

Farasati N, Siassi F, Koohdani F, Qorbani M, Abashzadeh K, Sotoudeh G. (2015). Western dietary pattern is related to premenstrual syndrome: a case-control study. *The British Journal of Nutrition*, 114(12):2016-2021. DOI:[10.1017/S0007114515003943](https://doi.org/10.1017/S0007114515003943)

Fatemi M, Allahdadian M, Bahadorani M (2019). Comparison of serum level of some trace elements and vitamin D between patients with premenstrual syndrome and normal controls: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed*, 17(9):647-652. DOI:[10.18502/ijrm.v17i9.5100](https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i9.5100)

Fathima SN, Swetha G: (2023). Hormonal Therapy In Premenstrual Syndrome: A Review. **In:** Chaurasia S, Sharma AVNS, Singh J (Eds): Transdisciplinary Threads Crafting the Future Through Multidisciplinary Research. p.214-219. Paradox International Publications Guide House, Lunawada, 2023.

Fathizadeh S, Amani R, Haghighizadeh MH, Hormozi R (2016). Comparison of serum zinc concentrations and body antioxidant status between young women with premenstrual syndrome and normal controls: A case-control study. *Int J Reprod Biomed*, 14(11):699-704.

Fukushima K, Fukushima N, Sato H, Yokota J, Uchida K (2020). Association between nutritional level, menstrual-related symptoms, and mental health in female medical students. *Plos One*, 15(7):1-11. DOI:[10.1371/journal.pone.0235909](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235909)

Gençdoğan B (2006). Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 8(2):81-87.

Geta TG, Woldeamanuel GG, Dassa TT (2020). Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the reproductive age group in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, 15(11):e0241702. DOI:[10.1371/journal.pone.0241702](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241702)

Gökdoğan F, Kır E, Özcan A, Cerit B, Yıldırım Y, Akbal S: Eğitim Kitapçıkları Güvenilir Mi? 2. Uluslararası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, ss.517-521, 7-11 Eylül 2003, Antalya, Türkiye.

- Granda D, Szmidt MK, Kaluza J** (2021). Is premenstrual syndrome associated with inflammation, oxidative stress and antioxidant status? A systematic review of case-control and cross-sectional studies. *Antioxidants (Basel)*,10(4):604-621. DOI:[10.3390/antiox10040604](https://doi.org/10.3390/antiox10040604)
- Gudipally PR, Sharma GK** (2023). Premenstrual Syndrome. *Statpearls Content Is King* [Electronic Journal]. 17 July 2023. <https://www.statpearls.com/point-of-care/27664>
- Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA, Alardah LG, Qiblawi S, Al-Yateem N, Faris MAE** (2019). Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: A cross-sectional study from Sharjah UAE. *Nutrients*, 11(8):1939-1957. DOI:[10.3390/nu11081939](https://doi.org/10.3390/nu11081939)
- Heidari H, Amani R, Feizi A, Askari G, Kohan S, Tavasoli P** (2019). Vitamin D supplementation for premenstrual syndrome-related inflammation and antioxidant markers in students with vitamin D deficient: a randomized clinical trial. *Scientific reports*, 9(1):14939-14947. DOI:[10.1038/s41598-019-51498-x](https://doi.org/10.1038/s41598-019-51498-x)
- Heidarzadeh A, Dehghan M, Loripoor M, Ghanbari S.** (2021). The relationship between pattern of nutrition and premenstrual syndrome and dysmenorrhea in girl students of rafsanjan university of medical sciences in 2018: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 20(4):435-450. DOI:[10.52547/jrums.20.4.435](https://doi.org/10.52547/jrums.20.4.435)
- Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzaded M** (2018). Evaluation of aromatherapy with essential oils of *Rosa damascena* for the management of premenstrual syndrome. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 142(2):156–161. DOI:[10.1002/ijgo.12534](https://doi.org/10.1002/ijgo.12534)
- Houghton SC, Manson JE, Whitcomb BW, Hankinson SE, Troy LM, Bigelow C, Bertone-Johnson ER** (2018). Carbohydrate and fiber intake and the risk

of premenstrual syndrome. *Eur J Clin Nutr*, 72(6):861-870. DOI:[10.1038/s41430-017-0076-8](https://doi.org/10.1038/s41430-017-0076-8)

Imai A, Ichigo S, Matsunami K, Takagi H (2015). Premenstrual syndrome: Management and pathophysiology. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 42(2):123–128.

Işgın K, Büyüktuncer Z (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(3):249-260.

Işık H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish J Med Sci*, 46(3):695–701. DOI:[10.3906/sag-1504-140](https://doi.org/10.3906/sag-1504-140)

Itriyeve K (2022). The effects of obesity on the menstrual cycle. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 52(8):101241-101251. DOI:[10.1016/j.cppeds.2022.101241](https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2022.101241)

İlçioğlu K, Keser N, Çınar N (2017). Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Rhythm*, 3(3):112-119.

İnalkaç S, Arslantaş H (2018). Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1):70-82. DOI:[10.17827/aktd.336860](https://doi.org/10.17827/aktd.336860)

Jafari F, Tarrahi MJ, Farhang A, Amani R (2020). Effect of zinc supplementation on quality of life and sleep quality in young women with premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*, 302(3):657–664. DOI:[10.1007/s00404-020-05628-w](https://doi.org/10.1007/s00404-020-05628-w)

Kahvacı R: Premenstrual Sendrom ile Algılanan Stres ve Gece Yeme Sendromu İlişkisi. Aydın Adnan Menderes Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022.

Kalkanlı M: Tip 2 Diyabet Hastalarında Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlık Okuryazarlık Düzeyine ve Diyabet Sağlığı Geliştirme Davranışına Etkisi. İnönü Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022.

Kappen M, Raeymakers S, Weyers S, Vanderhasselt MA (2022). Stress and rumination in Premenstrual Syndrome (PMS): Identifying stable and

menstrual cycle-related differences in PMS symptom severity. *Journal of affective disorders*, 319:580–588. DOI:10.1016/j.jad.2022.09.052

Karaca PP, Kızılkaya Beji N (2015). Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3):178-186.

Karakaş S, Dikici A, Oyardı G (2023). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):42-58.

Karaküçük S, Sönmez M, Kenç İ (2022). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom günlüğü ile premenstrual sendrom belirtileri sıklığının belirlenmesi ve baş etme yöntemleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3):419-430. DOI:10.46237/amusbfd.1085050

Kartal YA, Kaykısız E (2020). Covid-19 salgınında ebellek öğrencilerinin yeme davranışları ile premenstruel sendrom semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Medical Sciences (NWSAMS)*, 15(4):133-143. DOI:10.12739/NWSA.2020.15.4.1B0097.

Khalilipour Darestani M, Panahi R (2017). Effect of education on promoting preventive behaviors of premenstrual syndrome in female adolescents: Health belief model application. *J Educ Community Health*, 4(2):44-54. DOI:10.21859/jech. 4.2.44

Khalilzadeh P, Amirzadeh-Iranagh J, Khalkhali, HR, Maheri M (2023). Evaluating the effect of educational intervention based on the health belief model on the lifestyle related to premenstrual syndrome and reduction of its symptoms among the first-grade high school girls. *BMC Public Health*, 23(1):1001-1011. DOI:10.1186/s12889-023-15950-y

Khodjaeva N, Khaydarova F. (2013). Prevalence of premenstrual syndrome among women of child-bearing age with regular menstrual cycle. *Medical and Health Science Journal*, 14(3):144-149. DOI:[10.15208/mhsj.2013.25](https://doi.org/10.15208/mhsj.2013.25)

Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H (2012). hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1):19-25.

Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 1(4):284–297.

Koç ÖT, Erdemoğlu Ç, Turan İ, Aydın ÖS (2022). The Relationship between Premenstrual Syndrome Symptoms and Eating Attitudes in Adolescents. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(8):142–151. DOI:10.55433/gsb.192

Kurt N, Bozkır Ç, Koca HÜ (2023). Genç kadınlarda dismenore ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Infant, Child and Adolescent Health*, 3(1):42–51.

Küçükkeleşçe ŞD: Premenstrual Sendrom ile Baş Etmeye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Verilen Eğitim ve Akupresurun Premenstrual Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İnönü Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018.

Lee W, Lee S, Ahn J, Lee RS, Kang SK (2022). Premenstrual syndrome incidence rate and risk factors among the working population in the Republic of Korea: a prospective cohort study. *BMC Womens Health*, 22(1):265-273. DOI:[10.1186/s12905-022-01852-5](https://doi.org/10.1186/s12905-022-01852-5)

Lu D, Aleknaviciute J, Kamperman AM, Tamimi RM, Ludvigsson JF, Valdimarsdóttir UA, Bertone-Johnson ER (2022). Association between childhood body size and premenstrual disorders in young adulthood. *JAMA Netw Open*, 5(3):e221256. DOI:[10.1001/jamanetworkopen.2022.1256](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.1256)

McNeil J, Doucet É (2012). Possible factors for altered energy balance across the menstrual cycle: a closer look at the severity of PMS, reward driven behaviors and leptin variations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 163(1):5-10. DOI:[10.1016/j.ejogrb.2012.03.008](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.03.008)

Mendiratta V: Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA (Eds): *Comprehensive Gynecology*. Elsevier, Philadelphia, p.815-828, 2017.

- 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. DOI:[10.3389/fpsyt.2024.1363875](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1363875)
- Mutlu İ:** Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişki. İstanbul Medeniyet Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2023.
- Naheed B, Kuiper JH, Uthman OA, O'Mahony F, O'Brien PM** (2017). Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3):CD010503. DOI:[10.1002/14651858.CD010503.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010503.pub2)
- Nezafati MH, Vojdanparast M, Nezafati P** (2015). Antidepressants and cardiovascular adverse events: a narrative review. *ARYA Atherosclerosis*, 11(5):295–304.
- Nworie KM** (2018). Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment. A mini literature review. *Gynecol Obstet Invest*, 1(1):41–46. DOI:[10.5114/jogi.2018.78010](https://doi.org/10.5114/jogi.2018.78010)
- Ongan D, Songür Bozdağ AN, Kuleli M, Ünsal B, Yıldırım E** (2021). Premenstrual sendromu olan kadınlarda yeme bağımlılığı: bulmacanın yeni parçası. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2):39-46.
- Ölçer Z, Bakır N, Aslan E** (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1):30-37.
- Özdemir Ü:** Hemşirelerde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisinin İncelenmesi. Üsküdar Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2022.
- Özdoğan Y, Beşler ZN** (2023). Premenstrüel sendrom durumuna göre menstruasyon öncesi dönemde beslenme değişikliklerinin değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(4):1137-1147. DOI:[10.5281/zenodo.10049068](https://doi.org/10.5281/zenodo.10049068)

- Özkaradiğın E:** Web-Tabanlı Eğitimin Premenstrüel Sendrom (PMS) Semptomları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022.
- Öztürk S, Karaca A** (2019). Premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2):105-110.
- Pakharenko L** (2014). Effect of estrogen receptor gene ESR1 polymorphism on development of premenstrual syndrome. *Georgian Medical News*, 235:37–41.
- Pearce E, Jolly K, Jones LL, 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):1-11. DOI:bjgpopen20X101032.
- Ranjbaran M, Omani SR, Almasi-Hashiani A, Matourypour P, Moini A** (2017). Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Reproductive Biomedicine*, 15(11):679–686.
- Rapkin AJ, Winer SA** (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 9:157-170. DOI:[10.1586/erp.09.14](https://doi.org/10.1586/erp.09.14)
- Ravichandran H, Janakiraman B** (2022). Effect of aerobic exercises in improving premenstrual symptoms among healthy women: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal Of Women's Health*, 14:1105–1114. DOI:[10.2147/IJWH.S371193](https://doi.org/10.2147/IJWH.S371193)
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists:** Premenstrual Syndrome, Management.2016. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/premenstrual-syndrome-management-green-top-guideline-no-48/>, Erişim tarihi:10.03.2024
- Savcı M, Aysan F** (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2014(3):44-56.

- Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM** (2013). Life style factors associated with premenstrual syndrome among el-minia university students, Egypt, *International Scholarly Research Notices*, 1–6. DOI:[10.1155/2013/617123](https://doi.org/10.1155/2013/617123)
- Seker SE** (2014). Philips 66 Yöntemi, *YBS Ansiklopedi*, 1(4):6-7.
- Shahabi N, Javdan G, Hosseini Z, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A Behzad A** (2024). A health promotion model-based intervention to enhance treatment adherence in patients with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 24:1943-1958. DOI:10.1186/s12889-024-19452-3
- Shamnani G, Gupta V, Jiwane R, Singh S** (2018). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among medical students and its impact on their academic and social performance. *National Journal of Physiology Pharmacy and Pharmacology*, 8(8):1205-1208.
- Shobeiri F, Araste FE, Ebrahimi R, Jenabi E, Nazari M** (2017). Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology Science*, 60(1):100–105 DOI:[10.5468/ogs.2017.60.1.100](https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.1.100)
- Siminiuc R, Țurcanu D** (2023). Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome. *Frontiers in Nutrition*, 10:1079417. DOI:[10.3389/fnut.2023.1079417](https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1079417)
- Singhal R, Kumar A, Singh H, Fuller S, Gill SS** (2021). Digital device-based active learning approach using virtual community classroom during the COVID-19 pandemic. *Computer Applications in Engineering Education*, 29(5):1007–1033. DOI:[10.1002/cae.22355](https://doi.org/10.1002/cae.22355)
- Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R** (2010). The complexity of premenstrual dysphoric disorder--risk factors in the population of Polish women. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8:141-147. DOI:[10.1186/1477-7827-8-141](https://doi.org/10.1186/1477-7827-8-141)
- Soykan H, Şengül H** (2021). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4):691-704. DOI:10.37989/gumussagbil.905512

- Tabachnic BG, Fidell LS:** Using Multivariate Statistics.6th Ed. Pearson Education, United States, 2013
- Tadakawa M, Takeda T, Monma Y, Koga S, Yaegashi N** (2016). The prevalence and risk factors of school absenteeism due to premenstrual disorders in Japanese high school students-a school-based cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(13):2-7. DOI:10.1186/s13030-016-0067-3
- Taghizadeh Z, Shirmohammadi M, Feizi A, Arbabi M** (2013). The effect of cognitive behavioural psycho-education on premenstrual syndrome and related symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8):705–713. DOI:10.1111/j.1365-2850.2012.01965.x
- Taheri R, Mesbah Ardekani F, Raeisi Shahraki H, Heidarzadeh-Esfahani N, Hajiahmadi S** (2020). Nutritional status and anthropometric indices in relation to menstrual disorders: A cross-sectional study. *J Nutr Metab*, 5980685. DOI:[10.1155/2020/5980685](https://doi.org/10.1155/2020/5980685)
- Tarannum F, Khalique N, Eram U** (2021). Premenstrual syndrome: Prevalence, symptoms, and associated risk factors among adolescent girls in Aligarh, Uttar Pradesh. *Indian J Public Health*, 65(4):396-399. DOI:[10.4103/ijph.ijph.985.21](https://doi.org/10.4103/ijph.ijph.985.21)
- Tavakol M, Dennick R** (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2:53–55. DOI:10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Timurtaş E, Avcı EE, Ayberk B, Demirbüken İ, Polat MG** (2022). Covid-19 pandemisi sırasında üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite, depresyon, stres, uyku ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10(1):17-26. DOI:10.30720/ered.1039882
- Tosun H, Şahin S** (2022). Evaluation of effectiveness of training in obese adolescent about nutrition, physical activity and menstrual symptoms on health lifestyle behaviours and menstrual symptoms. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(3):306-323.
- Tschudin S, Berteau PC, Zemp E** (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based

sample. *Archives of women's mental health*, 13(6):485–494. DOI:[10.1007/s00737-010-0165-3](https://doi.org/10.1007/s00737-010-0165-3)

Turner SA, Luszczynska A, Warner L, Schwarzer R (2010). Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption: acontrolled trial of theeffects of positive mood enhancement. *Appetite*, 54(1):143-149. DOI:10.1016/j.appet.2009.09.020.

Um Y, Lee J (2023). Mediating effect of negative perceived stress on the relationship between premenstrual syndrome and emotional eating. *Nutrition Research and Practice*, 17(2):330–340. DOI:10.4162/nrp.2023.17.2.330

Uzunçakmak T: Üniversite Öğrencilerine Uygulanan Aromaterapinin Premenstruel Sendrom ile Baş Etmeye Etkisi. Gazi Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016.

Uzuner LA, Yüksel KD (2019). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisi. *Nobel Medicus*, 15(3):24-32.

Walker SN, Hill-Polerecky DM: Psychometric Evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, Omaha, 1996.

Yamamoto K, Okazaki A, Sakamoto Y, Funatsu M (2009). The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. *J Physiol Anthropol*, 28(3):129-136. DOI:[10.2114/jpa2.28.129](https://doi.org/10.2114/jpa2.28.129)

Yazıcı S (2014). Perimenstrual şikayetler ve hemşirelik yaklaşımı. *HSP*, 1(1):58-67.

Yin W, Zhang J, Guo Y, Wu Z, Diao C, Sun, J (2023). Melatonin for premenstrual syndrome: A potential remedy but not ready. *Frontiers in Endocrinology*, 13:1084249, DOI: [10.3389/fendo.2022.1084249](https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1084249)

Yoshimi K, Shiina M, Takeda T (2019). Lifestyle factors associated with premenstrual syndrome: A cross-sectional study of Japanese high school students. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 32(6):590–595. DOI:[10.1016/j.jpag.2019.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.09.001)

Younes Y, Hallit S, Obeid S (2021). Premenstrual dysphoric disorder and childhood maltreatment, adulthood stressful life events and depression among Lebanese university students: a structural equation modeling approach. *BMC Psychiatry*, 21(1):1-10. DOI:[10.1186/s12888-021-03567-7](https://doi.org/10.1186/s12888-021-03567-7)



8. EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE VERİLEN EĞİTİMİN PREMENSTRUAL SEMPTOMLAR, DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI VE ALGILANAN STRESE ETKİSİ

Sevgili Öğrenciler

Bu çalışma sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin premenstrual semptomlar, duygusal yeme davranışı ve algılanan strese etkisini incelemeyi amaçlanmıştır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Sorulara vereceğiniz cevaplar yalnızca araştırmacılar tarafından bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Ankete katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç.Dr. Özlem KARABULUTLU
Cansu Mine AYDIN

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız:

2-Sınıfınız: () 2.sınıf () 3.sınıf

3-Şuanda kaldığınız yer:

() Yurt/pansiyon () Aile ile () Evde yalnız () Evde Arkadaşlarla

4- Annenizin Öğrenim Durumu:

() Okuryazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü

5- Babanızın Öğrenim Durumu:

() Okuryazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü

6- Babanızın Mesleği:

() Memur () Çiftçi () Serbest Meslek () İşçi () Esnaf () Diğer.....

7- Annenizin Mesleği:

() Ev hanımı () Serbest Meslek

8- Gelir Durumunuz Nedir?

() Gelir Giderden Az () Gelir Gidere Denk () Gelir Giderden Fazla

9-Sosyal Güvenceniz Var mı? () Evet

() Hayır

10- Aile Durumunuzunu İşaretleyin

() Çekirdek Aile () Geniş Aile () Parçalanmış Aile

11- Aşkhanlıklarınız Var mı?

() Evet () Hayır

12- Aşkhanlıklarınız Nelerdir?

() Sigara kullanıyorum (.....adet/günde) () Alkol kullanıyorum (....kadeh/günde) () Madde Kullanıyorum

13- Herhangi Bir Kronik Ya da Sistemik Hastalığınız Var Mı?

() Evet () Hayır

14-Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? (örn; vitamin, vs..)

() Evet ise..... () Hayır

B) EGZERSİZ VE BESLENME ÖZELLİKLERİ

1-Düzenli egzersiz yapar mısınız? (örn:yürüyüş, koşu, aerobik egzersiz, yüzme vs..)

() Evet () Hayır

2- Evet ise; türü,

3- Günde kaç öğün yersiniz ?

() 1 öğün () 2 öğün () 3 öğün () 4 öğün ve fazlası

4-Öğün atlar mısınız? (Sabah kahvaltısı, öğle yemeği, akşam yemeği veya ara öğünden herhangi birini)

() Evet () Hayır

5- Yemek yerken herhangi bir işle uğraşıyor musunuz?

() Evet (örn: tv izlerim, müzik dinlerim, telefon ya da bilgisayar kullanırım) () Hayır

6- Son zamanda iştahınızı nasıl tanımlarsınız ?

() İştahlı () Normal () İştahsız

7- Günde ortalama ne kadar su tüketiyorsunuz ? (1 su bardağı:200ml)

() 200-1000 ml () 1000-1500ml () 1500-2000ml () 2500ml ve üstü

8- Menstruasyon (Adetten) 10 gün önceki süreçte beslenmenizde iştah artışı yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır

9-Menstruasyon (Adet) döneminizde hangi besinleri tüketirsiniz ?

() Tatlı () Tuzlu () Ekşi () Acı

C. ADET GÖRME ÖZELLİKLERİ

1-İlk kaç yaşında adet gördünüz?.....

2-Adetiniz kaç gün sürer?.....

3- Adet sıklığınız günde bir

4- Adetleriniz ağırlı oluyor mu? ()Yok () Hafif () Orta () Şiddetli () Çok şiddetli

5- Ailenizde adet öncesi gerginlik, huzursuzluk yaşayan biri var mı?

() Evet () Hayır

6- Var ise... () Anne () Kız kardeş () Teyze

7- Adet öncesi dönemde yaşadığınız fiziksel sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

()Kabızlık-Diyare () Bulantı- Kusma () Kilo alma () Daha az idrara çıkma () Cilt problemleri () Göz problemlerinde artış () Ateş basmaları () Alerjik sorunlar ()Diğer.....

8- İlk adet öncesi dönemde adet hakkında bilgi verildi mi?

() Evet () Hayır

9- Adet hakkında bilgi aldığınız kişi kimdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

()Anne ()Abla ()Teyze ()Arkadaş () Sağlık personeli () Öğretmen () İnternet ()Dergi, gazete vs. ()Televizyon ()Diğer.....

10- Adet görmeyle ilgili düşünceniz hangisidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

() Hormonal denge () Rahatlama () Kendini kötü hissetme ()Kadın olmanın belirtisi () Kirli kanın gitmesi () Doğurganlık () Büyüme () Hamile olmama () Gereksiz bir durum () Dinlenme süreci () Sıkıntı ve ağrı

11- Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark ediliyor mu?

() Fark ediliyor () Fark edilmiyor

12- Adet öncesi dönemde yaşanan sorunlar (Aile –iş –okul) yaşamını etkiliyor mu?

() Etkiliyor () Etkilemiyor

EK-2 Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu

Aşağıda adet öncesi 7-10 günlük dönemde besinleri tüketme durumunuzda meydana gelen değişimi değerlendirerek yanıtlayınız.

1- Süt ve süt ürünleri tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

2- Kırmızı et, yumurta, tavuk tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

3- Baklagil (örn:kuru fasulye, nohut, mercimek vb.) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

4- Balık türleri tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

5- Kuruyemiş(örn:fındık, fıstık, ceviz, vs..) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

6- Sebze ve Meyveler (örn: ıspanak, marul, brokoli, domates, salata, havuç, muz, elma, kurutulmuş meyveler vs..) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

7- Ekmek / Rafine Tahıllar (örn: beyaz ekmek, makarna, bulgur, erişte, simit, vs) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

8- Fastfood Gıdalar (patates kızartması, hamburger vs) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

9- Tatlı/tatlandırılmış yiyecekler (örn: çikolata, pasta, reçel, baklava..vs) tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

10- Kahve tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

11- Siyah çay tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

12- Bitki çay tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

13- Alkollü içecek tüketimi

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

14- Gazlı ve şekerli içecek tüketimi;

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

15-Paketli Ürünler (cips, çikolata, kraker vs.)

() Artıyor () Azalıyor () Değişmez

EK-3 Premenstrual Sendrom Ölçeği

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerine geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacağını gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracağını gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Ofkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklemlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK-4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seceneği daire icine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başaranlar için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle başışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalanna ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				

51	Gereksinim duyduğumda baskalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıyım				

EK-5 Duygusal Yeme Ölçeği

Duygusal Yeme Ölçeği

		Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1.	Kaygılı olduğum zamanlarda daha çok yerim.					
2.	Sıkıldığım zamanlarda daha çok yerim.					
3.	Birisiyle bir sorun yaşadığımda kendimi yemeye veririm.					
4.	İş yoğunluğumun arttığı zamanlarda daha çok yerim.					
5.	Stresli olduğumda sakin olduğum zamanlara göre daha çok yerim.					
6.	Öfkeli olduğumda öfkemi yatıştırmak için daha çok yerim.					
7.	Suçluluk hissettiğim zamanlarda bir şeyler yemek beni rahatlatır.					
8.	Gergin olduğumda bir şeyler yiyerek kendimi rahatlatmaya çalışırım.					
9.	Bir konuda hayal kırıklığı yaşadığımda yiyerek iyi hissetmeye çalışırım.					
10.	Yaşamımdaki sorunlardan uzaklaşabilmek için kendimi yemeye veririm.					
11.	Üzgün olduğum zamanlarda daha çok yerim.					
12.	Kendimi baskı altında hissettiğimde daha çok yerim.					
13.	Yaşamımda yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunda daha çok yerim.					
14.	Olumsuz duygulardan bir şeyler yiyerek uzaklaşmaya çalışırım.					

EK-6 Algılanan Stres Ölçeği

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ-10

Yönerge: Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkeleniniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

* Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. *Yeni Symposium Journal* 2013; 51 (3): 132-140.

EK-7 Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A.İçerik Durumu (1-4. Maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgidен önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK- 8 Sağlık Bilgileri Kullanıcısı İçin Kalite Kriterleri -DISCERN

BÖLÜM 1 Bu Materyal Güvenilir mi?

1. Amacı açık mı? (1. Sorunun yanıtı “Hayır” ise , 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: bu materyal ana başlıklarla belirtilen bilgilere ulaşip ulaşmadığını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Bu materyal;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığını,
- Bu bilgilerin ve önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığını düşünün.

4. Bu bilgileri hazırlamak için kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim materyali bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan kuruluş ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları gözden geçirin.

5. Eğitim materyalinde kullanılan bilgilerin tarihi açıkça belirtilmiş mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim materyalinin hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.

6. eğitim materyalinde sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mı?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama;

- Materyalin kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Materyalin hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, tek bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olmasına bakın.
- Materyalin başka bir tanınmasının olup olmadığına bakın.

Dikkatli olunmalı eğer;

- Eğitim materyali bir konu hakkında bilgi verirken yalnız bir noktanın avantajı ya da dezavantajı üzerinde odaklanıyorsa,
- Bilgiler heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir biçimde sunuluyorsa,

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu materyal belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim materyalinde uzman görüşlerindeki farklılıklar ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim materyalinde sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2

Bu Materyalde Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim materyalinde sunulan bilgiler eğitimin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Eğitim materyalinde bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Bakım gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Eğitim materyalinde bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Eğitim materyali bakımla ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bakım bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Eğitim materyalindeki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim materyalinde sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Eğitim materyalinde sunulan bilgiler yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim materyalindeki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim materyalindeki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla bakım seçeneği olabileceği açıklanmış mı?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim materyalinde sunulan bilgilerden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim materyalinin daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama Eğitim materyalinde ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3

Eğitim Materyalinin Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim materyalinin güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

EK-9 Uzman Görüşü Listesi

1	Prof.Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
2	Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ	Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
3	Prof. Dr. Papatya KARAKURT	Erzincan Binali yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik Bölümü	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
4	Doç.Dr. Mine BEKAR	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Sağlık Programları Bölümü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
5	Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
6	Doç. Dr. Yalçın KANBAY	Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
7	Doç. Dr. Sibel ÖZTÜRK	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
8	Dr. Öğr. Üyesi Zehra KIMIŞOĞLU	Kafkas Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü	Türk Halk Edebiyatı Anabilim Dalı

**EK-10 Etik Kurul İzni (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu)**



Ek-11 Kurum İzni (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)

EK-12 Ölçeklerin Kullanım İzinleri

EK-13 Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

“Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Strese Etkisi” adlı çalışmada Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Premenstrual Semptomlar, Duygusal Yeme Davranışı ve Algılanan Strese Etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma için etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Araştırma öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilecektir. Araştırma esnasında yüzyüze eğitim ve Kişisel Bilgi Formu, PMS Ölçeği, Premenstrual Dönemde Beslenme Alışkanlıkları Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Duygusal Yeme Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği uygulanacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır ve katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmak istemezseniz ya da araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek çekilebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından toplanacak veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmacı Cansu Mine AYDIN

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorunluluk olmaksızın katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Cep Telefon No:

E-mail:

İmza:

EK-14 Eğitim Kitapçığı

*Sağlığı Geliştirme Modeli Rehberliğinde
Premenstrual Semptomlar, Duygusal
Yeme Davranışı ve Algılanan Stres İle
Baş Etme Eğitim Kitapçığı*



*Hazırlayan: Arş. Gör. Cansu Mims AYDIN
Danışman: Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU
2023*