T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM, FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Büşra Hilal ÖZGÖREN

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİSAN/2026

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM, FİZİKSEL AKTİVİTE VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

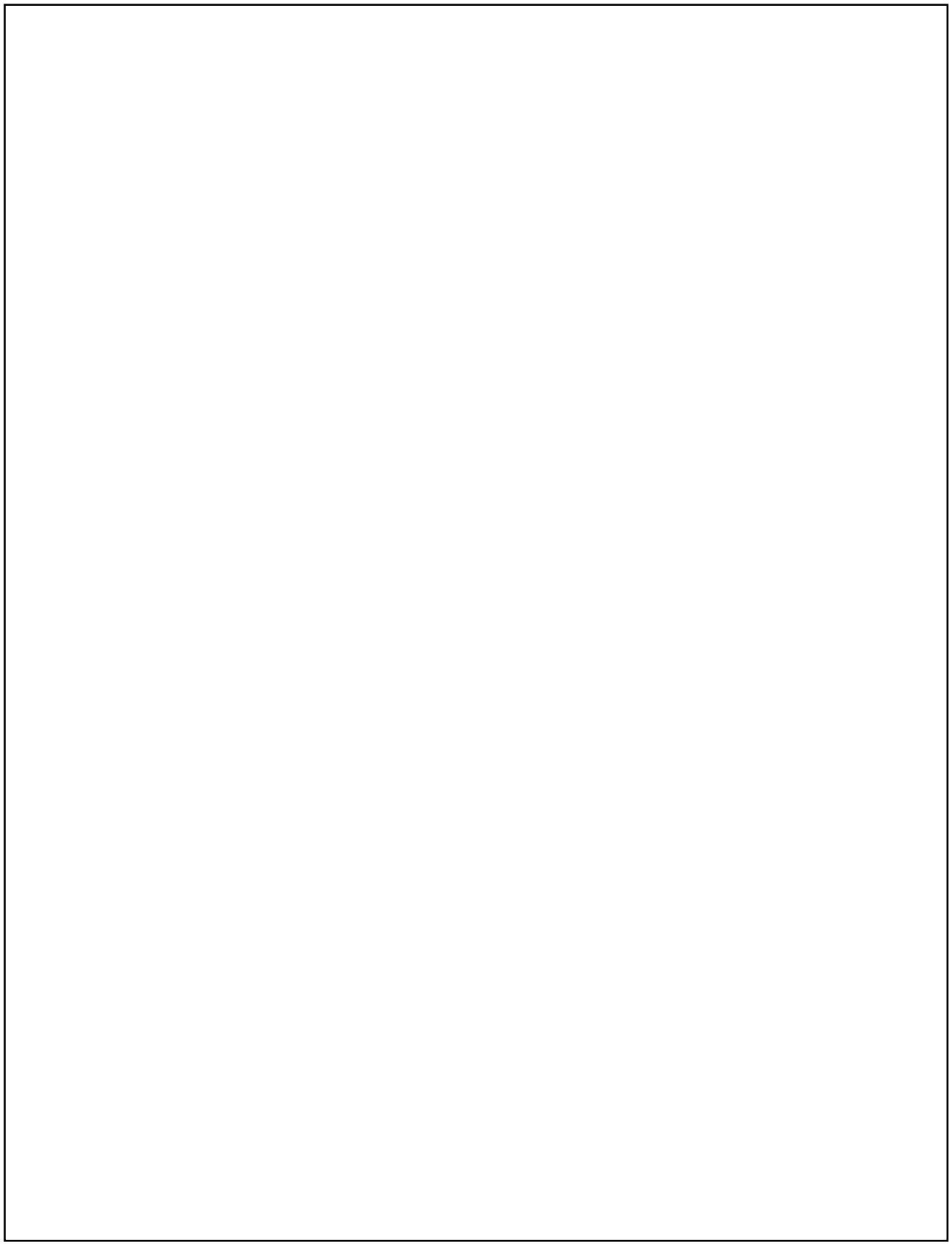
Büşra Hilal ÖZGÖREN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gönül KURT

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NİSAN/2026



BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

BÜŞRA HİLAL ÖZGÖREN

Tarih:13.04.2026

ÖZET

ÖZGÖREN, B.H. (2026). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom (PMS), fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel bir çalışma olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nde, 1-31 Ocak 2026 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 245 kız öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Katılımcı Tanılama Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (PSYKÖ) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite-Kısa Formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS Statistics 26.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kesikli veriler için sayı, yüzde, sürekli veriler için ortalama±standart sapma, ortanca ve çeyreklikler arası aralık değerleri olarak gösterilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiklerde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda fark bulunduğu durumlarda farklılık kaynağı Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,84±2,94'dür. Öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalaması 144,48±33,03'dür. Öğrencilerin PSYKÖ toplam puan ortalaması 55,90±16,24 olarak belirlenmiş olup, fiziksel aktivite toplam MET puanı ortanca değeri 1752 MET-dk/hafta olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %40'ı inaktif, %49'u minimal aktif ve %11'i çok aktiftir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerde PMSÖ toplam ve tüm alt boyut puanları ile PSYKÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Öğrencilerin premenstrual semptomlarının şiddeti arttıkça sosyal, duygusal, fiziksel alanlardaki yaşam kaliteleri azalmaktadır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PMSÖ alt boyutlarından anksiyete ($p=0,043$), sinirlilik ($p=0,034$), depresif düşünceler ($p=0,021$), ağrı ($p=0,034$) ve uyku değişimleri

(p=0,019) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05). Öğrencilerin yürüme aktivite süresi artıkça PMS semptom şiddeti artmaktadır. Öğrencilerin orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite (MET) puanları ve toplam fiziksel aktivite (MET) puanı ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile yaşam kalitesinin sosyal ve duygusal alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Orta ve şiddetli düzeydeki fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinde PMS semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Ailede PMS varlığının, BKİ'nin yüksek olması ve asitli içecek tüketiminin fazla olmasının PMS semptomlarının şiddetini arttırdığı bulunmuştur. Yürüme aktivitesindeki artış, PMS semptom şiddetini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Öğrencilerin eğitimleri süresince ders dışı zamanlarda planlı egzersiz yapabileceği fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması ve sürdürülebilir egzersiz alışkanlıklarının kazandırılmasına yönelik girişimlerin geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, sağlıklı beslenme davranışlarına ilişkin farkındalığın artırılması amacıyla eğitim ve danışmanlık programlarının planlanması, PMS semptomlarının yönetiminde önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Fiziksel aktivite, hemşirelik, öğrenci, premenstrual sendrom, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

ÖZGÖREN, B.H. (2026). The Relationship Between Premenstrual Syndrome, Physical Activity and Assessment of Quality of Life, Gülhane Institute of Health Sciences, Women's Health and Obstetrics Nursing Program, Master's Thesis, Ankara.

Aim: This study was conducted to evaluate premenstrual syndrome (PMS), physical activity, and quality of life in nursing students.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study conducted at Gulhane Faculty of Nursing, Health Sciences University, between January 1-31, 2026. The sample consisted of 245 female students who met the inclusion criteria. Data were collected using the Participant Identification Form, the Premenstrual Syndrome Scale (PMSÖ), the Premenstrual Syndrome-Specific Quality of Life Scale (PSYKÖ), and the International Physical Activity-Short Form. Statistical analysis of the research data was performed using the IBM SPSS Statistics 26.0 software package. Descriptive statistics were presented as number and percentage for discrete data, and as mean ± standard deviation, median, and interquartile range for continuous data. Comparative statistics were performed using the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Spearman correlation analysis. In cases where a difference was found in the Kruskal-Wallis test results, the source of the difference was investigated using the Bonferroni corrected Mann-Whitney U test. The statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

Findings: The average age of the students included in the study was 21.84±2.94. The students' PMSQ score was found to be 144.48±33.03. The average total score of the students' PSYKÖ (Physical Quality of Life Scale) was determined to be 55.90±16.24, and the median total MET score for physical activity was found to be 1752 MET-min/week. 40% of the students were inactive, 49% were minimally active, and 11% were very active. A statistically significant negative correlation was found between the total and all sub-dimension scores of the PMSQ and the total and all sub-dimension scores of the PSYKÖ among the students included in the study ($p<0.001$). As the severity of premenstrual symptoms increases, the quality of life in social, emotional, and physical areas decreases. A statistically significant positive correlation was found

between the walking (MET) score of the students included in the study and the sub-dimensions of the PMSQ: anxiety (p=0.043), irritability (p=0.034), depressive thoughts (p=0.021), pain (p=0.034), and sleep changes (p=0.019) (p<0.05). The severity of PMS symptoms increased as the duration of walking activity increased. No statistically significant relationship was found between the students' moderate and vigorous activity (MET) scores, total physical activity (MET) scores, and the total and sub-dimension scores of the PMSQ (p>0.05). A significant negative correlation was found between the students' walking (MET) score and the social and emotional sub-dimensions of quality of life (p<0.05). No statistically significant difference was found between moderate and vigorous physical activity levels and quality of life (p>0.05).

Result: Quality of life decreased as PMS symptom severity increased among nursing students. Family history of PMS, high BMI, and excessive consumption of acidic beverages were found to increase the severity of PMS symptoms. Increased walking activity also increases the severity of PMS symptoms and reduces quality of life. It is recommended that physical activity areas be created where students can engage in planned exercise during their extracurricular time throughout their education, and that initiatives be developed to promote sustainable exercise habits. Furthermore, planning education and counseling programs to increase awareness of healthy eating habits could significantly contribute to the management of PMS symptoms.

Keywords: Nursing, physical activity, premenstrual syndrome, quality of life, student.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini ve emeğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimime katkı sağlayan, sabrı, hoşgörüsü, bilimsel duruşu ve etik anlayışıyla bana ilham veren değerli danışman hocam Doç. Dr. Gönül KURT'a,

Yüksek lisans eğitimimde verdikleri derslerle ufkumu açıp yeni bilgiler kazanmamı sağlayan Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ ve Doç. Dr. Gülşah KÖK'e,

Tez jürimde yer alarak katkı sağlayan Doç. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN'e,

Tez sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen ve beni her zaman motive eden ve yanımda olan kıymetli yol arkadaşım Aslı TEKAÜT'e ve Aslı Zeynep Sipahi'ye,

Lisansüstü eğitimim boyunca yanımda olan, beni motive eden ve bugünümü göremese de hep kalbimde yaşayacak olan kıymetli kayınbabam Seyfullah ÖZGÖREN'e, bu süreçte yanımda olup desteklerini esirgemeyen sevgili kayınvalidem Fatma ÖZGÖRENE' e,

Eğitim ve öğrenim hayatımın tamamında her zaman yanımda olan ve beni cesaretlendiren canım annem Hatice TEKİN ve canım babam Sadık TEKİN' e, benimle hep gurur duyan ve yanımda olan canım abilerim Ahmet ve Fatih TEKİN' e, canım yengelerim Sevil ve Aslı TEKİN' e,

Hayatımın her evresinde olduğu gibi bu sürecimde de tüm zorlukları benimle göğüsleyen, maddi ve manevi desteğini bir an bile esirgemeyen, yoluma yoldaş olan çok kıymetli eşim Gökhan ÖZGÖREN' e ve tez sürecime eşlik eden sevgili oğullarım Yağız ve Yavuz'a,

Sevgi, Saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLO LİSTESİ xii
SİMGELER VE KISALTMALAR xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 4
1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. PREMENSTRUAL SENDROM TANIMI 5
2.1.1. Premenstrual Sendromun Tarihçesi 6
2.1.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi 7
2.2. PREMENSTRUAL SENDROM ETİYOLOJİSİ 8
2.2.1. Nörotransmitter Duyarlılığı ve Serotonerjik Sistem 8
2.2.2. Nörosteroidler ve GABAerjik Reseptör Yanıtı 9
2.2.3. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS) ve Sıvı Retansiyonu 9
2.2.4. Genetik ve Epigenetik Faktörler 9
2.2.5. Mikrobesin Metabolizması ve Beslenme Faktörleri 9
2.2.6. Yaşam Tarzı, Sosyodemografik ve Çevresel Etkenler 10
2.2.7. Psikososyal ve Tıbbi Geçmiş Faktörleri 10
2.3. PREMENSTRUAL SENDROM RİSK FAKTÖRLERİ 11
2.3.1. Yaş 11
2.3.2. Genetik Yatkınlık 12
2.3.3. Psikososyal Durum ve Stres 12
2.3.4. Sigara ve Alkol Kullanımı 12
2.3.5. Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite 13
2.3.6. D Vitamini ve Mineral Eksiklikleri 13
2.3.7. Uyku ve Dinlenme 13
2.3.8. Dismenore 14

2.3.9. Fiziksel Aktivite 14
2.4. PREMENSTRUAL SENDROMUN BELİRTİ VE BULGULARI 15
2.5. PREMENSTRUAL SENDROM TANILANMASI 17
2.6. PREMENSTRUAL SENDROMDA TEDAVİ 19
2.6.1. Non-Farmakolojik Tedavi 19
2.6.1.1. Eğitim ve psikososyal yaklaşımlar 20
2.6.1.2. Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları 20
2.6.2. Farmakolojik Tedaviler 22
2.6.3. Cerrahi Tedavi 23
2.7. PREMENSTRUAL SENDROM VE FİZİKSEL AKTİVİTE 23
2.8. PREMENSTRUAL SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ 24
2.9. PREMENSTRUAL SENDROMDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ 27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ 27
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 27
3.3.1. Araştırmanın Evreni 27
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi 27
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 28
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 29
3.5.1. Katılımcı Tanılama Formu (EK-5) 29
3.5.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-6) 29
3.5.3. Premenstrual Sendrom Yaşam Kalitesi Ölçeği (PSYKÖ) (EK-7) 30
3.5.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)- Kısa Formu (EK-8) 30
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 31
3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması 31
3.6.2. Araştırmanın Uygulanması 32
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 32
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 33
4. BULGULAR 35
5. TARTIŞMA 47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55
6.1. SONUÇLAR 55
6.2. ÖNERİLER 57

7. KAYNAKLAR 59
8. EKLER 67
EK-1: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI 67
EK-2: GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA KOMİSYONU ONAYI 68
EK-3: ÖLÇEK İZİNLERİ 69
EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 71
EK-5: KATILIMCI TANILAMA FORMU 73
EK-6: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ 77
EK-7: PREMENSTRUAL SENDROMA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 79
EK-8: ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ- KISA FORM 81
ÖZGEÇMİŞ 83

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Premenstrual Sendromun Etiyolojik ve Patofizyolojik Temelleri 11

Tablo 4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 35

Tablo 4.2. Öğrencilerin PMS Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı 36

Tablo 4.3. Öğrencilerin Menstrual Siklus Özelliklerinin Dağılımı 37

Tablo 4.4. Öğrencilerin PMSÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanları ile PSYKÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı 39

Tablo 4.5. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve MET Puan Ortalamalarının Dağılımı 40

Tablo 4.6. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite MET Puanları ve Toplam MET Puanı ile PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 41

Tablo 4.7. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite MET Puanları, PMSÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanları ile PSYKÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması 43

Tablo 4.8. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik, PMS Risk Faktörleri ve Menstrual Siklus Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite (MET), PMSÖ ve PSYKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması..... 44

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)

APA : American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

AWHONN : Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

FSH : Follicle-Stimulating Hormone **(**Folikül Uyarıcı Hormon)

GABA : Gama-Amino Butirik Asit

ICD : International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması)

LH : Luteinizan Hormon

LLPDD : Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu)

MET : Metabolic Equivalent of Task (Metabolik Eşdeğer)

NSAİİ : Steroid Olmayan Anti- İnflamatuar İlaçlar

PMDD : Premenstrual Dysphoric Disorder (Premenstrual Disforik Bozukluk)

PMS : Premenstrual Sendrom

RCOG : Royal College of Obstetricians & Gynaeologists (Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji)

RAAS : Renin-Angiotensin-Aldosterone Sistem

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Premenstrual Sendrom (PMS), menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, menstruasyonun başlamasıyla düzelen, birçok siklusta tekrarlayan, önceden tahmin edilebilen duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal semptomlarla karakterize bir durumdur (1). Dünyada PMS prevalansının incelenen gruba bağlı olarak %3-30 arasında değiştiği belirlenmiştir. Türkiye'de ise üreme çağında olan kadınlarda PMS sıklığının %6-76, adolesanlarda ise bu oranın %55,9 olduğu saptanmıştır (2).

PMS'nin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, hormonal dalgalanmalar, nörotransmitter dengesizlikleri ve renin-anjiyotensin sistemi gibi karmaşık nöroendokrin süreçlerin rol oynadığı düşünülmektedir (3). Bu süreçte yalnızca hormonal değişimler değil, fiziksel ve davranışsal dengesizliklerinde PMS'nin patogenezinde belirleyici etkenler olduğu varsayılmaktadır. İlgili etkenleri tetikleyen risk faktörleri arasında; stres düzeyi, diyet alışkanlıkları ve nöro transmisyondaki değişikliklerle birlikte yaşam tarzı faktörleri önemli bir yere sahiptir (3,4). Belirtilen yaşam tarzı faktörlerinin yanı sıra oral kontraseptif kullanımı, sigara, alkol ve kafein tüketimi gibi alışkanlıklar ile uyku hijyeni, sedanter yaşam tarzı ve dolaylı bir etken olan eğitim düzeyi de PMS semptomlarının gelişiminde ve yoğunluğunda belirleyici rol oynamaktadır (4). Risk faktörlerine bağlı olarak gelişen PMS, kadın yaşamını fizyolojik, psikolojik ve davranışsal yönlerden çok boyutlu olarak etkilemektedir. Bu kapsamda en yaygın görülen duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlar; sinirlilik, ağlamaya eğilim, kaygı, uykusuzluk, konsantrasyon eksikliği, öfke patlamaları, sosyal geri çekilme ve depresif ruh hali, kilo alımı, yorgunluk, cilt sorunları, karın şişliği, göğüs hassasiyeti ve baş ağrısıdır (5). Ayrıca fiziksel işlevsellikte ve psikolojik sağlıkta bozulmalar; dikkat ve yüksek konsantrasyon gerektiren faaliyetler başta olmak üzere, iş ya da okul yaşamında da sorunlara yol açabilmektedir. Bunlara bağlı olarak bireyde sosyal izolasyon, aile içi iletişim problemleri ve kişilerarası ilişkilerde gerginlik artışı gözlenebilmektedir (6). Literatürde, PMS'nin özellikle genç adolesanlarda sınav performansını olumsuz etkilediği, işe devamsızlığı artırdığı, üretkenlik ve verimlilikte azalmaya neden olduğu, özgüven eksikliğine neden olarak yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği

belirtilmektedir (6,7). Öçal ve ark. tarafından hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendroma özgü yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; PMS tanısı alan öğrencilerin yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (8).

PMS semptomları bireyler arasında farklılıklar gösterebilmekte, semptomların türü, sıklığı ve şiddeti kişisel ve çevresel etmenlerden etkilenebilmektedir. Bu nedenle, PMS'nin klinik yönetiminde semptomlar hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır (7,9). Belirlenen semptom şiddeti düzeyleri, uygulanacak tedavi stratejisini doğrudan belirlemektedir. Bu doğrultuda, semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (9). PMS tedavisinde semptom şiddeti hafif düzeyde olan kadınlar için; beslenme tarzı değişikliği, fiziksel aktivitenin arttırılması ve stresle başa çıkma önerilmektedir. Orta şiddet düzeyinde semptom gösteren kadınlar için; vitamin gibi diyet destekleri ve fiziksel aktivitenin arttırılması; şiddetli semptomu olan kadınlar için ise yaşam tarzı değişikliği ile beraber farmakolojik destek tavsiye edilmektedir. Tüm şiddet düzeylerinde, düzenli fiziksel aktivite semptom yükünü azaltmada temel non-farmakolojik girişim olarak önerilmektedir (10). Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetişkinler için haftalık en az 150-300 dakika orta şiddetli aerobik egzersizleri kapsayan planlı ve tekrarlı düzenli fiziksel aktivite önermektedir (9,10). Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği (ACOG) ise yalnızca PMS'nin semptomlarının olduğu günler değil, mümkünse haftanın her günü düzenli olarak en az 30 dakika süren egzersiz yapılmasını tavsiye etmektedir (4). Düzenli fiziksel aktivite; endorfin salınımı ve stres yönetimini destekleyerek PMS'de semptom şiddetini hafifletmektedir. Önerilen fiziksel aktivite ile psikolojik iyilik hali ve fiziksel işlevsellik güçlenmekte ve PMS'li bireylerde yaşam kalitesini doğrudan artırmaktadır (11). Yapılan çalışmalarda, düzenli fiziksel aktivite gerçekleştiren kadınlarda PMS semptom şiddetinin azaldığı, fiziksel aktivitenin sağlıklı biyolojik ritmi destekleyerek yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (1,5). Bununla birlikte özellikle kadınlarda sedanter yaşamın yaygın olduğu ve yaşa göre değişkenlik gösterdiği, her beş gençten ve her üç yetişkinden birinin önerilen aktivite seviyesine erişemediği saptanmıştır. Gençlerin; yoğun akademik yük, uzun ders saatleri ve sınav stresi nedeniyle yüksek stres düzeyine ve inaktif yaşam tarzına eğilimli olduğu belirtilmektedir (12,13). Bu durum gençlerde

PMS semptom şiddetini artırarak yaşam kalitesini kısıtlayan temel belirleyiciler olarak görülmektedir. Gençlerde PMS yönetiminde fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi hem semptom kontrolü hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli bir müdahale alanı olarak değerlendirilmektedir (14).

PMS yönetiminde ve semptomların hafifletilmesinde hemşireler, bütüncül bakım anlayışıyla anahtar bir rol oynamaktadır (15). PMS' de hemşirelik yaklaşımları sadece fiziksel semptomların kontrol altına alınmasını değil, aynı zamanda bireyin öz-bakım gücünü artıracak eğitim, danışmanlık ve bakım rollerinin etkin bir şekilde uygulanmasını kapsamaktadır (16). Hemşirelerin sunduğu profesyonel rehberlik ve kanıta dayalı girişimler, öğrencilerin menstrual dönemle baş etme becerilerini geliştirerek yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir. Özellikle fiziksel aktivitenin bir yaşam tarzı değişikliği olarak benimsetilmesinde hemşirelerin eğitici rolü, semptomların biyopsikososyal boyutlarının yönetiminde vazgeçilmez bir öneme sahiptir (17). Öğrencilik döneminde PMS semptomlarıyla etkili baş etme becerisi kazanmak, bu süreçte geliştirilecek öz-farkındalık; öğrencilerin sadece akademik başarısını değil, mesleki hayatlarında üstlenecekleri eğitici ve danışmanlık rollerini daha nitelikli yürütmelerine, kanıta dayalı uygulamalarla bakım verdikleri kadınlara rehberlik etmelerine katkı sağlayacaktır.

PMS tek başına biyolojik temelli bir durum olmayıp, bireyin yaşam tarzı, psikososyal yapısı ve çevresel etmenlerle şekillenen çok boyutlu bir sağlık sorunudur (16). Bu kapsamda çalışmadan elde edilen sonuçlar ile, PMS'nin yönetiminde olumlu etkiye sahip olduğu düşünülen yaşam tarzı faktörlerinden biri olan fiziksel aktivitenin semptom şiddeti üzerindeki etkisi, gençlere yönelik danışmanlık ve eğitim programlarının içeriklerinin bilimsel temele dayalı olarak yapılandırılmasını destekleyeceği düşünülmektedir. Elde edilen veriler doğrultusunda PMS'de hemşirelik bakımının yalnızca semptom tedavisine odaklı değil, aynı zamanda sağlığı geliştirme ve koruyucu bakım süreçlerinin etkin bir şekilde düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma ile, hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom semptomlarının şiddeti ne düzeydedir?
2. Hemşirelik öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi nasıldır?
3. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendroma özgü yaşam kalitesi nasıldır?
4. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual sendrom semptom şiddeti, fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PREMENSTRUAL SENDROM TANIMI

Menstruasyon, uterus iç tabakasının (endometrium) döngüsel olarak dökülmesi ve vajinal yolla dışarı atılmasıyla karakterize, sağlıklı bir üreme döngüsünün parçası olan fizyolojik bir süreçtir. Menstruasyon, yalnızca basit bir doku atılımı değil; hipotalamus-hipofiz-over aksı üzerindeki karmaşık geri bildirim mekanizmalarının yönettiği, progesteron hormonunun ani çekilmesine karşı endometriumun verdiği vasküler bir yanıttır (18). İlk menstruasyon (menarş) genellikle 12–13 yaşlarında başlamaktadır ve ortalama 50 yaşına kadar sürmektedir (19). Menstrual siklus ise, kanamanın başlamasından sonraki diğer menstruasyon kanamasına kadar geçen süreyi ifade etmekte ve bir menstrual siklus 21-35 günde tamamlanmaktadır. Her siklustaki bir menstruasyon kanaması sağlıklı bir kadında ortalama 4-7 gün olup, yaklaşık olarak 30-100 ml kan kaybına neden olmaktadır. (7).

Menstrual siklusun ilk yarısı olan foliküler faz, hipofizden salınan folikül uyarıcı hormonun (FSH) etkisiyle başlamaktadır. Bu dönemde overlerdeki foliküller büyürken, baskın folikül tarafından üretilen östrojen seviyeleri hızla yükselir. Yükselen östrojen, uterusta endometriumun kalınlaşmasını ve yeniden yapılanmasını sağlayan proliferatif fazı tetikler (20). Menstrual siklusun tam ortasında östrojenin ulaştığı zirve nokta, luteinize edici hormonun (LH) pik yapmasına yol açarak ovülasyonu sağlar. Bu geçiş anı, kadın üreme sistemindeki en keskin hormonal değişimlerden biridir (18). Ovülasyonun ardından başlayan luteal fazda, içerisinden oosit atılmış olan folikül “korpus luteum” adlı yapıya dönüşerek yoğun miktarda progesteron salgılamaya başlar. Progesteronun temel görevi, endometriumu sekretuar bir yapıya dönüştürerek embriyonun tutunması için bir ortam hazırlamaktır (21). Ancak fertilizasyon gerçekleşmezse, korpus luteum geriler ve progesteron seviyeleri hızla düşer. Bu hormonal çekilme, endometriumun vasküler desteğini kaybetmesine ve dokuların dışarı atılmasına (menstruasyon) neden olur, böylece menstrual döngü başa döner (22).

Premenstrual sendrom (PMS); menstrual döngünün luteal evresinde belirginleşen, menstruasyon kanamasının başlamasıyla birlikte hafifleyerek ortadan

kalkan; psikolojik, fiziksel ve davranışsal semptomlar bütününü ifade eden bir tablodur (23).

ACOG'a göre PMS: 'Menstrual döngünün luteal fazında periyodik olarak ortaya çıkan ve ardışık üç menstrual döngü boyunca bireyin sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğinde klinik olarak anlamlı bir bozulmaya yol açan ve menstruasyonun başlamasıyla birlikte tamamen ortadan kalkan herhangi bir organik hastalıkla ilgisi olmayan fiziksel ve duygusal semptomların eşlik ettiği klinik durum' şeklinde tanımlamaktadır (4).

Royal College of Obstetricians & Gynaeologists'a (RCOG) göre PMS'nin altı farklı çeşidi bulunmaktadır (24). Bunlar;

A. Hafif: Kadının bireysel, profesyonel ve sosyal bakımdan hayatı etkilenmez.

B. Orta: Sosyal, profesyonel ve bireysel bakımdan kadının hayatını engeller fakat kadın etkileşim halinde fonksiyon görmeye devam eder.

C. Şiddetli: Kadın, bireysel, profesyonel ve sosyal bakımdan iletişime giremez. Bundan dolayı tedaviye karşı dirençlidir. Sosyal ve profesyonel aktivitelerden kaçınır.

D. Premenstrual Sendrom: PMS belirtilerinin şiddeti menstruasyon döneminin bitmesine yakın rahatlar.

E. Premenstrual Alevlenme: Kadında fiziksel, psikopatolojik ve diğer belirtilerin menstruasyon sonunda tamamıyla rahatladığı görülmez.

F. Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDD): PMS'nin en şiddetli halidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dışında yaygın olarak kullanılmayan bir araştırma kriteridir ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından uyarlanan bir tanımdır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)'nda PMDD; depresif bozukluklar alt başlığında kategorize edilir ve adet gören kadınların %1,8-5,8'inde görülür (24,25).

2.1.1. Premenstrual Sendromun Tarihçesi

PMS'ye ilişkin ilk klinik gözlemler Antik Yunan'da Hipokrat'ın menstruasyon öncesi ajitasyonu "biyolojik arınma" olarak tanımlamasıyla başlamıştır. Modern süreçte Robert T. Frank (1931), tabloyu klinik bir antite haline getirerek "Premenstrual

Gerginlik” terimini literatüre kazandırmış ve etiyolojiyi östrojen fazlalığına dayandırmıştır (26). Greene ve Dalton, 1953 yılında semptom çeşitliliğini kapsayan “Premenstrual Sendrom” terminolojisini başlatmıştır. Dalton bu süreçte progesteron eksikliği hipotezini öne sürmüştür (27).

PMS 1980’li yıllarda adli vakalarda hafifletici sebep sayılmış, bu durum PMS’nin yasal statüsünü ortaya koymuştur (27,28). Süreç içerisinde psikiyatrik bir tanı olarak önce Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (LLPDD), ardından PMDD adıyla DSM rehberlerine giren PMS, günümüzde Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-ICD-11’de tescillenmiştir. Güncel yaklaşım, hormon miktarından ziyade normal hormonal dalgalanmalara karşı sergilenen anormal nöral duyarlılığa odaklanmaktadır (28).

2.1.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

PMS, küresel bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir (29). Yapılan araştırmalarda PMS prevalansının metodolojik ve kültürel değişkenlere bağlı olarak %12 ile %90 arasında değiştiği görülse de klinik düzeydeki yaygınlığın dünya genelinde %20-30 civarında olduğu kabul edilmektedir (29,30). PMS, bireysel bir sağlık sorunu olmanın ötesinde, iş gücü kaybı ve azalan verimlilik nedeniyle belirgin bir sosyo-ekonomik yüke yol açmaktadır (30).

Küresel Hastalık Yükü verilerine dayanan uzun vadeli analizler, 1990 ile 2021 yılları arasında PMS vakalarının sayısında belirgin bir artış olduğunu ve jinekolojik hastalıklar arasında PMS’nin kadın sağlığını kısıtlayan en yaygın tablolardan biri haline geldiğini ortaya koymaktadır (31,32). He ve arkadaşları (2025), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sınırlı sağlık hizmeti erişiminin hastalık yükünü artırdığını vurgulamaktadır (31). Zhu ve arkadaşları (2024), PMS kaynaklı sağlıklı yaşam yılı kayıplarının özellikle orta ve yüksek sosyo-demografik endekse sahip bölgelerde yoğunlaştığını saptamıştır (32). Metodolojik açıdan ise Gao ve arkadaşları (2022), öz-bildirime dayalı yüksek prevalans verileri ile klinik tanı oranları arasındaki varyasyonun standardize edilmesi gerektiğini belirtmektedir (29,33).

Bölgesel meta-analizler, PMS prevalansının coğrafi ve toplumsal yapılara göre heterojen dağıldığını göstermektedir. Yaygınlık; Afrika'da %46,98 (Nijerya %57,3; Etiyopya %43,8), Hindistan'da %43 düzeyindedir (34,35). Orta ve Doğu Asya'da prevalans yüksek seyretmekle birlikte; Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaygınlığın daha düşük, ancak semptom şiddetinin daha belirgin olduğu saptanmıştır. Bu farklılıklar; beslenme, stres ve kültürel algı gibi değişkenlerle ilişkilendirilmektedir (29).

Türkiye'deki güncel veriler, PMS yaygınlığının küresel durumla uyumlu olduğunu ancak örneklem gruplarına göre farklılaştığını göstermektedir. Türkiye'de PMS prevalansı %52,2-%54,0 olarak rapor edilmektedir (36).

PMS'nin çoğunlukla adolesan dönemde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Akbulut ve ark. (2024), adolesan grubunda prevalansın %40,4 olduğunu; aile öyküsü ve dismenorenin risk faktörü olduğunu saptamıştır (37). Üniversite öğrencilerinde ise yaygınlık; Çin (%33,8) ve Tayvan (%39,9) gibi Uzak Doğu ülkelerinde düşük seyrederken; Japonya (%79), Güney Kore (%89,5), Pakistan (%80) ve Ürdün'de (%92,3) ciddi düzeylere ulaşmaktadır (34,35). Türkiye'deki lisans öğrencilerinde PMS prevalansı %72,1 ile %91,8 arasında rapor edilmiştir. Hemşirelerde PMS'nin iş yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz etkilediği belirlenmiştir (38). Özellikle uyku kalitesindeki bozulmalar ve irritabilite, mesleki verimliliği kısıtlayan temel unsurlar olarak bildirilmiştir (39).

2.2. PREMENSTRUAL SENDROM ETİYOLOJİSİ

PMS'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; hormonal, genetik ve biyokimyasal faktörlerin etkileşimi üzerinde durulmaktadır. Literatürde, asıl patolojinin döngüsel hormonal değişimlerden ziyade, bu değişimlere karşı sergilenen bireysel duyarlılık olduğu hipotezi öne çıkmaktadır (40,41). Patofizyolojik süreç, over steroidleri ile merkezi sinir sistemi (MSS) arasındaki etkileşim bozukluğuna dayanmaktadır (3). Bu süreçteki temel mekanizmalar aşağıda sunulmuştur:

2.2.1. Nörotransmitter Duyarlılığı ve Serotonerjik Sistem

Premenstrual sendrom patofizyolojisindeki temel görüşlerden biri, luteal fazdaki hormonal dalgalanmaların serotonerjik aktiviteyi bozmasıdır. Serotonin (5-

HT) düzeylerindeki bu azalmanın; irritabilite, karbonhidrat aşermesi ve depresif duygu durumu gibi psikolojik semptomların gelişiminden birincil derecede sorumlu olduğu bildirilmektedir. Bu mekanizmanın, nöropsikiyatrik belirtilerin temelini oluşturduğu vurgulanmaktadır (20,21).

2.2.2. Nörosteroidler ve GABAerjik Reseptör Yanıtı

Progesteron metaboliti olan allopregnanolonun GABAA reseptörleri üzerindeki anksiyolitik işlevinin, PMS tanılı bireylerde bozulduğu bildirilmiştir. Bu nörosteroidin reseptörler üzerinde paradoksal bir etki yaratarak, anksiyete ve ajitasyonu tetiklediği vurgulanmaktadır (23).

2.2.3. Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS) ve Sıvı Retansiyonu

Fiziksel semptomların patofizyolojisinde Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sisteminin aktivasyonu belirleyicidir. Luteal fazdaki östrojen artışının, karaciğerden anjiyotensinojen üretimini tetikleyerek sodyum ve su retansiyonuna yol açtığı kabul edilmektedir. Bu mekanizma sonucunda meme hassasiyeti, ödem ve abdominal şişkinlik gibi somatik şikayetlerin geliştiği değerlendirilmektedir (40,41).

2.2.4. Genetik ve Epigenetik Faktörler

Modzelewski ve ark. (2024), PMS etiyolojisinde genetik yatkınlığın kritik rolünü vurgulamaktadır. Özellikle östrojen reseptör polimorfizmleri ve steroid yanıtını düzenleyen genetik farklılıkların, bireyleri hormonal değişimlere karşı duyarlı hale getirdiği saptanmıştır (3). Epigenetik mekanizmalar kapsamında çevresel stresin gen ekspresyonu üzerindeki etkileri de dikkate alındığında; PMS'nin genetik altyapı ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu gelişen karmaşık bir tablo olduğu değerlendirilmektedir (42).

2.2.5. Mikrobesin Metabolizması ve Beslenme Faktörleri

Premenstrual sendrom etiyolojisinde kalsiyum, magnezyum ve D vitamini gibi mikrobesinlerin metabolik süreçlerdeki rolü kritiktir. Literatürde, östrojenin kalsiyum metabolizması ve paratiroid hormonu üzerindeki düzenleyici işlevi nedeniyle, luteal fazda uygulanan kalsiyum ve D vitamini takviyesinin somatik ve duygu-durum semptomlarını hafiflettiği saptanmıştır (42). Öte yandan, yüksek oranda kırmızı et ve

tuz tüketimi gibi diyetsel alışkanlıkların semptom şiddetini artırabileceği öngörülmektedir (7).

2.2.6. Yaşam Tarzı, Sosyodemografik ve Çevresel Etkenler

Premenstrual semptom örüntüsü üzerinde bireysel yaşam tarzı ile sosyokültürel faktörlerin kombine etkisi söz konusudur. Literatürde; yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenlerin yanı sıra, üniversite eğitimi gibi önemli yaşam olaylarının yarattığı stresin semptomları tetiklediği belirtilmektedir (5,6).

Fiziksel inaktivite, madde kullanımı (alkol/nikotin) ve hazır gıda ağırlıklı beslenme alışkanlıkları premenstrual bozukluklar için temel risk faktörleri arasında yer almaktadır (5).

2.2.7. Psikososyal ve Tıbbi Geçmiş Faktörleri

Bireyin menstruasyona yönelik bilgi düzeyi ve olumsuz tutumları semptom algısını etkilerken; aile öyküsü, dismenore ve menstrual düzensizlikler klinik tabloyu ağırlaştırabilmektedir. Ayrıca tiroid disfonksiyonu, geçirilmiş enfeksiyonlar ve farmakolojik tedavilerin de PMS patofizyolojisiyle etkileşim içinde olduğu kabul edilmektedir (42,43).

PMS patofizyolojisini özetleyecek olursak; overlerden salınan steroid hormonlarının miktarındaki bir düzensizlikten ziyade, bu hormonların metabolitlerinin (özellikle allopregnanolon) merkezi sinir sistemindeki nörotransmitter reseptörleri (GABA ve serotonin) üzerindeki etkilerine karşı gelişen duyarlılık artışı ile ilişkilendirilmektedir (41,42).

Tablo 2.1. Premenstrual Sendromun Etiyolojik ve Patofizyolojik Temelleri

Kategori	Bileşenler / Risk Faktörleri	Patofizyolojik Mekanizma ve Klinik Etki	Kaynak
Nöro-Endokrin Duyarlılık	Östrojen ve Progesteron Dalgalanmaları	Temel sorun kandaki hormon miktarı (seviyesi) değil, merkezi sinir sisteminin bu hormonlara gösterdiği aşırı duyarlılıktır.	20,21
Nörotransmitter Etkileşimi	Serotonin (5-HT) ve GABAerjik Sistem	Luteal fazda serotonerjik aktivitenin düşmesi (depresif ruh hali) ve Allopregnanolon Etkisi: Progesteronun bir türevi olan bu madde, beyindeki GABA reseptörlerini etkiler.	23
Sıvı-Elektrolit Dengesi	RAAS Aktivasyonu ve Kalsiyum Metabolizması	Östrojenin anjiyotensinojen üretimini tetiklemesiyle oluşan sodyum/su tutulumu; paratiroid hormon regülasyonundaki değişimler.	40,41
Beslenme ve Mikrobesinler	Magnezyum, Kalsiyum, D Vitamini Eksikliği	Kalsiyum emiliminin ovulasyonla etkileşimi; eksiklik durumunda somatik ve duygu-durum semptomlarının şiddetlenmesi.	7,42
Genetik ve Epigenetik	Aile Öyküsü, ESR1 Polimorfizmi	ESC/E(Z) gen kompleksi üzerinden hücrelerin steroidlere verdiği tepkinin epigenetik olarak disregüle olması.	3,42
Yaşam Tarzı ve Çevresel	Sedanter Yaşam, Alkol/Nikotin, Beslenme Hataları	Yüksek tuz ve kırmızı et tüketiminin inflamatuar yanıtı artırması; stresin HPA aksı üzerindeki kronik baskısı.	5,6
Sekonder Faktörler	Tiroid Disfonksiyonu, Dismenore, Enfeksiyonlar	Mevcut endokrin bozuklukların veya inflamatuar süreçlerin premenstrual semptom örüntüsünü şiddetlendirmesi.	42,43

2.3. PREMENSTRUAL SENDROM RİSK FAKTÖRLERİ

PMS'nin etiyolojisi tam olarak belirlenmemiş olsa da semptomların şiddetini ve görülme sıklığını etkileyen çok sayıda biyopsikososyal risk faktörü üzerinde durulmaktadır (44).

2.3.1. Yaş

Literatürde, PMS prevalansının yaş ile değişkenlik gösterdiği, ancak özellikle 18-25 yaş aralığındaki genç yetişkin kadınların ve üniversite öğrencilerinin en yüksek risk grubunu oluşturduğu belirtilmektedir (45). Bu yaş grubundaki yüksek PMS prevalansı; hormonal dalgalanmalara karşı biyolojik duyarlılığın artmış olması ve menstrual döngünün henüz tam fizyolojik stabiliteye ulaşmaması ile açıklanmaktadır.

Özellikle genç yaşlarda hipotalamus-hipofiz-gonadal aksın çevresel stresörlere karşı gösterdiği yüksek hassasiyet, semptomların fiziksel ve psikolojik olarak daha şiddetli algılanmasına neden olmaktadır (46).

2.3.2. Genetik Yatkınlık

PMS, güçlü bir herediter (kalıtsal) bileşene sahiptir. Aile öyküsünün varlığı sendrom riskini anlamlı düzeyde artırırken; bu durum genetik yatkınlığın yanı sıra öğrenilmiş semptom algısı yoluyla klinik tabloyu şekillendirmektedir (47). Genetik duyarlılığı olan bireylerde hormonal değişimlerin, merkezi sinir sistemindeki nörotransmitter (serotonin ve GABA) seviyelerinde belirgin sapmalara yol açarak semptomları tetiklediği bildirilmektedir (48).

2.3.3. Psikososyal Durum ve Stres

Akademik baskı ve kronik stresörlerin, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksını aktive ederek PMS semptomlarına zemin hazırladığı bildirilmektedir (44). Özellikle sorumluluk düzeyi yüksek olan sağlık bilimleri öğrencilerinde anksiyete ve depresif belirtilerin prevalansı yüksek seyretmekte; bu durum PMS ve PMDD riskini artıran temel faktör olarak tanımlanmaktadır (48). Stres faktörü, emosyonel durumun yanı sıra somatik duyumların merkezi sinir sistemi tarafından işlenme biçimini de değiştirmektedir. Yetersiz stres yönetimi veya zayıf sosyal desteğin, ağrı eşiğinde düşüşe ve inflamatuar hassasiyette artışa yol açarak fiziksel semptom algısını güçlendirdiği vurgulanmaktadır (46).

Ayrıca yüksek stres seviyelerinin serotonin geri alımı üzerindeki olumsuz etkileri, premenstrual dönemdeki afektif bozuklukların patofizyolojik temelini oluşturmaktadır (45). Sonuç olarak, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi PMS yönetimi stratejilerinde kritik bir bileşen olarak öne çıkmaktadır (45,46).

2.3.4. Sigara ve Alkol Kullanımı

Sigara ve alkol tüketimi, PMS patofizyolojisinde değiştirilebilir temel risk parametreleri olarak belirtilmektedir. Sigara kullanımı; vazokonstriktör etkisiyle uterus mikrosirkülasyonunu bozarak dismenoreyi şiddetlendirmekte ve anti-östrojenik özelliği ile hormonal dengeyi progesteron aleyhine değiştirerek semptomları kronikleştirmektedir (44). Alkol tüketimi ise merkezi sinir sistemindeki serotonerjik ve GABAnerjik sistemler üzerindeki disregülatör etkisiyle nöropsikiyatrik belirtileri tetiklemektedir. Ayrıca hepatik östrojen metabolizmasını yavaşlatması sonucu gelişen

östrojen baskınlığı; meme hassasiyeti ve ödem gibi somatik bulguların şiddetini artırmaktadır (47).

2.3.5. Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite

Beslenme alışkanlıkları, PMS semptomlarının ortaya çıkışında ve şiddetinde temel belirleyiciler arasında yer almaktadır. Yüksek glisemik indeksli gıdaların ve rafine şekerlerin tüketimi insülin dalgalanmalarına yol açarak yorgunluğu tetiklerken; aşırı sodyum alımı sıvı retansiyonuna bağlı somatik belirtileri ağırlaştırmaktadır (45). Kafein tüketimi ise vasküler duyarlılığı artırarak anksiyete ve uyku bozukluğu gibi şikayetlerin şiddetlenmesine neden olmaktadır (47). Antropometrik bir risk faktörü olan obezite, yağ dokusunun endokrin etkisiyle östrojen baskınlığına zemin hazırlayarak hormonal dengeyi bozmaktadır. Yapılan çalışmalar, ideal kilo aralığında olmanın ve sağlıklı beslenmenin inflamatuar süreçleri minimize ederek PMS semptomlarını hafiflettiğini bildirmektedir (44,45,47).

2.3.6. D Vitamini ve Mineral Eksiklikleri

Mikrobesinlerin serum düzeyleri, PMS'nin nörokimyasal ve fiziksel boyutlarını doğrudan etkilemektedir. D vitamini ve kalsiyum eksikliğinin; serotonin sentezini baskılayarak psikolojik semptomları derinleştirdiği ve myometrial kontraksiyonları artırdığı saptanmıştır (49). Magnezyum yetersizliği ise düz kas hücrelerine kalsiyum girişini artırarak dismenore ve migren ataklarını tetiklemekte; kalsiyum, magnezyum ve B6 vitamini kombinasyonunun genel konfor düzeyini yükselttiği bildirilmektedir (15).

2.3.7. Uyku ve Dinlenme

Uyku kalitesi ve dinlenme alışkanlıkları, vücudun sirkadiyen ritmi ve hormonal homeostazisi ile doğrudan ilişkilidir. Premenstrual fazdaki progesteron değişimlerinin uyku yapısını bozarak HPA aksını aktive ettiği ve kortizol salınımını artırdığı bildirilmektedir (50). Bu durumun yarattığı nöroendokrin stres; irritabilite, konsantrasyon güçlüğü ve yorgunluk gibi semptomların algılanan şiddetini güçlendirmektedir. Dinlenme süreçlerinin yetersizliği, rejenerasyon kapasitesini kısıtlayarak ağrı eşiğinin düşmesine ve fiziksel semptomların daha ağır seyretmesine neden olmaktadır (46).

2.3.8. Dismenore

Dismenore, menstruasyon döneminde uterusun ağrılı kontraksiyonları ile karakterize, kadınlarda en sık görülen jinekolojik şikayetlerden biridir. Klinik olarak primer ve sekonder dismenore olmak üzere iki kategoride incelenmektedir (51).

Primer Dismenore: Altta yatan herhangi bir pelvik patoloji olmaksızın, menstrual siklusun başlangıcında veya hemen öncesinde ortaya çıkan ağrılı menstruasyonu ifade eder. Patofizyolojisinde, endometriumdan salınan prostaglandinlerin uterus kasılmalarını ve vazokonstriksiyonu artırması temel rol oynamaktadır. Genellikle menarştan 6-12 ay sonra, ovulasyonun başlamasıyla birlikte görülür (52).

Sekonder Dismenore: Endometriozis, miyomlar veya pelvik inflamatuar hastalıklar gibi saptanabilir bir pelvik patolojiye bağlı olarak gelişen ağrılı menstruasyondur. Genellikle daha ileri yaşlarda başlar ve menstruasyon döneminin ötesine uzanan ağrılarla seyredebilir (52). Dismenore ve PMS, her ne kadar farklı klinik tablolar olsa da sıklıkla bir arada görülen ve benzer demografik özelliklere sahip olan durumlardır. PMS, menstruasyondan yaklaşık 7-10 gün önce başlayan fiziksel, emosyonel ve davranışsal semptomlar bütünüyken; dismenore doğrudan menstruasyon kanamasıyla ilişkili ağrıya odaklıdır. Literatürde, dismenore varlığının PMS gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu ve dismenore öyküsü olan kadınlarda PMS görülme sıklığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmektedir (37, 53).

2.3.9. Fiziksel Aktivite

Egzersizin terapötik etkisi; beta-endorfin ve serotonin seviyelerini yükselterek nöroendokrin homeostaziyi düzenlemesine ve afektif belirtileri stabilize etmesine dayanmaktadır (5,10). Fiziksel hareketlilik, pelvik bölgedeki venöz konjesyonu minimize ederek miyometriyumun oksijenlenme kapasitesini artırmakta; bu vasküler iyileşme ise prostaglandin sentezini dengeleyerek somatik ağrı şiddetini düşürmektedir (5,9). Endokrinolojik açıdan düzenli egzersiz, HPA aksı üzerindeki disregülasyonu hafifletmekte ve pro-inflamatuar sitokin (IL-6, TNF-alfa) seviyelerini baskılayarak sistemik inflamasyona karşı koruyucu bir bariyer teşkil etmektedir (9).

PMS; genetik yatkınlık gibi değiştirilemeyen faktörlerin yanı sıra akademik stres, sedanter yaşam tarzı, yetersiz uyku hijyeni ve beslenme düzensizlikleri gibi çevresel değişkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan multifaktöriyel bir tablodur. Literatürde; düzenli egzersiz, uyku hijyeni ve yeterli mikrobesin (D vitamini, Magnezyum) alımının PMS semptom şiddetini anlamlı düzeyde azalttığı belirtilmektedir (11,47).

2.4. PREMENSTRUAL SENDROMUN BELİRTİ VE BULGULARI

PMS'nin dünya genelinde 40 milyondan fazla kadını etkilediği ve luteal fazda 150'den fazla farklı semptomla seyrettiği bildirilmektedir (54). Periyodik olarak ortaya çıkan bu fiziksel, emosyonel ve bilişsel belirtiler; menstruasyonun başlamasıyla gerilese de bireyin yaşam kalitesini ve akademik verimliliğini ileri derecede kısıtlayabilmektedir (37). En sık raporlanan somatik bulgular arasında abdominal şişkinlik, mastodini (meme hassasiyeti), ödem ve yaygın kas-eklem ağrıları yer almaktadır. Özellikle genç yetişkin popülasyonda bu şikayetlerin günlük rutinleri engelleyen birincil unsurlar olduğu vurgulanmaktadır (46). Sonuç olarak PMS, klinik çeşitliliği ve fonksiyonel kısıtlılık yaratması bakımından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (46,53). PMS belirtileri ve bulguları; fiziksel, psikolojik, dermatolojik ve davranışsal belirtiler olarak dört ana grupta sınıflandırılabilmektedir. PMS'nin klinik görünümü içerisinde yer alan belirtiler, etkilenen sistemlere göre şu şekilde özetlenmektedir:

Fiziksel (Somatik) Belirtiler

- Abdominal şişkinlik, ödem
- Meme hassasiyet, şişlk
- Baş ağrısı, kalp çarpıntısı
- Bel ve eklem ağrıları
- Gastrointestinal şikayetler
- Kas spazmı, kramplar
- Kilo artışı

Psikolojik (Emosyonel) Belirtiler

- İrritabilite (sinirlilik)
- Anksiyete
- Depresif duygu durum
- Ani ağlama nöbetleri
- Emosyonel labilite
- Korku
- Huzursuzluk
- Öfke nöbetleri
- Uyku değişiklikleri
- İntihara eğilim

Bilişsel ve Davranışsal Belirtiler

- Odaklanma güçlüğü
- Dikkat dağınıklığı
- Unutkanlık
- Sosyal geri çekilme
- İştah değişiklikleri (tatlı aşerme)

Dermatolojik ve Diğer Belirtiler

- Akne alevlenmeleri, ciltte yağlanma artışı
- Uçuk, sivilcelenme

Güncel epidemiyolojik çalışmalar, PMS'de görülen semptomların sıklığının örneklem özellikleri ve sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterebileceğini bildirmektedir (44,45). Akbulut ve ark. (2024), adolesanların %91,8'inde en az bir semptom saptarken; en yaygın fiziksel bulguların abdominal şişkinlik (%81,3) ve mastodini (%73,5) olduğunu rapor etmiştir (37). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda; Yıldırım Gürkan ve ark. (2022) iştah artışı (%55,6) ve irritabiliteyi (%52,4) öncelikli bulgular olarak kaydederken; Aba ve ark. (2018) hemşirelik öğrencilerinde yorgunluk (%98,2) ve anksiyete (%91,7) gibi belirtilerin daha yüksek oranda görüldüğünü saptamıştır (5,46). Trieu ve ark. (2023) tıp fakültesi

öğrencilerinde %63,8 oranında duygulanım değişimleri saptarken, Shi ve ark. (2023) sedanter bireylerde fiziksel yorgunluğun %68,4'e ulaştığını belirlemiştir (1,48). Lamkhade ve ark. (2025), akademik stresle ilişkili uyku bozukluklarının (%42) genel semptom algısını ağırlaştırdığını vurgulamıştır (50).

2.5. PREMENSTRUAL SENDROM TANILANMASI

PMS tanısında spesifik bir laboratuvar testinin bulunmaması, tanı sürecini klinik gözlem ve hasta beyanına dayalı hale getirmektedir. Tanılamanın merkezinde; yaşam tarzı, menstrual geçmiş ve stresle baş etme becerilerini kapsayan ayrıntılı bir anemnez yer almaktadır (41). Güncel yaklaşımlar; semptomların varlığından ziyade, döngünün luteal fazı ile olan spesifik zamansal ilişkisine ve bireyin işlevselliği üzerindeki kısıtlayıcı etkisine odaklanmaktadır (41,42).

Haußmann ve ark. (2024), tanı sürecinde ileriye dönük tutulan günlük kayıtların, hatırlama hatalarını ve subjektif algı yanılgılarını önlemedeki kritik rolünü vurgulamaktadır. Bu sistematik izlem yönteminin, PMS'nin diğer kronik psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesinde en güvenilir tanısal araç olduğu düşünülmektedir (55). Doğu ve ark. (2022) ise semptomların yaşam kalitesi üzerindeki bozucu etkisine göre katılımcıları; "Hafif PMS", "Klinik PMS" ve "PMDD" olarak gruplandırmıştır. Bu sınıflandırmada Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) gibi standardize araçlar kullanılmakta; fiziksel bulgularla birlikte duygudurum ve bilişsel sapmalar bütüncül bir yaklaşımla analiz edilmektedir (56). Tanısal standardizasyon sağlamak amacıyla Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (AWHONN), ACOG, APA gibi kuruluşlar, DSM-5 sistemiyle uyumlu rehberler belirlemişlerdir (25,57,58). ACOG'a göre temel kriter; semptomların luteal fazda ortaya çıkması ve foliküler fazda tamamen ortadan kalkmasıdır (57). APA ise PMDD tanısı için en az biri duygudurum semptomu (irritabilite, anksiyete veya depresif mod) olmak üzere toplamda beş ana kriterin mevcudiyetini ve belirgin işlev kaybı şartını vurgulamaktadır (25).

APA’nın belirlediği temel tanı parametreleri şunlardır:

Duygudurum Kriterleri (En az biri mutlaka bulunmalıdır)

- Belirgin duygusal dalgalanmalar (ani üzüntü, ağlama nöbetleri, reddedilmeye karşı hassasiyet)
- Aşırı sinirlilik, irritabilite veya kişilerarası çatışmalarda artış
- Belirgin depresif duygu durum, çaresizlik hissi veya kendini küçümseyen düşünceler
- Belirgin anksiyete, gerginlik hissi

Bilişsel ve Fiziksel Kriterler (Toplam beş semptomu tamamlamak için)

- Günlük aktivitelere karşı ilgi azalması
- Odaklanma ve konsantrasyon güçlüğü
- Halsizlik, çabuk yorulma veya belirgin enerji kaybı
- İştah değişiklikleri, aşırı yeme veya belirli gıdalara (tatlı/tuzlu) aşırı istek
- Uykusuzluk (insomnia) veya aşırı uyuma (hipersomnia) hali
- Kontrolü kaybetme veya bunalma hissi
- Fiziksel semptomlar (meme hassasiyeti, eklem/kas ağrıları, şişkinlik hissi veya kilo artışı)

AWHONN, PMS tanılama sürecinde semptomların menstrual döngü ile olan periyodik ilişkisinin, en az iki döngü boyunca prospektif günlük kayıtlarla doğrulanmasını temel kriter olarak sunmaktadır. Bu yaklaşımda tanı; belirtilerin fiziksel, emosyonel ve davranışsal boyutlarının bütüncül değerlendirilmesine ve bireyin günlük yaşam fonksiyonları üzerindeki kısıtlayıcı etkisinin kanıtlanmasına dayanmaktadır (58).

Tanılama sürecinin bir diğer temel bileşeni, "semptomsuz dönem" olgusunun ispatlanmasıdır. Yoshimi ve ark. (2024), menstrual döngünün 4. ve 12. günleri arasında semptomların tamamen iyileştiğinin gösterilmesini, premenstrual bozukluğu kronik tıbbi durumlardan ayıran en güçlü tanısal kanıt olarak vurgulamaktadır (59). Ayırıcı tanı kapsamında; perimenopozal geçiş süreci, tiroid fonksiyon bozuklukları ve

mevcut psikiyatrik hastalıkların premenstrual alevlenmesi klinik olarak dışlanmalıdır (58,59).

2.6. PREMENSTRUAL SENDROMDA TEDAVİ

PMS'nin etiyopatogenezindeki belirsizlikler, evrensel bir tedavi protokolünün geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Çok boyutlu etiyoloji nedeniyle klinik yaklaşımlar; doğrudan nedene odaklanmak yerine, spesifik semptom şiddetini azaltmayı hedefleyen kişiselleştirilmiş stratejilere yönelmektedir (55,59).

Semptom çeşitliliği ve bireysel farklılıklar, PMS'nin yönetimi sürecinde multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Tedavide farmakolojik seçeneklerin yanı sıra kanıta dayalı tamamlayıcı uygulamalar ve yaşam tarzı modifikasyonlarının entegrasyonu üzerinde durulmaktadır (60,61). Tedavi modelleri; medikal ilaç desteğini içeren farmakolojik müdahaleler ile beslenme, egzersiz ve psikososyal desteği kapsayan non-farmakolojik yaklaşımlardan oluşmaktadır. İlaç tedavileri veya yaşam tarzı değişimlerine yanıt vermeyen dirençli olgularda ise cerrahi yöntemler son seçenek olarak değerlendirilmektedir (59). Acet ve ark. (2024), PMS yönetiminin farmakolojik ajanlarla sınırlı kalmaması gerektiğini, hastanın biyo-psiko-sosyal bütünlüğünü hedefleyen bir modelin benimsenmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşıma göre süreç; tamamlayıcı uygulamalar ve yaşam tarzı düzenlemelerinin yanı sıra semptom farkındalığını geliştiren psikoeğitim desteğiyle bütüncül olarak planlanmalıdır (62).

2.6.1. Non-Farmakolojik Tedavi

Non-farmakolojik yöntemler, PMS yönetiminde farmakolojik ajanlara duyulan ihtiyacı azaltan, düşük yan etki riskine sahip ve maliyet etkin yaklaşımlar olup, bu yöntemlerin içeriğini; tuz, kafein ve alkol kısıtlaması gibi beslenme düzenlemeleri, düzenli fiziksel aktivite, uyku hijyeni, sıcak uygulama, dinlenme, masaj, tamamlayıcı tıp uygulamaları ile vitamin ve mineral takviyeleri oluşturmaktadır (63).

Bu yaklaşımlar, bireyin semptomları üzerindeki kontrolünü artırarak hem somatik şikayetlerin hafifletilmesinde hem de sürecin psikososyal yönetiminde temel bir rol oynamaktadır (63).

2.6.1.1. Eğitim ve psikososyal yaklaşımlar

Semptomların menstrual döngünün doğal bir parçası olarak normalleştirilmesi, PMS'nin klinik bir sağlık sorunu olarak tanımlanmasını ve profesyonel yardım alınmasını kısıtlamaktadır. Sosyokültürel etmenler ve bilgi yetersizliği, semptom yönetimine dair farkındalığı azaltarak süreci olumsuz etkilemektedir (64). Abay ve Kaplan (2019), PMS yönetiminde öz-izlem sürecinin menstrual döngü fizyolojisi eğitimiyle başlaması gerektiğini; semptom günlüğü yönteminin ise bireyin öz-yönetim becerilerini geliştirerek tedaviye aktif katılımını sağladığını vurgulamaktadır (65).

Bilişsel Davranışçı Terapi: PMS'nin çok boyutlu yapısı, biyolojik müdahalelerin yanı sıra psikososyal yaklaşımları içeren bütüncül bir stratejiyi gerekli kılmaktadır. Acet (2024), psikoeğitim ve öz-izlem yöntemlerinin semptom farkındalığını ve kontrol hissini pekiştirdiğini savunmaktadır (62). Nayak ve ark. (2025), toplumsal tabuların profesyonel destek arayışını engellediğini belirterek sağlık profesyonellerinin danışmanlık rolünü vurgulamaktadır (66). Bu süreçte Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), işlevsiz düşünce kalıplarının yeniden yapılandırılmasını sağlamaktadır. Akın'a göre; davranışsal aktivasyon ve gevşeme egzersizleriyle desteklenen bu yaklaşım, irritabilite ve anksiyete düzeyini azaltmaktadır (67).

2.6.1.2. Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları

Sıcak Uygulama: PMS semptomlarıyla baş etmede en sık başvurulan non-farmakolojik yöntemlerden biri sıcak uygulamadır (68). Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların %90,7'sinin karın bölgesine sıcak uygulama, %85,1'inin ise sıcak duş yöntemini tercih ettiği ve bu uygulamalardan yüksek fayda sağladığı bildirilmektedir. Özellikle sıcak su torbası ile bel, baş ve karın bölgesine yapılan müdahalelerin en yaygın yaklaşımlar olduğu vurgulanmaktadır (63).

Masaj: Yoga ve aerobik egzersiz gibi gevşeme temelli yaklaşımlarla birlikte uygulanan masaj terapisinin, PMS'nin somatik ve psikolojik belirtilerinde %50-60 oranında azalma sağladığı bildirilmektedir. Özellikle aromaterapi ile desteklenmiş abdominal ve ayak masajının; ağrı, gerginlik ve duygudurum bozukluklarını hafifletmede etkili olduğu saptanmıştır (69).

Akupresür: Akupresür; spesifik meridyen noktalarına basınç uygulanması prensibine dayanan, invaziv olmayan bir yöntemdir. Yıldız ve Çağan (2025), bu yöntemin endojen opioid salınımını tetikleyerek ağrı eşiğini yükselttiğini ve vücut enerji dengesini düzenlediğini bildirmekte olup, düzenli uygulanan basıncın; abdominal krampları, dismenoreyi ve yorgunluğu azalttığı vurgulanmaktadır (70). Ayrıca akupresürün, otonom sinir sistemi üzerindeki dengeleyici etkisiyle irritabilite ve uyku düzensizlikleri gibi emosyonel belirtilerin yönetiminde güvenilir bir tamamlayıcı seçenek olduğu savunulmaktadır (71,72).

Akupunktur: Akupunktur; spesifik noktalara uygulanan steril iğnelerle sinir sistemini ve hormonal aksı regüle eden invaziv bir yöntemdir. Armour ve ark. (2023), bu yöntemin endojen opioid salınımını stimüle ederek sistemik analjezi sağladığını ve HPO aksı üzerinden hormonal stabilizasyona katkıda bulunduğunu kanıtlamıştır (73). Limbik sistem modülasyonu ile serotonin ve GABA düzeylerini düzenleyerek irritabiliteyi hafifleten akupunktur; uterus kan akımını optimize edip prostaglandin sentezini baskılayarak pelvik ağrı kontrolünde yüksek başarı sağlamaktadır (74).

Aromaterapi: Aromaterapi, olfaktör sistem üzerinden limbik sistemi uyararak serotonin ve endorfin sentezini modüle etmekte, bu sayede duygudurum regülasyonu sağlamaktadır (75). Lavanta ve gül yağları; anksiyete, irritabilite ve uyku düzensizliklerinin yönetiminde kanıta dayalı seçenekler sunmaktadır. Ayrıca abdominal aromaterapi masajı, pelvik sirkülasyonu artırarak dismenore ve mastalji kontrolünde etkin bir müdahale yöntemi olarak değerlendirilmektedir (74).

Fitoterapi: Fitoterapi, PMS yönetiminde en yaygın kullanılan yöntemlerden biridir. Hayıt otu, prolaktin salınımını inhibe ederek meme hassasiyeti, ödem ve irritabilite kontrolünde yüksek kanıt düzeyli temel ajan kabul edilmektedir (60). Zencefilin, antienflamatuar özelliğiyle fiziksel ağrı ve dismenoreyi azaltmada; Safranın ise serotonerjik mekanizmayla depresif ruh hali ve anksiyeteyi dengelemede etkili olduğu rapor edilmiştir (52).

Refleksoloji: Refleksoloji; el, ayak ve kulaklardaki yansıma noktalarına uygulanan sistematik basınçla dolaşımı düzenleyen ve stres yanıtını modüle eden non-

invaziv bir yöntemdir. Farmakolojik yan etkisinin bulunmaması ve genel relaksasyonu artırması sayesinde, premenstrual dönemdeki anksiyete, irritabilite ve fiziksel ağrı şiddetini azaltmada etkili bir tamamlayıcı strateji olarak kabul edilmektedir (61).

Diyet ve Beslenme: PMS yönetiminde beslenme düzenlemeleri; kompleks karbonhidratlar ile serotonin stabilizasyonu sağlayan, sodyum ve kafein kısıtlamasıyla ödem ve anksiyeteyi azaltan düşük maliyetli bir temel basamaktır (69). Kalsiyum, magnezyum ve D vitamini takviyelerinin; uterus spazmlarını hafiflettiği, nörotransmitter modülasyonu sağladığı ve semptom şiddetini anlamlı düzeyde düşürdüğü kanıtlanmıştır (49).

Egzersiz: Fiziksel aktivite, pelvik kan akışını optimize ederek iskemi kaynaklı ağrıyı azaltan ve beta-endorfin salınımı yoluyla ağrı eşiğini yükselten çok yönlü bir müdahale aracıdır (72,76). Ünal ve ark. (2025), düzenli egzersizin sadece fiziksel semptomları değil, hormonal aksı regüle ederek uzun vadeli iyileşme sağladığını vurgulamaktadır. Hafif ve orta şiddetteki aerobik egzersizler ile yoga gibi gevşeme temelli aktivitelerin; irritabilite, anksiyete ve depresif ruh hali üzerinde iyileştirici etkileri kanıtlanmıştır (77). Egzersiz; PMS'de farmakolojik tedavi ihtiyacını azaltan ve öz yönetim becerilerini güçlendiren temel bir non-farmakolojik stratejidir (61,72).

2.6.2. Farmakolojik Tedaviler

PMS yönetiminde farmakolojik müdahaleler, akut dönemdeki hızlı terapötik yanıt ve uygulama kolaylığı nedeniyle öncelikli bir konuma sahiptir. Bu yaklaşımların temel amacı; siklik hormonal dalgalanmaları kontrol altına almak ve merkezi sinir sistemindeki nörotransmitter duyarlılığını stabilize etmektir (78). Literatürde bu amaçla yaygın olarak kullanılan başlıca ajanlar; oral kontraseptifler, SSRI'lar, NSAİİ'ler ve diüretiklerdir (79,80). Ancak uzun süreli kullanımda gelişebilen tolerans riski, bireysel direnç ve gastrointestinal yan etkiler, bu yöntemlerin sürdürülebilirliğini kısıtlamaktadır. Güncel yaklaşımlar, farmakolojik etkinliği desteklemek ve ilaç bağımlılığını azaltmak adına tamamlayıcı terapilerin tedavi protokollerine entegrasyonunu savunmaktadır (51,78).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; tüm konservatif ve farmakolojik yöntemlerin yetersiz kaldığı şiddetli PMS vakalarında, bilateral ooferektomi ile hormonal döngüyü kalıcı olarak sonlandırmayı hedefleyen en son tedavi seçeneğidir (81). Yazıcı (2015), cerrahi öncesinde hastanın GnRH analogları ile geçici menopoza sokularak hormonal baskılamaya verdiği yanıtın değerlendirilmesinin kritik olduğunu vurgulamaktadır (17). Carlini ve ark. (2022) ise ani menopozun getireceği kemik ve kardiyovasküler risklere karşı, cerrahi sonrası düşük doz östrojen takviyesinden oluşan yerine koyma tedavisinin standart bir yaklaşım olduğunu belirtmektedir (82).

2.7. PREMENSTRUAL SENDROM VE FİZİKSEL AKTİVİTE

PMS yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin başında gelen fiziksel aktivite, semptom şiddetini azaltmada ve genel iyilik halini artırmada kritik bir işleve sahiptir (83). Yang ve ark. (2024) tarafından gerçekleştirilen güncel meta-analiz ve sistematik inceleme sonuçlarına göre; fiziksel aktivite ile PMS riski arasında ters yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (84). Bu çalışma, düzenli egzersizin üniversite öğrencileri arasında PMS gelişme riskini belirgin düzeyde azalttığını ortaya koyarak koruyucu etkisini desteklemiştir. Literatürdeki diğer veriler de planlı egzersiz yaklaşımlarının, PMS'nin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin kontrolünde etkin bir müdahale yöntemi olduğunu vurgulamaktadır (9,10,85). Fiziksel aktivitenin iyileştirici etkisi, semptom şiddetini azaltmanın yanı sıra genel yaşam kalitesi üzerinde de belirleyici olmaktadır (1,5). Aktif bir yaşam tarzını benimseyen kadınların premenstrual dönemdeki emosyonel ve fiziksel dalgalanmaları daha başarılı yönettikleri; inaktif bireylerde ise semptomların yaşam kalitesini ciddi oranda düşürdüğü gösterilmiştir (9). Özellikle yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin, yaşam kalitesi algısını doğrudan yükselttiği ve semptom yönetiminde birincil strateji olarak kullanılabileceği saptanmıştır (84).

Egzersizin sağladığı biyokimyasal değişimler, semptom kontrolünde temel mekanizmayı oluşturmaktadır. Fiziksel aktivite; endorfin salınımıyla ağrı eşiğini yükseltmekte, serotonin sentezini artırarak anksiyete, irritabilite ve depresif duygu durumun yönetilmesine yardımcı olmaktadır (83). Aerobik egzersizlerin, doku oksijenlenmesini optimize ederek ödem, mastodini ve abdominal şişkinlik gibi

somatik yakınmaları hafiflettiği bildirilmektedir (86). Ayrıca, bireylerin fiziksel aktiviteye yönelik öz değerlerinin yüksek olması, semptomlarla mücadele kapasitelerini olumlu yönde etkilemektedir (87). Mevcut literatür bulguları doğrultusunda, haftalık 150 dakikayı bulan orta düzeyde fiziksel aktivitenin PMS prevalansını anlamlı oranda düşürdüğü kabul edilmektedir (84,87).

Sonuç olarak; fiziksel aktivitenin bir yaşam biçimi davranışı olarak standardize edilmesi, hemşirelik yaklaşımlarının ve eğitim programlarının merkezinde yer alması gereken bütüncül bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (83,85,86).

2.8. PREMENSTRUAL SENDROM VE YAŞAM KALİTESİ

PMS sadece fiziksel bir rahatsızlık değil, aynı zamanda bireyin genel iyilik halini ve yaşam doyumunu kısıtlayan ciddi bir sağlık sorunudur (88). Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan araştırmalar, PMS prevalansının yüksekliğine ve yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan negatif etkisine dikkat çekmektedir (43,89). Belirtilerin şiddeti arttıkça; sosyal işlevsellik, akademik başarı ve günlük rutinler bu süreçten olumsuz etkilenmektedir (8). Doğu ve ark. (2022) tarafından yürütülen randomize kontrollü çalışmada, şiddetli PMS ve PMDD deneyimleyen kadınların yaşam doyumu ve bilişsel performans skorlarının, hafif semptomları olan akranlarına oranla anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (56). Awasthi ve ark. (2025) tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen kesitsel araştırmada; şiddetli premenstrual belirtiler yaşayan öğrencilerin fiziksel sağlık, psikolojik esenlik ve sosyal ilişkiler boyutlarındaki yaşam kalitesi skorlarının belirgin şekilde düşük olduğu ve akademik süreçlerin de olumsuz etkilendiği bulunmuştur (90).

Düzenli egzersiz alışkanlığının PMS semptomlarını hafifletirken yaşam kalitesi algısını yükselttiği bilinmektedir (86). Liguori ve ark. (2023), fiziksel aktiviteyi farmakolojik olmayan birincil müdahale olarak tanımlamaktadır (87). Bu noktada hemşirelik yaklaşımları; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak ve profesyonel destek kaynaklarına erişimi kolaylaştırmak açısından stratejik bir öneme sahiptir (83). Zaman (2021) tarafından yürütülen çalışmada PMS kaynaklı anksiyete ve benlik saygısı kaybı, genel yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz yönde etkilemektedir (88). PMS yönetiminde kadının biyo-psiko-sosyal bütünlüğünü esas

alan kişiselleştirilmiş stratejiler geliştirilmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi bir gereklilik olarak belirtilmektedir (74).

2.9. PREMENSTRUAL SENDROMDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

PMS, multidisipliner bir anlayışla ele alınması gereken bir tablodur. Tanı ve tedavi süreçlerinde hekim, psikolog ve diyetisyen gibi profesyonellerden oluşan ekip içerisinde hemşireler, hasta ile en sık temas kuran grup olmaları nedeniyle kilit bir rol üstlenmektedir (71,91). Hemşirelerin bu süreçte etkin rol alabilmesi için güncel literatürü takip etmeleri ve PMS'nin klinik yönetimi konusunda donanımlı olmaları gerekmektedir (92,93).

Hemşirelik girişimlerinin temel amacı; bireyin yaşam kalitesini artırmak, semptomları hafifletmek ve kişiye uygun baş etme yöntemlerini öğretip, eğitici ve danışmanlık rolü ile bireylere destek olmaktır. Bu bağlamda hemşireler, PMS'nin fizyopatolojisi ve risk faktörleri hakkında eğitimler düzenleyerek kadınları bilinçlendirmelidir (71). Özellikle non-farmakolojik yaklaşımlar kapsamında; dengeli beslenme, uyku düzeninin sağlanması ve egzersiz gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması hemşirelik yaklaşımlarının merkezinde yer almaktadır (61). Klinik uygulama ve takip sürecinde ise hemşirelik bakımı ve kanıta dayalı yaklaşımlar, tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir. Karaca ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada, farmakolojik tedavilerin etkinliğinin yanı sıra, kadınların ilaç yan etkileri konusunda bilgilendirilmesinin ve tedavi uyumunun izlenmesinin önemli olduğunu belirtmektedir (71). Ayrıca kanıta dayalı veriler doğrultusunda uygulanan ilaç tedavisinin; kadının yaşam kalitesini artırmak amacıyla yaşam tarzı modifikasyonları ve uygun hemşirelik girişimleri ile desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (91). HadaviBavili ve ark. (2024), hemşirelik yaklaşımının PMS yönetiminde sadece fiziksel semptomlara odaklanmaması gerektiğini, kadının sosyal ve duygusal iyilik halini de kapsayan bütüncül bir perspektifle ele alınmasının önemini vurgulamıştır (14). Öçal ve ark (2025), kadın sağlığı hemşireliğinde PMS yönetimini ele aldıkları çalışmalarında; hemşirelerin sadece klinik bakım veren değil, aynı zamanda eğitici ve danışman rollerini üstlenerek kadınların öz-bakım güçlerini

desteklemeleri gerektiğini vurgulamışlar ve bu bilincin öğrencilik yıllarında kazanılmasının mesleki profesyonelleşme için temel olduğunu ifade etmişlerdir (8).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, PMS semptomlarının şiddetini azaltmada ve kadın sağlığını geliştirmede kritik bir öneme sahiptir. Hemşireler, bireylere bu alışkanlıkları kazandırarak semptomların kontrol altına alınmasında ve premenstrual dönemin daha konforlu geçirilmesinde aktif rehberlik rolü üstlenmektedir (62). Sonuç olarak PMS'de hemşirelik yaklaşımları, sadece klinik bir tedavi süreciyle sınırlı kalmayıp, kadının yaşam tarzını iyileştirmeyi hedefleyen bütüncül bir eğitim ve danışmanlık sürecini kapsamaktadır (17,52).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nde (GHF) gerçekleştirilmiştir. SBÜ GHF'de lisans ve lisansüstü eğitim verilmektedir. Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi'ne (TYYÇ) göre sağlık temel alanında yer almaktadır. Fakültenin eğitim süresi dört yıldır. GHF 2025-2026 eğitim-öğretim yılında fakültede toplam 781 lisans öğrencisi eğitim görmektedir. Bu öğrencilerin 665'i kadın, 116'sı erkektir.

Öğrencilere PMS konusu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Dersi kapsamında anlatılmaktadır. Bu dersin hedefi, kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği alanındaki güncel ve ileri düzeydeki bilgileri özgün düşünce ve/veya araştırma ile uzmanlık düzeyinde geliştirmek ve sentez edip kadın sağlığı problemlerine odaklı çözüm önerileri sunabilmektir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 2025-2026 eğitim-öğretim yılı güz döneminde SBÜ GHF'de öğrenim görmekte olan kız öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde GHF 1, 2, 3 ve 4. sınıflarda toplam 665 kız öğrenci bulunmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem yöntemi (Cochran formülü**)** ile hesaplanmıştır. GHF 2025-2026 eğitim öğretim yılında öğrenim görmekte olan kız öğrenci sayısı 665'dir. Bu kapsamda evreni bilinen örneklem denklemine göre araştırmada ulaşılması ön görülen en küçük örneklem sayısı 244 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Değişkenler:

- N=665 (evren)
- Z=1.96 (95% güven düzeyi)
- p=0.5 (popülasyonda bilinmeyen oran için maksimum varyans)
- d=0.05 (hata payı, ±%5)

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 18 yaşını doldurmuş olan,
- Düzenli menstrual döngüsü olan,
- Türkçe bilen, okuyabilen ve anlayabilen,
- Premenstrual Sendrom Ölçeğinden 109 (ölçeğin kesme noktası) ve üzeri puan alan,
- GHF 2025-2026 eğitim öğretim yılında öğrenim görmekte ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kız öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Veri toplama formlarını eksik dolduran,
- Araştırmadan kendi isteği ile ayrılan öğrenciler araştırma dışı bırakılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın etik ve bilimsel açıdan değerlendirilmesi için SBÜ Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2025/620 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-1).

Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla GHF Bilimsel Araştırma Komisyonundan izin alınmıştır (Bkz. EK-2). Araştırmada kullanılan Premenstrual Sendrom Ölçeği, Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-kısa formu kullanımı için ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz. EK-3).

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelik öğrencilerine araştırmanın amacı, yöntemi ve elde edilen verilerin gizliliğinin korunması konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Öğrencilere araştırmadan istediği zaman ayrılma hakkının olduğu, araştırmaya katılmak istememesi durumunda eğitimlerinde hiçbir hak kaybı yaşamayacağı belirtilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden elektronik ortamda Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Bkz. EK-4) ile onam alınmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında "Katılımcı Tanımlama Formu", "Premenstrual Sendrom Ölçeği", "Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği", "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formu" kullanılmıştır.

3.5.1. Katılımcı Tanılama Formu (EK-5)

Katılımcı tanılama formu, öğrencilerin sosyodemografik, menstrual siklus özellikleri ve PMS risk faktörlerini belirlemek amacıyla ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Formda 23 soru bulunmaktadır (2,5,9).

3.5.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-6)

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. PMSÖ, premenstrual semptomların şiddetini belirleyen, 44 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipte bir ölçüm aracıdır. PMS ölçeğinin 9 alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; ağrı, şişkinlik, iştah değişiklikleri, sinirlilik, anksiyete, yorgunluk, depresif duygulanım, depresif düşünceler ve uyku değişiklikleri olarak adlandırılmaktadır. Tüm alt bileşenlerden alınan puanların toplamından ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Ölçekten alınacak maksimum puanın %50' sini aşması durumu, bireyde PMS varlığı için 'kesme noktası' olarak kabul edilir. Ölçek puanının artması PMS belirtilerinin şiddetli olarak yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alpha değeri 0,75 olarak bulunmuştur (94). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Premenstrual Sendrom Yaşam Kalitesi Ölçeği (PSYKÖ) (EK-7)

Premenstrual Sendrom Yaşam Kalitesi Ölçeği (PSYKÖ), HadaviBavili ve İlçioğlu tarafından (2024) geliştirilmiştir. Ölçek, premenstrual sendromun bir kadının yaşam kalitesinin farklı boyutlarını nasıl etkilediğine dair bütünsel bir bakış açısı sunmak amacıyla uygulanmaktadır. PSYKÖ, beşli likert tipte olup, üç temel alt boyuta ayrılan 22 maddeden oluşmaktadır. PSYKÖ' nün alt boyutları "Sosyal İyilik Hali", "Duygusal Boyut" ve "Fiziksel Boyut" olarak isimlendirilmektedir. Ölçekteki tüm maddeler için ters kodlama kullanılmakta olup, en düşük puan 22, en yüksek puan 110'dur. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan puanlar arttıkça kadınların yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alpha değeri 0,94'dur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları; Sosyal alt boyutu için 0,86, Duygusal alt boyut için 0,84, Fiziksel alt boyut için 0,67 olarak bulunmuştur (14). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları; Sosyal alt boyutu için 0,91, Duygusal alt boyutu için 0,83 ve Fiziksel alt boyutu için 0,70 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)- Kısa Formu (EK-8)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA), Craig ve arkadaşları (2003) tarafından 15-65 yaş aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (103). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2005) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anketin kısa formu; yürüme, orta şiddetli aktivite, şiddetli aktivite ve oturma sürelerine dair bilgileri içeren 7 sorudan oluşmaktadır. Değerlendirmede her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika sürdürülüyor olması temel ölçüt olarak alınmaktadır. Bulguların değerlendirilmesinde temel birim olarak kullanılan MET (Metabolic Equivalent of Task-Metabolik Eşdeğer), bireyin istirahat halindeki oksijen tüketim miktarını (3,5 ml/kg/dk) ifade eden standart bir enerji tüketim birimidir. Fiziksel aktivitelerin yoğunluğu, bu bazal değerin katları olarak hesaplanmaktadır. UFAA protokolüne göre; yürüme için 3,3 MET, orta şiddetli aktiviteler için 4,0 MET ve şiddetli aktiviteler için 8,0 MET katsayısı kullanılmaktadır. Toplam fiziksel aktivite skoru; her bir aktivite türü için harcanan sürenin (dakika), haftalık frekansın (gün) ve

ilgili MET katsayısının çarpılmasıyla elde edilen "MET-dakika/hafta" cinsinden hesaplanmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde katılımcılar, elde edilen toplam MET-dakika/hafta skorlarına ve aktivite sıklıklarına göre üç temel seviyede sınıflandırılmaktadır. Fiziksel aktivitenin en alt basamağını temsil eden "İnaktif (Kategori 1)" grubu, daha üst kategoriler için gerekli olan minimum süre ve şiddet kriterlerini karşılamayan bireylerden oluşmaktadır. "Minimal Aktif (Kategori 2)" seviyesi için bireyin; haftada en az üç gün şiddetli aktivite (günlük minimum 20 dakika), haftada en az beş gün orta şiddetli aktivite veya yürüme (günlük minimum 30 dakika) ya da farklı şiddetteki aktivitelerin kombinasyonu ile haftalık toplam 600 MET-dakika barajını aşması gerekmektedir. Sağlık açısından en yüksek faydanın sağlandığı "Çok Aktif (Kategori 3)" sınıflandırmasında ise haftada en az üç gün şiddetli aktivite ile 1500 MET-dakika skoruna ulaşılması veya haftanın her günü farklı aktivitelerin birleşimiyle toplamda 3000 MET-dakika eşiğinin geçilmesi esas alınmaktadır.

Buna ek olarak anket formunda yer alan oturma süresi sorusu, katılımcıların gün içerisinde masa başında, ders çalışırken veya sosyal yaşamda geçirdikleri sedanter (hareketsiz) süreyi belirlemek amacıyla bağımsız bir gösterge olarak analiz edilmiştir. Oturma verileri toplam fiziksel aktivite skorlamasına dahil edilmemektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alpha değeri 0,69 olarak bulunmuştur (93). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,77 olarak hesaplanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın uygulama aşamasından önce, hazırlanan veri toplama formunun anlaşılırlığını değerlendirmek üzere, GHF'de öğrenim görmekte olan beş kız öğrenci ile araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamada görüşülen öğrenciler örneklem kapsamında değerlendirilmemiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda değişiklik yapılmamıştır.

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın veri toplama aşamasında, SBÜ GHF'de 2025-2026 eğitim öğretim yılında öğrenim gören ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan kız öğrenciler ile görüşülmüştür. Araştırmanın veri toplama süreci, katılımcıların kendilerini rahat hissedebilecekleri, dikkatlerini sürdürebilecekleri ve dış uyaranların minimum düzeyde olduğu sınıf ortamında gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda veriler, uygulamalı mesleki derslerden birinin teorik ders anlatımına başlamadan önce araştırmacı tarafından toplanmıştır. Öncelikle öğrencilere araştırmanın amacı, içeriği ve süreci hakkında araştırmacı tarafından bilgi verilmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunlukları değerlendirilmiştir. Daha sonra veri toplama formlarına erişim için hazırlanan karekod sınıf ortamında projeksiyon aracılığıyla yansıtılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrenciler, karekodu mobil cihazları aracılığıyla okutarak çevrim içi anket formlarına erişmiş, bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu onayladıktan sonra veri toplama formlarını doldurmuşlardır. Tüm süreç, araştırmacı gözetiminde yürütülmüş olup, öğrencilerin sorulara bağımsız ve dikkatli bir şekilde yanıt vermeleri sağlanmıştır.

Araştırmanın uygulama aşamasında toplam 250 kız öğrenci karekod aracılığıyla veri toplama formuna erişim sağlamıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu onaylamayan iki öğrenci ile PMSÖ kesme noktası olan 109 puanın altında puan alan üç öğrenci çalışma kapsamına dahil edilmemiştir. Araştırma, dahil edilme kriterlerini karşılayan 245 kız öğrenci ile tamamlanmıştır. Bu araştırmada kız öğrencilerin klinik olarak PMS tanısı alma durumu sorgulanmamış olup, PMSÖ kapsamında aldıkları puan göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmıştır. Veri toplama süresi her öğrenci için ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Araştırma verileri 1-31 Ocak 2026 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS Statistics 26.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Test sonucunda araştırma verileri normal dağılım göstermediği için istatistiksel analizlerde non-parametrik testler uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kesikli veriler için sayı, yüzde, sürekli veriler için ortalama+standart

sapma, ortanca ve çeyreklikler arası aralık değerleri olarak gösterilmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmış olup, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda fark bulunduğu durumlarda farklılık kaynağı Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma tek bir merkezde yürütülmüştür. Bu nedenle çalışmadan elde edilen sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı merkezde öğrenim gören kız öğrenciler için geçerlidir. Araştırma sonuçları çalışmaya katılan öğrencilerin öz bildirimlerine yöneliktir. Araştırmada yer almayan öğrencilerin deneyimleri dikkate alınamaz ve sonuçlar tüm hemşirelik öğrencileri için genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılmayı kabul eden 245 hemşirelik öğrencisinin premenstrual sendrom semptom şiddeti, fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=245)	**X̄ ±SS**	**Min-Maks.**
Yaş	21,84 ± 2,94	18-30
	n	**%**
Sınıf		
1.sınıf	19	7,8
2.sınıf	73	29,8
3.sınıf	123	50,2
4.sınıf	30	12,2
Medeni Durum		
Evli	8	3,3
Bekar	237	96,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	6,1
Çalışmıyor	230	93,9
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy/Kasaba	17	6,9
İl	172	70,2
İlçe	56	22,9
Şu an Yaşanılan Yer		
Aile ile	137	55,9
Akrabalar ile	2	0,8
Öğrenci yurdu	106	43,3

X̄: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: En küçük değer, Maks.: En büyük değer, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamındaki öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırmadaki öğrencilerin yaş ortalamaları 21,84±2,94 (Min:18, Maks:30) olup, %96,7'si bekardır. Öğrencilerin %7,8'i 1.sınıf, %29,8'i 2.sınıf, %50,2'si 3.sınıf, %12,2'si 4.sınıf öğrencisi olup, %6,1'i çalışmaktadır. Öğrencilerin %70,2'sinin en uzun süre yaşadığı yer ildir. Öğrencilerin %55,9'u ailesi ile yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Öğrencilerin PMS Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=245)	**X̄ ±SS**	**Min-Maks.**
BKİ (kg/m²)*	22,45 ± 3,65	16,50- 38,20
	n	**%**
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor**	35	14,3
Kullanmıyor	210	85,7
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	31	12,7
Kullanmıyor	214	87,3
Kahve Tüketim Sıklığı		
Hiç	9	3,7
Nadiren	40	16,3
Ara sıra	99	40,4
Her gün	97	39,6
Çay Tüketim Sıklığı		
Hiç	12	4,9
Nadiren	35	14,3
Ara sıra	48	19,6
Her gün	150	61,2
Asitli İçecek Tüketme Sıklığı		
Hiç	19	7,8
Nadiren	86	35,1
Ara sıra	122	49,8
Her gün	18	7,3
Çikolata Tüketme Sıklığı		
Haftada 1 adet	19	7,7
Haftada 2-3 adet	139	56,7
Her gün 1 adet	87	35,5
Ailede PMS Şikayet Varlığı		
Şikayeti olmayan	67	27,3
Şikayeti olan	178	72,7
Ailede PMS şikayeti olan kişi (n=178)		
Anne	92	51,7
Kız kardeş	80	44,9
2. derece akrabalar***	6	3,4

X̄ ±SS: Ortalama±Standart Sapma; Min.: En küçük değer, Maks.: En büyük değer, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, PMS: Premenstrual Sendrom.
*BKİ: Beden Kitle İndeksi (kg/m²) sınıflandırmasında Dünya Sağlık Örgütü kriterleri baz alınmıştır.
** Ortalama günlük sigara kullanım miktarı 7,4±3,2'dir.
***2. derece akrabalar (anneanne, hala, teyze)
Hiç: Tüketim yok, Nadiren: Haftada 1-2 bardak veya daha az, Ara sıra: Haftada 3-4 bardak, Her gün: Günlük 1-2 bardak düzenli tüketimi ifade etmektedir.

Tablo 4.2.'de öğrencilerin PMS risk faktörlerine ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin BKİ ortalaması 22,45±3,65 kg/m² (min:16,50, Maks:38,20) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %14,3'ü sigara, %12,7'si ise alkol kullanmaktadır. Günlük sigara kullanım miktarı ortalama 7,4±3,2 olup, günde en az 1,

en çok 15 adet sigara tüketildiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %39,6'sı her gün kahve tüketmekte, %61,2'si her gün çay tüketmekte olup, %49,8'i ara sıra asitli içecek tüketmekte, %56,7'si haftada 2-3 adet çikolata tüketmektedir. Öğrencilerin %72,7'sinin ailesinde PMS şikayeti varlığı saptanmıştır. Ailesinde PMS şikayeti varlığı bulunan öğrencilerin %51,7'si annesinde, %44,9'u ise kız kardeşinde PMS olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Öğrencilerin Menstrual Siklus Özelliklerinin Dağılımı

(n=245)	**X̄ ±SS**	**Min-Maks.**
İlk Menstruasyon Yaşı	12,88 ± 1,19	9-18
Menstruasyon Sıklığı (gün)	29,90 ± 9,93	20-120
Menstruasyon Süresi (gün)	6,11± 1,40	2-10
Ağrı şiddeti (VAS 0-10)	6,71±1,93	2-10
	n	**%**
Menstrual Siklus Düzeni*		
Düzenli	183	74,7
Düzensiz	62	25,3
Menstruasyon Dönemindeki Genel Durum Algısı		
Menstruasyon öncesinden daha iyi	5	2,0
Menstruasyon öncesi ile aynı	49	20,0
Menstruasyon öncesinden daha kötü	191	78,0
Mevcut Semptomlar**		
Duygusal Dalgalanma	220	89,8
Sinirlilik	216	88,2
Stres/ Anksiyete	184	75,1
Yorgunluk	184	75,1
Göğüslerde Hassasiyet	163	66,5
İştah Değişikliği	154	62,9
İsteksizlik	135	55,1
Konsantre Olamama	114	46,5
Baş Ağrısı	106	43,3
Uykusuzluk	78	31,8
Bulantı	3	1,2
Karın ağrısı	3	1,2
Konstipasyon	2	0,8

Tablo 4.3. Öğrencilerin Menstrual Siklus Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

(n=245)	**n**	**%**
Mevcut Semptomlar İçin Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu		
Sağlık kuruluşuna başvuran	68	27,8
Sağlık kuruluşuna başvurmayan	173	71,8
Yaşanan Semptomların Günlük Yaşamı Etkileme Düzeyi		
Etkilememiş	16	6,5
Hafif düzeyde etkilenme	78	31,8
Orta düzeyde etkilenme	106	43,3
Şiddetli düzeyde etkilenme	45	18,4
Dismenore Varlığı		
Var	222	90,6
Yok	23	9,4
Dismenore ile Baş Etme Yöntemleri**		
Analjezik kullanımı	169	69,0
Egzersiz	45	18,4
Stresten kaçınma	38	15,5
Diyetine dikkat etme	28	11,4
Vitamin takviyesi	27	11,0
Sıcak uygulama	29	14,0
Bitki çayı içme	5	2,4
Dinlenme	8	3,9
Karına bası uygulaması	2	1,0

X̄: Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: En küçük değer, Maks.: En büyük değer, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi.
*Menstrual düzenin değerlendirilmesinde DSÖ kriterleri referans alınmıştır. Bu doğrultuda; siklus aralığının 21-35 gün, kanama süresinin 2-7 gün arasında olduğu durumlar "Düzenli", bu aralıkların dışındaki periyotlar ise "Düzensiz" olarak tanımlanmıştır.
**Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlediği için" n" katlanmıştır.

Tablo 4.3'de öğrencilerin menstrual siklus özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Öğrencilerin ilk menstruasyon yaşı ortalaması 12,88±1,19 (min:9, maks:18) olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki öğrenciler ortalama 29,90±9,93 (min:20, maks:120) günde bir menstruasyon görmekte olup, menstruasyon süresi ortalama 6,11±1,40 (min:2, maks:10) gün olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %74,7'sinin menstrual siklusunun düzenli olduğu, %25,3'ünün düzensiz olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %78,0'ı menstruasyon öncesi dönemde genel durum algılarının normalden daha kötüye gittiğini, %2,0'ı ise daha iyiye gittiğini belirtmiştir. Menstrual dönemde en yüksek oranda yaşanan semptomların; duygusal dalgalanma (%89,8), sinirlilik (%88,2), stres ve yorgunluk (%75,1), göğüslerde hassasiyet (%66,5), iştah değişikliği (%62,9), isteksizlik (%55,1), konsantre olamama (%46,5), baş ağrısı (%43,3) ve uykusuzluk (%31,8) olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin %43,3'ünün menstrual dönemdeki yaşadıkları mevcut semptomların günlük yaşamını orta düzeyde etkilediği, %6,5'inin ise hiç etkilemediği belirlenmiş olup, %27,8'inin menstrual şikayetleri nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki öğr encilerin %90,6'sında dismenore mevcut olup, ağrı şiddeti ortalama 6,17±1,93 olarak bulunmuştur. Dismenore yaşayan öğrencilerin baş etme yöntemi olarak %69,0'ının analjezik kullandığı, %18,4'ünün egzersiz yaptığı, %15,5'inin stresten kaçındığı, %11,4'ünün diyetine dikkat ettiği, %11,0'ının vitamin takviyesi aldığı, %14,0'ının sıcak uygulama yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Öğrencilerin PMSÖ Toplam ve Alt Boyutları Puanları ile PSYKÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	X̄ ±SS	**Min-Maks.**
Ölçekler ve Alt Boyutları (n=245)		
PMSÖ Toplam Puanı	144,48±33,03	109-220
Depresif Duygulanım	21,53±4,74	7-30
Anksiyete	20,58±6,10	7-35
Yorgunluk	20,24±5,05	6-30
Sinirlilik	17,11±4,76	5-25
Depresif Düşünceler	22,00±6,79	7-35
Ağrı	9,55±3,10	3-15
İştah Değişimleri	10,54±3,24	3-15
Uyku Değişimleri	10,00±2,85	3-15
Şişkinlik	12,89±4,06	4-20
PSYKÖ Toplam Puanı	55,90±16,24	22-110
Sosyal İyilik Hali Alt Boyutu	27,17±8,68	11-55
Duygusal Alt Boyut	18,42±5,40	7-35
Fiziksel Alt Boyut	10,29±3,28	4-20

X̄ ±SS: Ortalama±Standart Sapma; Min.: En küçük değer, Maks.: En büyük değer, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi.
PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği, PSYKÖ: Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 4.4'te öğrencilerin PMSÖ toplam ve alt boyutları puanları ile PSYKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur. Öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalaması 144,48±33,03 olarak saptanmıştır.

PMSÖ alt boyut puan ortalamaları; Depresif Duygulanım için 21,53±4,74, Anksiyete için 20,58±6,10, Yorgunluk için 20,24±5,05, Sinirlilik için 17,11±4,76,

Depresif Düşünceler için 22,00±6,79, Ağrı için 9,55±3,10, İştah Değişimleri için 10,54±3,24, Uyku Değişimleri için 10,00±2,85, Şişkinlik için 12,89±4,06'dır. Öğrencilerin PSYKÖ toplam puan ortalaması 55,90±16,24 olarak belirlenmiş olup, Sosyal İyilik Hali alt boyutu ortalaması 27,17±8,68, Duygusal Boyut ortalaması 18,42±5,40 ve Fiziksel Boyut ortalaması 10,29±3,28 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve MET Puan Ortalamalarının Dağılımı

Fiziksel Aktivite (n=245)	**X̄ ±SS**	**Ortanca**
Toplam MET Puanı (MET-dk/Hafta)*	2105,40±1576,02	1752
Yürüme MET Puanı	1555,44±1119,38	1188
Orta Şiddetli Aktivite MET Puanı	729,34±634,08	480
Şiddetli Aktivite MET Puanı	1252,599±962,97	960
	n	**%**
Fiziksel Aktivite Düzeyleri**		
İnaktif	98	40,0
Minimal Aktif	120	49,0
Çok Aktif	27	11,0
	X̄ ±SS	**Min-Maks**
Oturma Süresi (dk/gün)	303,16±161,541	45-620

X̄ ±SS: Ortalama±Standart Sapma; Min.: En küçük değer, Maks.: En büyük değer, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, MET: Metabolik Eşdeğerlik, dk: dakika
*Veriler normal dağılım göstermediği için değerler ortalama ve standart sapma ile birlikte ortanca olarak verilmiştir.
**Fiziksel Aktivite Düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu'na (IPAQ) göre gruplandırılmıştır.

Tablo 4.5'te öğrencilerin uluslararası fiziksel aktivite anketi kriterlerine göre fiziksel aktivite düzeyleri ve MET puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur. Öğrencilerin fiziksel aktivite toplam MET puanı ortanca değeri 1752 MET-dk/hafta olarak saptanmıştır. Öğrencilerin yürüme MET puanı ortanca değeri 1188 MET-dk/hafta, orta şiddetli aktivite MET puanı ortanca değeri 480 MET-dk/hafta, şiddetli aktivite MET puanı ortanca değeri 960 MET-dk/hafta olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %40'ının inaktif, %49'unun minimal aktif ve %11'inin çok aktif fiziksel aktiviteye sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin günlük ortalama oturma süresi 303,16±161,541 dakika olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite MET Puanları ve Toplam MET Puanı ile PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)							
	Yürüme MET Puanı		Orta Şiddetli Aktivite MET Puanı		Şiddetli Aktivite MET Puanı		Toplam MET Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PMSÖ Toplam Puanı	0,157	**0,014***	0,026	0,804	0,153	0,269	0,106	0,098
Depresif Duygulanım	0,117	0,068	0,025	0,814	-0,001	0,996	0,101	0,115
Anksiyete	0,130	**0,043***	-0,044	0,680	0,066	0,634	0,085	0,185
Yorgunluk	0,121	0,060	0,014	0,895	0,141	0,309	0,091	0,155
Sinirlilik	0,136	**0,034***	-0,014	0,893	0,121	0,382	0,063	0,326
Depresif Düşünceler	0,148	**0,021***	0,006	0,957	0,183	0,186	0,084	0,189
Ağrı	0,136	**0,034***	0,056	0,596	0,045	0,746	0,072	0,261
İştah Değişimleri	0,057	0,371	0,185	0,077	0,147	0,287	0,110	0,085
Uyku Değişimleri	0,150	**0,019***	0,003	0,979	0,166	0,229	0,082	0,203
Şişkinlik	0,122	0,057	0,049	0,646	0,131	0,346	0,047	0,465

r: Spearman korelasyon katsayısı, *p<0,05, PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği, MET: Metabolik Eşdeğerlik

Tablo 4.6'da öğrencilerin fiziksel aktivite (MET) puanları ve toplam MET puanı ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PMSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre öğrencilerin yürüme aktivite süresi artıkça PMS semptom şiddeti artmaktadır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PMSÖ alt boyutlarından anksiyete (p=0,043), sinirlilik (p=0,034), depresif düşünceler (p=0,021), ağrı (p=0,034) ve uyku değişimleri (p=0,019) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05). Buna göre öğrencilerin yürüme aktivite süresi artıkça anksiyete düzeyleri, uyku problemleri, depresif düşünceleri ve ağrı düzeyleri artmaktadır ve daha sinirlidirler. Öğrencilerin orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite (MET) puanları ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Toplam (MET) puanı ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05; Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Öğrencilerin Fiziksel Aktivite MET Puanları, PMSÖ Toplam ve Alt Boyutl arı Puanları ile PSYKÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puanlarının Karşılaştırılması

	PMSYKÖ Toplam ve Alt Boyutları							
	Sosyal İyilik Hali Alt Boyutu		**Duygusal Alt Boyut**		**Fiziksel Alt Boyut**		**PSYKÖ Toplam Puanı**	
Ölçekler ve Alt boyutlar	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
PMSÖ Toplam Puanı	-0,758	**<0,001***	-0,707	**<0,001***	-0,661	**<0,001***	-0,779	**<0,001***
Depresif Duygulanım	-0,615	**<0,001***	-0,562	**<0,001***	-0,546	**<0,001***	-0,634	**<0,001***
Anksiyete	-0,676	**<0,001***	-0,624	**<0,001***	-0,579	**<0,001***	-0,686	**<0,001***
Yorgunluk	-0,656	**<0,001***	-0,634	**<0,001***	-0,584	**<0,001***	-0,683	**<0,001***
Sinirlilik	-0,620	**<0,001***	-0,660	**<0,001***	-0,590	**<0,001***	-0,671	**<0,001***
Depresif Düşünceler	-0,606	**<0,001***	-0,563	**<0,001***	-0,419	**<0,001***	-0,594	**<0,001***
Ağrı	-0,729	**<0,001***	-0,649	**<0,001***	-0,577	**<0,001***	-0,725	**<0,001***
İştah Değişimleri	-0,334	**<0,001***	-0,302	**<0,001***	-0,247	**<0,001***	-0,336	**<0,001***
Uyku Değişimleri	-0,644	**<0,001***	-0,583	**<0,001***	-0,511	**<0,001***	-0,641	**<0,001***
Şişkinlik	-0,466	**<0,001***	-0,468	**<0,001***	-0,617	**<0,001***	-0,531	**<0,001***
Fiziksel Aktivite Toplam MET Puanı	-0,069	0,282	-0,129	**0,043***	-0,032	0,619	-0,088	0,172
Yürüme MET Puanı	-0,139	**0,030***	-0,152	**0,017***	-0,077	0,228	-0,140	**0,029***
Orta Şiddetli Aktivite MET puanı	0,098	0,354	0,041	0,695	0,069	0,510	0,070	0,507
Şiddetli Aktivite MET Puanı	-0,065	0,639	-0,105	0,448	-0,025	0,856	-0,088	0,577

r: Spearman korelasyon katsayısı, *p<0,05, PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği, PSYKÖ: Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, MET: Metabolik Eşdeğerlik

Tablo 4.7'de öğrencilerin fiziksel aktivite (MET) puanları, PMSÖ toplam ve alt boyut puanları ile PSYKÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki ilişki sunulmuştur. Araştırma kapsamındaki öğrencilerde PMSÖ toplam ve tüm alt boyut puanları ile PSYKÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Buna göre öğrencilerin premenstrual semptomlarının şiddeti arttıkça sosyal, duygusal, fiziksel alanlardaki yaşam kaliteleri azalmaktadır. Öğrencilerin fiziksel aktivite toplam (MET) puanı ile PSYKÖ duygusal alt boyutunda negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,043). Buna göre öğrencilerin gün içindeki toplam fiziksel aktivitesi arttıkça, duygusal alandaki yaşam kalitesi azalmaktadır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PSYKÖ toplam puan, sosyal iyilik hali alt boyutu ve duygusal alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Buna göre öğrencilerin yürüme MET puanları arttıkça hem genel yaşam kaliteleri hem de sosyal ve duygusal iyilik halleri azalmaktadır. Orta şiddetli ve şiddetli aktivite (MET) puanları ile PSYKÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05; Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik, PMS Risk Faktörleri ve Menstrual Siklus Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite (MET), PMSÖ ve PSYKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=245)		**PMSÖ Toplam Puanı**	**PSYKÖ Toplam Puanı**	**FA Toplam MET Puanı**
Yaş	**r**	0,011	-0,054	-0,055
	p	0,865	0,404	0,395
BKİ (kg/m²)	**r**	0,196	-0,103	0,044
	p	**0,002***	0,107	0,492
İlk Menarş Yaşı	**r**	-0,101	0,043	0,016
	p	0,115	0,500	0,805
Menstruasyon Süresi (gün)	**r**	-0,014	0,005	-0,045
	p	0,825	0,943	0,483
Menstruasyon Sıklığı (gün)	**r**	0,066	-0,001	0,070
	p	0,304	0,992	0,274
Ağrı Şiddeti (VAS 0-10)	**r**	0,218	-0,363	0,071
	p	**0,001***	**<0,001***	0,291
		Ortanca (Q_{25}-Q_{75})	**Ortanca (Q_{25}-Q_{75})**	**Ortanca (Q_{25}-Q_{75})**
Medeni Durum				
Evli		116,5 (86,0-180,50)	61,5 (36,0-76,50)	2079,0 (738,75-3064,50)
Bekar		148,0 (123,0-166,0)	54,0 (46,0-65,0)	1752,0 (1074,0-2742,0)
z/p		-1,126/0,260	-0,764/0,445	-0,269/0,788
Çalışma durumu				
Çalışıyor		168,0(151,0-172,0)	55,0(44,0-61,0)	1188,0 (735,0-2808,0)
Çalışmıyor		146,0(122,0-165,25)	54,0 (46,0-66,0)	1776,0 (1188,0-2772,0)
z/p		-1,736/0,083	-0,036/0,971	-1,199/0,231

Tablo 4.8. Öğrencilerin Sosyodemografik, PMS Risk Faktörleri ve Menstrual Siklus Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite (MET), PMSÖ ve PSYKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

	Ortanca (Q_{25}-Q_{75})	**Ortanca (Q_{25}-Q_{75})**	**Ortanca (Q_{25}-Q_{75})**
Sigara Kullanma Durumu			
Kullanıyor	157,0 (135,0-166,0)	49,0(43,0-62,0)	1980,0 (1207,50-2376,0)
Kullanmıyor	146,0(121,75-166,25)	55,0(46,0-66,0)	1752,0 (1021,50-2772,0)
z/p	-1,277/0,202	-1,443/0,149	-0,637/0,524
Alkol Kullanma Durumu			
Kullanıyor	152,0 (126,0-167,0)	51,0(42,0-62,0)	1980,0 (1272,0-3960,0)
Kullanmıyor	146,5 (122,0-166,0)	55,0(46,0-66,0)	2700,0 (1752,0-3786,75)
z/p	-0,713/0,476	-1,389/0,165	-1,934/0,053
Kahve Tüketim Sıklığı			
Hiç	133,0 (101,50-158,5)	62,0 (49,0-81,0)	1584,0 (792,0-2979,0)
Nadiren	138,5 (125,25-158,5)	58,0 (49,0-65,75)	1584,0 (990,0-3055,5)
Ara sıra	148,0 (122,0-167,0)	55,0 (45,0-66,0)	1782,0 (990,0-2712,0)
Her gün	155,0 (124,5-170,50)	51,0 (44,5-64,5)	1770,0 (1188,0-2659,5)
χ^2/p	5,958/0,114	4,842/0,184	0,514/0,916
Çay Tüketim Sıklığı			
Hiç	166,0 (118,5-178,75)	55,0 (36,0-69,0)	1584,0 (1071,0-2574,0)
Nadiren	141,0 (108,0-167,0)	55,0 (48,0-71,0)	1980,0 (990,0-2970,0)
Ara sıra	137,0 (121,25-164,0)	52,0(44,75-64,0)	1947,0 (1350,0-3293,0)
Her gün	150,0 (126,0-166,0)	54,5 (45,0-64,25)	1584,0 (988,50-2376,0)
χ^2/p	3,826/0,281	2,633/0,452	4,134/0,247
Asitli İçecek Tüketme Sıklığı			
Hiç**	113,0 (109,0-145,0)	66,0 (51,0-72,0)	1980,0 (1188,0-3066,0)
Nadiren**	140,5 (120,75-163,0)	55,0 (47,0-66,0)	1848,0 (1188,0-2970,0)
Ara sıra**	153,5(127,75-166,0)	52,0 (46,0-64,25)	1647,0 (1021,50-2400,0)
Her gün**	168,5 (146,0-184,0)	44,5 (28,0-55,0)	1668,0 (855,0-2524,50)
χ^2/p	**14,940/0,002**[a,b,c]	**16,795/0,001** [a,b,c]	1,733/0,630
Çikolata Tüketme Sıklığı			
Haftada 1 adet	130,0 (111,0-164,0)	60,0 (45,0-69,0)	1980,0 (1314,0-2376,0)
Haftada 2-3 adet	141,0 (122,0-163,0)	55,0 (47,0-65,0)	1782,0 (990,0-2970,0)
Her gün 1 adet	159,0 (129,0-170,0)	52,0 (44,0-65,0)	1584,0 (1188,0-2376,0)
χ^2/p	**8,206/0,017**[a,c]	3,086/0,214	0,639/0,726
Dismenore Varlığı			
Var	152,5 (127,0-167,0)	52,0 (45,0-64,0)	1782,0 (1032,0-2781,0)
Yok	113,0 (88,0-141,0)	66,0 (62,0-79,0)	1710,0 (1116,0-1980,0)
z/p	**-4,100/<0,001***	**-4,635/<0,001***	-0,762/0,446
Ailede PMS Şikayet Varlığı			
Var	152,5(126,75-168,0)	52,0 (45,0-64,0)	1752,0 (1188,0-2772,0)
Yok	132,0 (116,0-158,0)	59,0 (48,0-70,0)	1761,0 (990,0-2772,0)
z/p	**-2,310/0,021*-**	**2,357/0,018***	-0,045/0,964

χ^2: Kruskal-Wallis test, **Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U test (yanılma düzeyi p<0,012'dir)
a: Her gün ile ara sıra tüketen arasında istatistiksel anlamlı fark,
b: Her gün ile nadiren tüketen arasında istatistiksel anlamlı fark,
c: Her gün tüketen ile hiç tüketmeyen arasında istatistiksel anlamlı fark,
r: Spearman korelasyon katsayısı, z: Mann-Whitney U testi, *: p<0,05, BKI: Beden kitle indeksi, Çeyreklikler Arası Aralık (Q_1-Q_3), PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği, PSYKÖ: Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği,
FA: Fiziksel Aktivite, MET: Metabolik Eşdeğer, VAS: Visual Analog Scale (Görsel Kıyaslama Ölçeği),
Hiç: Tüketim yok, Nadiren: Haftada 1-2 bardak veya daha az, Ara sıra: Haftada 3-4 bardak, Her gün: Günlük 1-2 bardak düzenli tüketimi ifade etmektedir.

Tablo 4.8'de öğrencilerin bazı sosyodemografik ve menstrual siklus özellikleri ile PMS risk faktörlerine göre PMSÖ, PSYKÖ ve fiziksel aktivite (MET) toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaşı, ilk menarş yaşı, menstruasyon süresi ve menstruasyon sıklığı ile PMSÖ, PSYKÖ ve fiziksel aktivite (MET) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin BKİ ile PMSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,002$). Buna göre beden kitle indeksi yüksek olan öğrencilerin premenstrual semptom şiddet düzeyi yüksektir. Öğrencilerin ağrı şiddeti puanları ile PMSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel bir ilişki saptanmış olup, PSYKÖ toplam puanı arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Ağrı şiddeti yüksek olan öğrencilerin premenstrual semptom şiddeti yüksek, yaşam kaliteleri düşüktür. Öğrencilerin medeni durumu, çalışma durumu, sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumu ile PMSÖ, PSYKÖ ve fiziksel aktivite (MET) toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin kahve ve çay tüketim sıklığı ile PMSÖ, PSYKÖ ve fiziksel aktivite (MET) toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin asitli içecek tüketimi ile PMSÖ toplam puanı ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre her gün asitli içecek tüketen öğrencilerin nadiren tüketen, ara sıra tüketen ve hiç tüketmeyen öğrencilere göre premenstrual semptom şiddetinin fazla olduğu, yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin çikolata tüketim sıklığı ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre; her gün bir adet çikolata tüketen öğrencilerin premenstrual semptom şiddeti haftada 1 ya da haftada 2-3 tane tüketen öğrencilere göre daha yüksektir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin dismenore varlığı ile PMSÖ ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Dismenore öyküsü olan öğrencilerin premenstrual semptom şiddetinin daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ailede PMS şikayet varlığı olan öğrenciler ile PMSÖ ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre ailesinde PMS öyküsü bulunan öğrencilerin ailesinde PMS öyküsü bulunmayan öğrencilere göre premenstrual semptom şiddeti daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşüktür (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinde PMS, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel olarak yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde çoğunlukla üreme çağındaki kadınlar veya öğrencilerin PMS prevalansı, PMS'yi etkileyen faktörler ve genel yaşam kalitesine ilişkin araştırmalar mevcuttur (43,83,88). Hemşirelik öğrencilerinde PMS şiddetinin fiziksel aktivite ile doğrudan ilişkisi ve premenstrual sendroma özgü yaşam kalitesi alanları ile ilişkisini bütüncül olarak ele alan çalışmalar sınırlıdır (1,5). Bu nedenle bazı araştırma bulguları, farklı disiplinlerde eğitim gören öğrenciler ile yapılan çalışma sonuçları ile tartışılmıştır.

PMS, üreme çağındaki kadınlarda en yaygın görülen sağlık sorunlarından biridir. Dünya genelinde üreme çağındaki kadınların yaklaşık %70-90'ının en az bir premenstrual semptom yaşadığı ve bu oranların örneklemin sosyodemografik yapısına ve kültürel özelliklere göre farklılık gösterebileceği bildirilmektedir (54). Türkiye'de ise üniversite öğrencilerinde PMS prevalansının %22,6 ile %91,8 gibi bir aralıkta görüldüğü saptanmıştır (36,37,42,54). Araştırmamızda öğrencilerin PMSÖ'den alınabilecek toplam puan değerlendirildiğinde öğrencilerin PMS semptomlarını yaşama şiddetinin (144,48±33,03) orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Özer ve Güvenç'in hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalaması 120,61±39,88 olarak belirlenmiştir (12). Araştırma bulguları doğrultusunda PMS görülme durumunun gençlerde yüksek olduğu söylenebilir. PMS'nin özellikle genç yetişkinlikte olmasının hormonal dalgalanmaların en yoğun olduğu dönem olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (37).

PMS'de kadınlarda fiziksel, duygusal ve davranışsal olarak çeşitli belirtiler görülebilmektedir. En sık bildirilen belirtiler arasında irritabilite, duygusal dalgalanmalar, yorgunluk ve anksiyete gibi psikolojik belirtiler ile birlikte baş ağrısı, meme hassasiyeti ve abdominal şişkinlik gibi fiziksel yakınmalar yer almaktadır (44,46). Araştırmamızda öğrencilerin neredeyse tamamının menstrual dönemde en az bir semptom yaşadığı ve PMSÖ alt boyutlarının tamamından ortalamanın üzerinde

puan aldıkları bulunmuştur. Buna göre araştırmamızda öğrencilerin en yüksek oranda depresif duygulanım, depresif düşünceler, anksiyete, sinirlilik gibi psikolojik semptomlar yaşadığı bunun yanı sıra iştah ve uyku değişimleri gibi davranışsal semptomlar; şişkinlik, yorgunluk, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar da yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.3 ve Tablo 4.4). Aşcı ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada, en yaygın görülen PMS kaynaklı semptomların depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünce, anksiyete ve sinirlilik olduğu belirtilmiştir (95). Kızıldağ ve ark. (2023)'nın çalışmasında ise öğrencilerin en sık iştah artışı, tatlı isteği, yorgunluk ve sinirlilik gibi somatik ve duygusal semptomlar yaşadıkları belirlenmiştir (47). Bu bulgular, hemşirelik öğrencilerinde PMS'nin yalnızca fiziksel belirtilerle sınırlı kalmayıp, psikolojik ve davranışsal boyutlarıyla da etkilenmelerin olduğunu göstermekte ve literatürü desteklemektedir. Ayrıca semptomların şiddetinin yoğun olması, öğrencilerin günlük yaşam aktiviteleri ve akademik işlevselliklerinin olumsuz etkilenebileceğini düşündürmüştür. Nitekim bu araştırmada her dört öğrenciden üçü menstrual dönemde yaşadıkları semptomların günlük yaşamlarını hafif veya orta düzeyde etkilediğini belirtmiştir. Aynı zamanda yaklaşık olarak her beş öğrenciden biri ise semptomların günlük yaşamlarını şiddetli düzeyde etkilediğini ifade etmiştir. Ayrıca öğrencilerin yarısı herhangi bir işe konsantre olmakta zorlandıklarını bildirmiştir (Tablo 4.3). Bakır ve ark. (2021) çalışmasında, öğrencilerin %75'inden fazlasının yaşadığı semptomların günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını ve yaşam konforunu düşürdüğünü belirtmiştir (2). Dinh Trieu ve ark. (2023) ise çalışmalarında, tıp ve sağlık bilimleri öğrencilerinin semptomlar nedeniyle derslere odaklanmakta zorlandıklarını ve akademik başarılarının bu durumdan olumsuz etkilendiğini bildirmiştir (48). Bu bağlamda, PMS'ye yönelik değerlendirmelerin yalnızca genel semptom düzeyi ile sınırlı kalmayıp, semptomların hangi alanlarda yoğunlaştığının ve günlük yaşantıyı etkileme düzeyinin belirlenmesi, bireye özgü ve hedefe yönelik uygun baş etme stratejilerinin geliştirilmesi ve bütüncül destekleyici yaklaşımların planlanması açısından önemlidir.

PMS'ye bağlı yaşanan semptomlar, bir kadının yaşamını birçok farklı yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Menstrual siklusla ilişkili semptomlar; uyku kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (12,13). Ayrıca PMS semptomları, stresli koşullar ve

yetersiz çalışma ortamları tarafından daha da kötüleşebilmekte; özellikle yoğun ve zorlayıcı iş ortamlarında semptomların şiddeti artabilmektedir (13). Buna ek olarak PMS, suçluluk ve bunalmışlık duygularının yanı sıra iş-yaşam dengesinin bozulmasına yol açabilmekte; bu durum işten ayrılma ya da iş değişikliği ile sonuçlanabilmektedir (96). PMS'ye bağlı olarak ortaya çıkan irritabilite, anksiyete, depresif duygu durum ve konsantrasyon güçlüğü gibi psikolojik semptomlar; dikkat süresinin kısalmasına, öğrenme süreçlerinin olumsuz etkilenmesine ve öğrencilerin akademik görevlerini yerine getirmesinde zorlanmaya yol açabilmektedir. Bu nedenlerle üreme çağındaki kadınlar arasında, özellikle gençler ve yetişkinlerde, PMS yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en yaygın durumlardan biridir (5). Literatürde, PMS yaşayan üreme çağındaki kadınların yaklaşık %8–20'sinin yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir (97). Araştırmamızda her beş öğrenciden dördü menstruasyon döneminde genel sağlık durumlarının öncesine göre daha kötü olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Öğrencilerin PSYKÖ'ye göre genel yaşam kaliteleri ve sosyal, duygusal ve fiziksel iyilik hallerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Araştırmamızda öğrencilerin yaşadıkları premenstrual semptomların şiddeti arttıkça sosyal, duygusal, fiziksel alanlardaki yaşam kaliteleri azalmaktadır (Tablo 4.7). Çelik ve ark.'nın çalışmalarında kadınlarda PMS varlığının, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilediği ve bunlara bağlı yaşam kalitelerini düşürdüğünü bildirmiştir (98,99). Öçal ve ark. (2025) tarafından hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendroma özgü yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; PMS tanısı alan öğrencilerin yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (8). Literatürde öğrencilerin PMS ve yaşam kalitelerini farklı ölçekler kullanarak değerlendiren çalışmalarda da PMS'nin yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (5,6,100). Çalışma bulgularımız literatür ile benzerdir. Özellikle PMS semptomlarının günlük yaşamı ve işlevselliği etkileyecek düzeye ulaşması, PMS'nin yalnızca dönemsel bir rahatsızlık değil, klinik açıdan da ele alınması gereken bir durum olduğunu düşündürmektedir. Bu doğrultuda, öğrencilerde PMS semptomlarının yaşam kalitesine etki düzeyinin belirlenmesi, bireysel gereksinimlere uygun danışmanlık ve bakım yaklaşımlarının planlanması hem semptomların kontrol altına alınması hem de yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından önemlidir (98,99).

Araştırmamızda PMS'ye bağlı yaşam kalitesini premenstrual semptomların şiddetinin yanı sıra ailede PMS varlığı, dismenore varlığı, dismenore ağrısının şiddeti ve asitli içecek tüketme sıklığının olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ailesinde PMS olan, menstrual dönemde dismenoresi olan ve her gün asitli içecek tüketen öğrencilerin yaşam kaliteleri daha düşüktür. Ayrıca dismenore ağrı şiddeti yüksek olan öğrencilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Doğu ve ark. (2022) ailede PMS varlığının yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmiştir (56). Çetin ve Kilci çalışmalarında dismenore ve ağrı şiddetinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini saptamıştır (51,52). Hashim ve Uzunlar çalışmalarında premenstrual semptomların şiddetini artırıcı etkiye sahip olan asitli içecek tüketmenin kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (39,49). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerdir. PMS'ye bağlı yaşam kalitesinin yalnızca semptom şiddetiyle değil aile öyküsü, dismenore varlığı ve ağrı şiddeti ile yaşam tarzı faktörlerinden asitli içecek tüketimi gibi değişkenlerle de yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bulgular doğrultusunda PMS'nin çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınması gerektiği, klinik uygulamada yalnızca semptomların değil, bireysel ve çevresel risk faktörlerinin de değerlendirilerek bütüncül bakım ve danışmanlık yaklaşımlarının planlanmasının yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Bununla birlikte aile öyküsü, dismenore varlığı ve ağrı şiddeti ile yaşam tarzı faktörleri PMS ile ilişkili faktörler olup, PMS semptom şiddeti üzerinde olumsuz etkileri olan etkenlerdir. Araştırmamızda öğrencilerin yaşadıkları premenstrual semptomların şiddetinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu faktörlerin aynı zamanda PMS semptomlarının şiddetini artırarak da yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Nitekim bu araştırmada ailede PMS varlığı, BMI, dismenore varlığı ve ağrı şiddeti, asitli içecek ve çikolata tüketiminin PMS semptomlarının şiddetini arttırdığı saptanmıştır. Ailesinde PMS olan, BKI yüksek olan, dismenoresi olan ve ağrı şiddeti yüksek olan, her gün asitli içecek ve çikolata tüketen öğrencilerin PMS semptom şiddeti daha yüksektir (Tablo 4.8). Kharb ve ark. çalışmasında BKİ ile PMS arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmiştir (101). Franco-Antonio çalışmasında, dismenorenin PMS üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu vurgulamıştır (53). Literatürde yüksek BKİ ve aile öyküsünün yanı sıra, kafein alımı ile yüksek glisemik indeksli gıda tüketiminin premenstrual semptomları tetiklediği bildirilmektedir

(49,102). Bakır ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, yüksek BKİ değerine sahip bireylerde PMS prevalansının %64,2 olduğu bildirilmiştir (2). Hashim ve Uzunlar çalışmalarında şekerli gıda ve içeceklerin PMS riskini artırdığını bildirmiştir (39,49). Araştırma sonuçlarımız literatür ile benzerdir. Bu bulgular PMS semptom şiddetinin yalnızca bireysel bir durum olmadığını, biyolojik, genetik, klinik ve yaşam tarzına bağlı çok sayıda faktörün etkileşimiyle şekillendiği bilgisini doğrulamaktadır. Özellikle bu faktörlerin bir arada bulunması, semptom şiddetini artırarak yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiyi daha da artırmaktadır. Bu nedenlerle PMS'nin yönetiminde yalnızca semptom odaklı yaklaşımlar yeterli olmayıp, risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi ve bireye özgü, çok yönlü müdahalelerin planlanması gereklidir. Bu doğrultuda, klinik uygulamada özellikle yüksek risk grubunda yer alan öğrencilerin (yüksek BKİ, dismenore öyküsü ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip bireyler) düzenli olarak değerlendirilmesi, beslenme ve yaşam tarzı danışmanlığının sağlanması ve ağrı yönetimine yönelik girişimlerin uygulanması, PMS semptomlarının azaltılması ve buna bağlı yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir.

PMS yönetimi, semptomların şiddetine ve bireysel gereksinimlere göre planlanan çok boyutlu ve bütüncül yaklaşımları içermektedir. Klinik uygulamada PMS yönetimi genel olarak yaşam tarzı düzenlemeleri, psikososyal destek ve gerektiğinde farmakolojik tedavileri kapsamaktadır (71,91). Araştırmamızda yaklaşık her dört öğrenciden birinin yaşadıkları PMS semptomlarını hafifletmek için sağlık kuruluşuna başvurduğu, aynı zamanda analjezik kullandıkları, egzersiz yaptıkları ve stresten kaçınmaya çalıştıkları görülmüştür (Tablo 4.3). Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yüksek oranda minimal aktif ya da inaktif olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Literatürde fiziksel aktivitenin endorfin salınımını artırması, prostaglandin sentezini inhibe etmesi ve pelvik bölgedeki kan akışını düzenlemesi nedeniyle PMS yönetiminde en önemli non-farmakolojik yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir (77). Araştırmamızda öğrencilerin yürüme aktivite süresi artıkça PMS semptom şiddetinin, anksiyete düzeylerinin, depresif düşüncelerinin ve ağrı düzeylerinin arttığı ve daha sinirli oldukları bulunmuştur. Fiziksel aktivite düzeyleri ile PMS semptom şiddeti arasında ise ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.6). Kroll-Desrosiers ve ark. çalışmasında,

çalışmamıza benzer şekilde egzersizin PMS semptomları üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir (9). Franco-Antonio çalışmasında, düşük fiziksel aktivite düzeyinin PMS üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir (53). Literatürde düzenli ve istemli egzersizin PMS semptomlarını hafiflettiği vurgulanırken (1,76,86); çalışmamızda yürüme yükü ile PMS puanları arasında saptanan pozitif yönlü ilişkinin, fiziksel aktivitenin zorunlu yorgunluk niteliği taşıdığında klinik tabloyu ağırlaştıran bir stresör olarak işlev gördüğü bilgisini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir (84). Literatürde fiziksel aktivitenin PMS semptomları üzerindeki etkilerinde değişkenlik göstermesinin nedeni, çalışmalardaki örneklem grubu farklılıkları, kültürel ve coğrafi etmenler, kullanılan araştırma yöntemlerinin çeşitliliği ve genetik faktörlerin etkisinden kaynaklı olabilir. Bununla birlikte hemşirelik eğitim programının teorik ve uygulamalı olması, ders yükünün göreceli olarak bazı yükseköğretim programlarına göre yoğun olması, uygulama eğitiminin öğrencilerde fiziksel yorgunluk düzeyini artırması gibi nedenlerden dolayı öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu, düzenli fiziksel aktivite yapmayı olumsuz etkilediği değerlendirilmektedir.

Literatürde orta ve şiddetli fiziksel aktivitelerin yaşam kalitesini artırmada en etkili faktörlerden biri olduğu bildirilmesine rağmen (1,5), araştırmamızda fiziksel aktivite ile PMS'ye özgü yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak öğrencilerin gün içindeki toplam fiziksel aktivitesi arttıkça, duygusal alandaki yaşam kalitesi azalmaktadır. Öğrencilerin yürüme MET puanları arttıkça hem genel yaşam kalitelerinin hem de sosyal ve duygusal iyilik hallerinin azaldığı görülmektedir (Tablo 4.7). Özsaydı ve Liguori'nin çalışmalarında, çalışmamıza benzer şekilde fiziksel aktivite artışının her zaman pozitif etkisinin olmadığı, eğer aktivite bireyde fiziksel yorgunluk veya stres yaratıyorsa yaşam kalitesi algısını, duygusal iyilik halini olumsuz etkileyebileceğini belirtmiş olup, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini artırması için bu aktivitenin planlı yapılması gerektiği vurgulanmıştır (13,87). Aba ve ark. (2018) çalışmasında fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin tüm boyutlarının anlamlı derecede yükseldiğini belirtmiştir. Yang ve ark. (2024) tarafından yürütülen geniş kapsamlı meta-analiz çalışmasında, aktivitenin PMS riskini belirgin şekilde düşürdüğü ve yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (5,84). Araştırmamızda özellikle

yürüme ve toplam MET puanının yaşam kalitesinin duygusal alt boyutu ve sosyal iyilik hali üzerindeki negatif etkisi, hemşirelik öğrencilerinin uygulama eğitimlerinin yoğun olmasından kaynaklı zorunlu hareketliliğin, öğrenciler üzerinde psikososyal bir yük oluşturduğunu gösteren Kawabe'nin (2022) bulgularıyla paralellik göstermektedir (85). Bu kapsamda fiziksel aktivitenin türü, amacı ve birey tarafından algılanma biçiminin sonuçlar üzerinde belirleyici olduğu söylenebilir. Bu durum, özellikle hemşirelik öğrencilerinde fiziksel aktivitenin yalnızca niceliksel değil, niteliksel yönüyle de ele alınması gerektiğini ve eğitim sürecinde öğrencilerin fiziksel yükünün psikososyal destek mekanizmaları ile dengelenmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmadan elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, PMS semptomlarının şiddetinin biyolojik, genetik, klinik ve yaşam tarzına bağlı çok sayıda faktörün etkileşimiyle değiştiği, PMS semptomlarının şiddetinin artmasıyla yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte PMS ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin doğrusal ve tek yönlü olmadığı; fiziksel aktivitenin türü, amacı ve öğrenciler tarafından algılanma biçimine bağlı olarak farklı etkiler ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Literatürde planlı, düzenli ve yeterli fiziksel aktivitenin PMS semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırdığı saptanmış olmasına rağmen, bu çalışmada özellikle zorunlu ve yoğun fiziksel hareketliliğin (klinik uygulamalara bağlı yürüme ve toplam MET artışı) hem PMS semptom şiddetini artırdığı hem de yaşam kalitesinin özellikle duygusal ve sosyal boyutlarını olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu durum, fiziksel aktivitenin koruyucu etkisinin ancak planlı, düzenli ve birey tarafından isteyerek yapılan aktiviteler için geçerli olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla hemşirelik öğrencilerinde PMS yönetiminde yalnızca fiziksel aktivitenin artırılması değil, aynı zamanda fiziksel yükün dengelenmesi, dinlenme olanaklarının sağlanması ve psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin gerekli olduğu değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom semptom düzeyi, fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen önemli sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Araştırma kapsamındaki hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması 21,84±2,94 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %96,7'si bekar olup, %93,9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır. Öğrencilerin %70,2'sinin en uzun süre yaşadığı yer ildir.
- Öğrencilerin BKİ ortalaması 22,45±3,65 kg/m^2'dir. Öğrencilerin %39,6'sı her gün kahve, %61,2'si çay, %7,3'ü asitli içecek, %35,5'i çikolata tüketmektedir. Öğrencilerin %72,7'sinin ailesinde PMS şikayeti varlığı saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki öğrenciler ortalama 29,90±9,93 günde bir menstruasyon görmekte olup, menstruasyon süresi ortalama 6,11±1,40'dır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %78,0'ı menstruasyon öncesi dönemde genel durum algılarının normalden daha kötüye gittiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %98,4'ünde menstrual siklus süresince PMS semptomlarının yaşandığı saptanmıştır. Menstrual dönemde en yüksek oranda yaşanan semptom duygusal dalgalanma (%89,8) ve sinirliliktir (%88,2).
- Araştırmadaki öğrencilerin %90,6'sında dismenore mevcuttur. Dismenore ağrı şiddeti ortalama 6,17±1,93'dür. Dismenore yaşayan öğrencilerin baş etme yöntemi olarak %69,0'ının analjezik kullandığı, %18,4'ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalaması 144,48±33,03'dür.
- Araştırmada öğrencilerin BKİ değerleri ile PMSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BKİ değeri arttıkça PMS semptom şiddetinin arttığı belirlenmiştir.
- Öğrencilerin PSYKÖ toplam puan ortalaması 55,90±16,24 olarak belirlenmiş olup, Sosyal İyilik Hali alt boyutu ortalaması 27,17±8,68, Duygusal Boyut ortalaması 18,42±5,40 ve Fiziksel Boyut ortalaması 10,29±3,28'dir.

- Öğrencilerin fiziksel aktivite toplam MET puanı ortanca değeri 1752 MET-dk/hafta olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %40'ı inaktif, %49'u minimal aktif ve %11'i çok aktiftir.
- Öğrencilerin yürüme aktivite süresi artıkça PMS semptom şiddeti artmaktadır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PMSÖ alt boyutlarından anksiyete (p=0,043), sinirlilik (p=0,034), depresif düşünceler (p=0,021), ağrı (p=0,034) ve uyku değişimleri (p=0,019) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,05).
- Öğrencilerin orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivite (MET) puanları ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Toplam (MET) puanı ile PMSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).
- Araştırma kapsamındaki öğrencilerde PMSÖ toplam ve tüm alt boyut puanları ile PSYKÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Öğrencilerin premenstrual semptomlarının şiddeti arttıkça sosyal, duygusal, fiziksel alanlardaki yaşam kaliteleri azalmaktadır.
- Öğrencilerin gün içindeki toplam fiziksel aktivitesi arttıkça, duygusal alandaki yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (p=0,043).
- Öğrencilerin yürüme (MET) puanı ile PSYKÖ toplam puan, sosyal iyilik hali alt boyutu ve duygusal alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Öğrencilerin yürüme MET puanları arttıkça hem genel yaşam kaliteleri hem de sosyal ve duygusal iyilik halleri anlamlı derecede düşmektedir.
- Orta şiddetli ve şiddetli aktivite (MET) düzeyi ile premenstrual semptom şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).
- Öğrencilerin dismenore varlığı ile PMSÖ ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Dismenoresi olan öğrencilerin PMS semptom şiddetinin dismenoresi olmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir.
- Öğrencilerin menstrual ağrı şiddeti (VAS) ile PMSÖ toplam puanı (p=0,001) arasında pozitif yönde; PSYKÖ toplam puanı (p<0,001) arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

- Ailede PMS öyküsü varlığı ile PMSÖ ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ailesinde PMS öyküsü olan öğrencilerin PMS semptomlarının daha şiddetli olduğu ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Öğrencilerin asitli içecek içme sıklığı ile PMSÖ toplam puanı ve PSYKÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Asitli içecek tüketim sıklığı arttıkça PMS semptom şiddeti artmakta, yaşam kalitesi azalmaktadır.
- Öğrencilerin çikolata tüketim sıklığı ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çikolata tüketim sıklığı arttıkça PMS semptom şiddetinin yükseldiği belirlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Öğrencilerin eğitimleri süresince ders dışı zamanlarda planlı egzersiz yapabileceği fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması ve öğrencilerin düzenli egzersiz alışkanlığı kazanmalarını sağlayacak yaklaşımların geliştirilmesi,
- Öğrencilerin sağlıklı beslenme davranışlarına yönelik farkındalıklarının artırılması, kantin ve yemekhane menülerinin bu doğrultuda planlanması,
- PMS semptomların etkin yönetiminin sağlanması amacıyla öğrencilerde farkındalık oluşturacak eğitim, seminer vb. etkinliklerin düzenlenmesi,
- Fiziksel aktivite şiddetinin PMS ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönemli etkilerini araştıran randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- Öğrencilerin PMS'nin psikososyal etkilerini etkili yönetebilmeleri amacıyla destek grupları veya akran danışmanlığı sistemlerinin kurulması,
- Öğrencilerin akademik performanslarında düşme yaşanmaması amacıyla klinik uygulama eğitimlerinde öğrencilerin dinlenme aralıklarının, premenstrual dönemin getirdiği fiziksel yükü minimize edecek şekilde planlanması, önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Shi, Y., Shi, M., Liu, C., Sui, L.,me Zhao, Y., & Fan, X. (2023). Associations with physical activity, sedentary behavior, and premenstrual syndrome among Chinese female college students. BMC Women's Health, 23(1), 173.

2. Bakır, N., & Beji, N.K. (2021). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(1), 264-277.

3. Modzelewski, S., Oracz, A., Żukow, X., Iłendo, K., Śledzikowka, Z., & Waszkiewicz, N. (2024). Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. Frontiers in psychiatry, 15, 1363875.

4. American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG). (2021). Premenstrual syndrome. Washington, DC: USA.

5. Aba, Y. A., Ataman, H., Dişsiz, M., & Sevimli, S. (2018). Genç kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. JAREN, 4(2), 75-82.

6. Akmalı, N., Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2020). Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 63-74.

7. Çokyeter, B. (2022). Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom ile yeme davranışı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

8. Öçal, S. E., & Çetinkaya, Ş. Ş. (2025). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 10(3), 388-393.

9. Kroll-Desrosiers, A. R., Ronnenberg, A. G., Zagarins, S. E., Houghton, S. C., Takashima-Uebelhoer, B. B., & Bertone-Johnson, E. R. (2017). Recreational Physical Activity and Premenstrual Syndrome in Young Adult Women: A Cross-Sectional Study. PloS one, 12(1), e0169728.

10. Çelik, A., Eroğlu, H. S., Akbulut, A., & Demirtaş, G. (2023). Türk kadınlarında premenstrual sendrom varlığına göre fiziksel aktivite öz değerinin incelenmesi. Current Perspectives on Health Sciences, 4(2), 46-53.

11. Koç, H. (2025). Ev kadınlarında fiziksel aktivite düzeyinin menstruasyon semptomları üzerine etkisinin incelenmesi. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 3(1), 102-119.

12. Özer, E., & Güvenç, G. (2023). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve uyku kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 184-197.

13. Özsaydı, Ş., & Güngör, H. (2023). Sedanter ergenlerde fiziksel aktivite ve uykunun yaşam kalitelerine etkisi. Selçuk Sağlık Dergisi, 4(Kongre Özel), 126-137.

14. HadaviBavili, P., & İlçioğlu, K. (2024). Premenstrual syndrome and lifestyle: development and validity of a premenstrual syndrome Quality-Of-Life scale. Journal of Affective Disorders, 362, 209-216.

15. Özkan, H. A. (Ed.). (2019). Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi,635-638

16. Öztürk, S., & Karaca, A. (2019). Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), 105-110.

17. Yazıcı, S. (2015). Perimenstrual Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1 (1), 58-67.

18. Reed, B. G., & Carr, B. R. (2018). The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. In K. R. Feingold (Eds.) et. al., Endotext. MDText.com, Inc.;2000.

19. Thiyagarajan, D. K., Basit, H., & Jeanmonod, R. (2024). Physiology, Menstrual Cycle. In StatPearls. StatPearls Publishing; September 27, 2024.

20. Itriyeva K. (2022). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Current problems in pediatric and adolescent health care, 52(5), 102187.

21. Cary, E., & Simpson, P. (2024). Premenstrual disorders and PMDD- a review. Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism, 38(1), 101858.

22. Liu, Q., Lin, Y., & Zhang, W. (2024). Psychological stress dysfunction in women with premenstrual syndrome. Heliyon, 10(22), e40233.

23. Gnanasambanthan, S., Datta, S. (2019). Premenstrual Syndrome. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 29(10), 281-285.

24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2017). Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124(3), e73-e105.

25. American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. American Psychiatric Pub.

26. Frank, R.T. (1931). The Hormonal Causes Of Premenstrual Tensıon. Journal of Nervous and Mental Disease, 26(5), 1053–1057.

27. Greene, R., & Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome. British medical journal, 1(4818), 1007–1014.

28. Arar, M. A. (2024). Premenstrual Sendroma Tarihsel Bakış. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 10(2), 5-8.

29. Gao, M., Zhang, H., Gao, Z., Cheng, X., Sun, Y., Qiao, M., & et al. (2022). Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine, 101(1), e28528.

30. Tschudin S. (2022). A global view on premenstrual syndrome. Archives of women's mental health, 25(6), 1007.

31. He, X., Su, J., Wang, K., Liang, Y., & Wang, L. (2025). Global, regional, and national prevalence and trends of gynecological diseases among females of childbearing age from 1990 to 2021: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. PloS One, 20(8), e0329336.

32. Zhu, L., Zhou, C., Li, X., Liu, Z., Tong, Y., & Yang, S. (2024). Global burden and trends in female premenstrual syndrome from 1990 to 2019. Archives of Women's Mental Health, 27(3), 369–382.

33. Andualem, F., Melkam, M., Takelle, G., Nakie, G., Tinsae, T., Fentahun, S., et al. (2024). Prevalence of premenstrual syndrome and its associated factors in Africa: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry, 15, 1338304

34. Geta, T. G., Woldeamanuel, G. G., & Dassa, T. T. (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.

35. Dutta, A., & Sharma, A. (2021). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. Health promotion perspectives, 11(2), 161–170.

36. Çitil, E. T., & Çitil Canbay, F. (2023). Premenstrual syndrome severity in Turkey: a meta-analysis study. Psychology, health & medicine, 28(7), 1783–1794.

37. Akbulut, Ö., Jafari, L., Aygün Arı, D., Pehlivantürk Kızılkan, M., Derman, O., & Akgül, S. (2024). Prevalence of premenstrual syndrome in adolescent girls. The Turkish journal of pediatrics, 66(3), 340–345.

38. Kahyaoglu Sut, H., & Mestogullari, E. (2016). Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. Safety and health at work, 7(1), 78–82.

39. Hashim, M. S., Obaideen, A. A., Jahrami, H. A., Radwan, H., Hamad, H. J., Owais, A. A, et al. (2019). Premenstrual Syndrome Is Associated with Dietary and Lifestyle Behaviors among University Students: A Cross-Sectional Study from Sharjah, UAE. Nutrients, 11(8), 1939.

40. Imai, A., Ichigo, S., Matsunami, K., & Takagi, H. (2015). Premenstrual syndrome: Management and pathophysiology. Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 42(2), 123-128.

41. Takeda, T. (2023). Premenstrual disorders: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 49(2), 510-518.

42. Çatakoğlu, H. (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tez Numarası 422821).

43. Goker, A., Artunc-Ulkumen, B., Aktenk, F., & Ikiz, N. (2015). Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 35(3), 275–278.

44. Şahin, E. (2024). Premenstrual Sendrom, Etiyolojisi, Epidemiyolojisi, Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 10(2), 1-4.

45. Turan, A., Güler K. İ., Çakır, H. B., & Topaloğlu, S. (2023). Prevalence and correlates of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among women aged 18-25 in Turkey. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 59(1), 101-111.

46. Yıldırım G. D., Bilgili, N. (2022). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevelansı, İlişkili Faktörler ve Konfor Düzeyi. Bezmialem Science, 10(1), 44-52.

47. Kızıldağ, İ. A., & Yiğit, F. (2023). Bir vakıf üniversitesindeki kız öğrencilerin premenstrual sendrom yaşama durumlarının ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 9(3), 148-161.

48. Dinh Trieu Ngo, V., Bui, L. P., Hoang, L. B., Tran, M. T. T., Nguyen, H. V. Q., Tran, et al. (2023). Associated factors with Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder among female medical students: A cross-sectional study. PloS one, 18(1), e0278702.

49. Uzunlar, E. A., & Karadağ, M. G. (2024). Premenstrual Sendrom: Beslenme ile İlişki Üzerine D8/erleme. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(1), 41-54.

50. Lamkhade, S., Gokhale, D. & Thakur, H. (2025). A cross-sectional study on risk factors of premenstrual syndrome among college-going students in Pune. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 37(2), 75-83.

51. Kilci, Ş., Daşıkan, Z. & Muslu, A. (2020). Primer Dismenore Ağrı Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Terapi Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi, 1 (2), 70-80.

52. Çetin, H. S., & Erbil, N. (2020). Premenstrual sendromda ağrı yönetimi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(2), 202-210.

53. Franco-Antonio C, Santano-Mogena E, Cordovilla-Guardia S. (2025). Dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and lifestyle habits in young university students in Spain: a cross-sectional study. J Nurs Res, 33(1): e374.

54. Erbil, N., & Yücesoy, H. (2023). Premenstrual syndrome prevalence in Turkey: a systematic review and meta-analysis. Psychology, health & medicine, 28(5), 1347–1357.

55. Haußmann, J., Goeckenjan, M., Haußmann, R., & Wimberger, P. (2024). Prämenstruelles Syndrom und prämenstruelle dysphorische Störung–Übersicht zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Der Nervenarzt, 95(3), 268-274.

56. Doğu, S. E., Ekici, G., & Ekici, B. (2022). Premenstrual Disforik Bozukluk, Premenstrual Sendrom ve Hafif Premenstrual Sendromu Olan/Olmayan Kadınlarda Duygudurum, Fiziksel Belirtiler, Bilişsel Durum ve Yaşam Doyumunun Karşılaştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. Bezmialem Science,10(5), 551-559.

57. Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7. (2023). Obstetrics and gynecology, 142(6), 1516–1533.

58. Association Of Women's Health Obstetric And Neonatal Nurses (AWHONN) (2021). Perinatal Clinical Nurse Educator: Clinical Competencies and Education Guide. Nursing for women's health, 25(3), S1–S10.

59. Yoshimi, K., Inoue, F., Odai, T., Shirato, N., Watanabe, Z., Otsubo, T., et al. (2024). Practical diagnosis and treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder by psychiatrists and obstetricians/gynecologists in Japan. PCN reports: psychiatry and clinical neurosciences, 3(3), e234.

60. Altun, Y. I., Temel, M., & Gurkan, O. C. (2024). Premenstrual Semptomlarının Yönetiminde Kanıta Dayalı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. Sağlık Araştırmaları Dergisi, 2(2), 172-186.

61. Güler, L., Demet, A. E., Çelik, Ş., & Bay, F. (2023). Premenstrual Sendromda Yaşanan Sorunlara Yönelik Alternatif Tedavi Yöntemleri: Sistematik Derleme. Diğer.

62. Acet, S., & Daşıkan, Z. (2025). Premenstrual Bozukluklarda Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelik ve Ebelikte Güncel Konular I, 191.

63. Balkan, E., & Genç, R. (2022). Determination of non-pharmacological methods used by midwifery students in premenstrual syndrome. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(4), 615-623.

64. Korkut, B., & İnci, H. (2024). Reprodüktif Dönemdeki Kadınların Premenstrual Sendrom Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Practice, 28(2), 35-45.

65. Abay, H., & Kaplan, S., (2019). Current approaches in premenstrual syndrome management. Bezmiâlem Science, vol.7, no.2, 150-156.

66. Nayak, A., Wood, S. N., & Hantsoo, L. (2025). Barriers to Diagnosis and Treatment for Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD): A Scoping Review. Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.), 32(6), 1757–1767.

67. Akın, Ö. (2024). Premenstrual sendromun yönetiminde bilişsel-davranışçı terapiler. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 10(2), 64-69.

68. Uçak, H., & Özkan, F. S. (2022). Traditional and complementary medicine practices used by women with premenstrual syndrome. Konuralp Medical Journal, 14(1), 23-29.

69. Jose, A., Nayak, S., Rajesh, A., Kamath, N., & Nalini, M. (2022). Impact of relaxation therapy on premenstrual symptoms: A systematic review. Journal of education and health promotion, 11(1), 401.

70. Yıldız, M. S., & Çağan, Ö. (2025). Premenstrual Syndrome: Non-pharmacological Management and Recommendations. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 72-90.

71. Karaca, P. P., & Beji, N. K. (2015). Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 178-186.

72. Küçükkelepçe, D. Ş. (2018). Premenstrual sendrom ile baş etmeye yönelik sağlık inanç modeli rehberliğinde verilen eğitim ve akupresurun premenstrual semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, doktora tezi, İnönü Üniversitesi.

73. Armour, M., Ee, C. C., Hao, J., Wilson, T. M., Yao, S. S., & Smith, C. A. (2018). Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews, 8(8), CD005290.

74. Jaber, R. M., Alghzawi, A. O., & Salameh, H. H. (2022). Premenstrual syndrome: consultation sources and the impact on women's quality of life. African health sciences, 22(1), 80–87.

75. Gümüşay, M. (2024). Premenstrual Sendromun Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 10(2), 58-63.

76. Uçar, M. A. (2024). Düzenli Egzersizin Menstruasyon Semptomları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(1), 392-399.

77. Ünal, B., Demir, C., & Özden, A. V. (2025). Polikistik Over, Dismenore ve Premenstrual Sendromda Egzersiz Yaklaşımları ve Önerileri. ATLJM, 5(13), 133-145.

78. Yao, S. S., & Smith, C. A. (2018). Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews, 8(8), CD005290.

79. Ryu, A., & Kim, T. H. (2015). Premenstrual syndrome: A mini review. Maturitas, 82(4), 436–440.

80. Marjoribanks, J., Brown, J., O'Brien, P. M., & Wyatt, K. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. The Cochrane database of systematic reviews, 2013(6), CD001396.

81. Güvey, H. (2019). Adölesanlarda primer dismenore ve tedavi yaklaşımları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 16(3), 160-166.

82. Carlini, S. V., Lanza di Scalea, T., McNally, S. T., Lester, J., & Deligiannidis, K. M. (2022). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. International journal of women's health, 14, 1783–1801.

83. 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.

84. Yang, H., Ma, Y., Wang, Y., Fu, C., Liu, W., & Li, W. (2024). Association between physical activity and risk of premenstrual syndrome among female college students: a systematic review and meta-analysis. BMC Women's Health, 24(1), 307.

85. Kawabe, R., Chen, C. Y., Morino, S., Mukaiyama, K., Shinohara, Y., Kato, M., et al. (2022). The relationship between high physical activity and premenstrual syndrome in Japanese female college students. BMC sports science, medicine & rehabilitation, 14(1), 175.

86. Akarsu, R. H., & Yalman, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Fiziksel Aktivite Düzeyi. Eurasian Journal of Sport Sciences and Education, 1(1), 18-29.

87. Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. Medicina (Kaunas), 59(11), 2044.

88. Zaman, İ. (2021). Premenstrual sendrom sorunu olan 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda anksiyete düzeyi, benlik saygısı ve yaşam kalitesinin incelenmesi ve karşılaştırılması [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

89. Topatan, S., & Kahraman, Ş. (2020). Premenstrual sendrom yaşayan üniversite öğrencilerinin yaşam kaliteleri ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 23(1), 35-44.

90. Awasthi, M., Singh, B., Gautam, A. K., & Thapaliya, P. (2025). Premenstrual Syndrome and the Quality of Life in Nursing Students in Nepal: A Cross-Sectional Study. Europasian Journal of Medical Sciences, 7, 1-9.

91. Türkçapar, A. F., & Türkçapar, M. H. (2011). Premenstrual Sendrom ve Premenstrual Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14(4).

92. Ataman, H., & Tan, K. (2021). Premenstrual Sendrom ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 4(3), 302-315.

93. Öztürk, M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

94. Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye'de Psikiyatri, 8(2), 81-87.

95. Aşcı, Ö., Süt, H. K., & Gökdemir, F. (2016). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(3), 79-87.

96. Korkem Yorulmaz, D., Ertarakcı, G. L., Yıldırım Sahan, T., & Turker, D. (2024). The effect of long-term, regular yoga on the pain and quality of life in women with premenstrual syndrome: A randomized controlled, single-blinded trial. Health Care for Women International, 45(9), 1048-1060.

97. Al-Hmaid, Y., Yonis, O. B., Alkhalili, M., & Kheirallah, K. (2024). Premenstrual syndrome's impact on Work-Related quality of life among Jordanian nurses. Cureus, 16(2), e53427.

98. Çelik, A., & Uskun, E. (2021). Yaşam kalitesini bozan bir sorunsal: Premenstrual Sendrom A problematic that disrupts the quality of life: Premenstrual Syndrome. Smyrna Tıp Dergisi, 57-68.

99. Çelik, A., & Uskun, E. (2022). Premenstrual sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. Pamukkale Medical Journal, 15(1), 1-13.

100. Düzgün, A. A., & Ege, E. (2024). Premenstrual Sendrom ve Yaşam Kalitesi. Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics, 10(2), 19-22.

101. Kharb A, Dey R, Singh VK. (2022). Correlation of body mass index with premenstrual syndrome and age at menarche in medical students. Natl J Physiol Pharm Pharmacol,12(1):30.

102. Eral, E. (2025). Genç kadınlarda beslenme ile egzersiz şiddet ve yoğunluğunun pms üzerine Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. (2017). BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 124(3), e73–e105.

103. Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Booth, M.L. & Ainsworth, B.E. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12, Country Reliability and Validity. Medicine Science and Sports Exercise. 35: 1381–95

8. EKLER

EK-1: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 23.12.2025
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 23.12.2025
TOPLANTI SAATİ : 13:00 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2025/11 (Değerlendirme Tarih:23.12.2025)
PROJE/ KARAR NO : 2025-620 (Değerlendirilme Tarihi: 23.12.2025)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalında görevli **Doç. Dr. Gönül KURT'un** sorumlu araştırmacı olduğu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalında Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Hilal ÖZGÖREN'in yardımcı araştırmacı olduğu, 2025/620 kayıt numaralı, **"Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** başlıklı **yüksek lisans tez** proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Mehmet Talay KÖYLÜ	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Merve GÜDÜL BACANLI	Üye	
12	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
13	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
14	Doç.Dr. Kadriye DEMİRKAYA	Üye	
15	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
16	Dr. Öğr. Üyesi Fatih NAMAL	Üye	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara Telefon:

EK-2: GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA KOMİSYONU ONAYI

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

GÜLHANE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

12.12.2025

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Fakültemiz Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalında görevli Doç. Dr. Gönül KURT'un sorumlu araştırmacı olduğu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Hilal ÖZGÖREN'in yardımcı araştırmacı olduğu "Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı akademik çalışmanın Gülhane Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile yapılmasında sakınca yoktur. Çalışmanın; etik kurul onay formunun bilimsel araştırmaları değerlendirme komisyonuna sunulduktan sonra yapılması uygun bulunmuştur.

Başkan	**Üye**	**Üye**
Şeyma Zehra ALTUNKÜREK	Öznur KAVAKLI	Burçin BEKTAŞ PARDES
Doç. Dr.	Dr. Öğr. Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi

EK-3: ÖLÇEK İZİNLERİ



Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

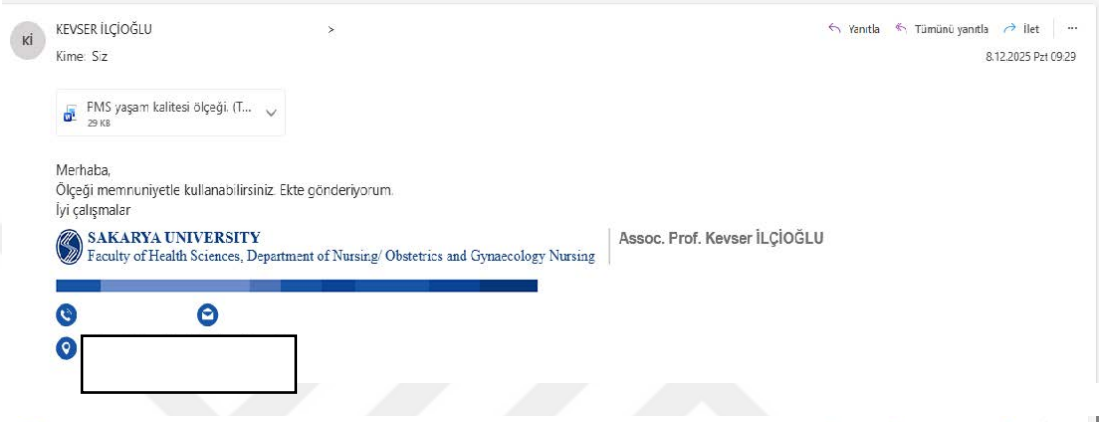
Kime:

8.12.2025 Pzt 08:08

Saygıdeğer Hocam,
Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim adım Büşra Hilal ÖZGÖREN.

Yüksek lisans tez çalışmamda(**Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Fiziksel Aktivite Arasındaki İlişki ve Yaşam Kalitesine Etkisi**), izniniz olursa ve çalışmamda kullanımını uygun bulursanız Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız **"Premenstrual Sendroma Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği "**ni kullanmak istiyorum. Yine izniniz doğrultusunda ölçeğin maddelerini ölçek hesaplamasını ve değerlendirmesine ilişkin bilgileri göndermenizi rica ederim. Teşekkür ederim .

Saygılarımla .



Kİ KEVSER İLÇİOĞLU >

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

Kime: Siz

8.12.2025 Pzt 09:29

FMS yaşam kalitesi ölçeği. (T... 29 KB

Merhaba,
Ölçeği memnuniyetle kullanabilirsiniz. Ekte gönderiyorum.
İyi çalışmalar

SAKARYA UNIVERSITY
Faculty of Health Sciences, Department of Nursing/ Obstetrics and Gynaecology Nursing

Assoc. Prof. Kevser İLÇİOĞLU

[redacted]



Busra Tekin

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

Kime:

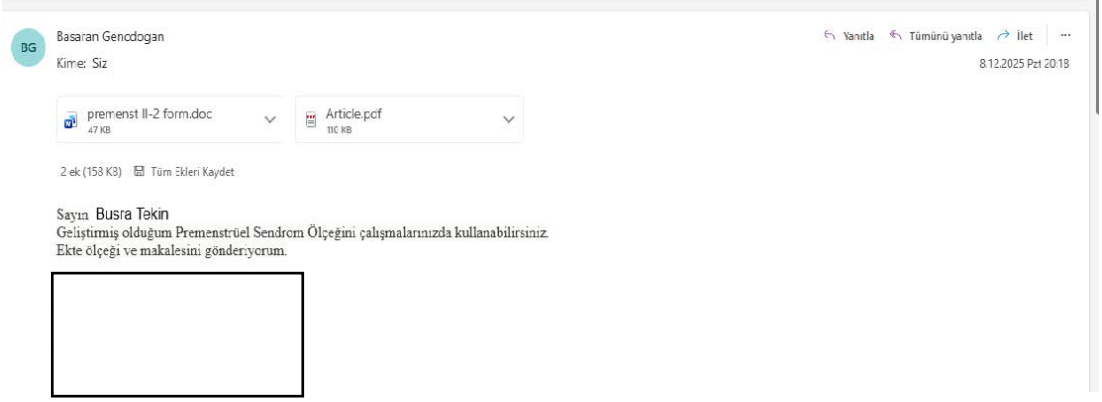
6.12.2025 Cmt 22:22

Saygıdeğer Hocam,
Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim adım Büşra Hilal ÖZGÖREN.

Yüksek lisans tez çalışmamda(**Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Sedanter yaşam Arasındaki İlişki ve Uyku Kalitesine Etkisi**), izniniz olursa ve çalışmamda kullanımını uygun bulursanız Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız **"Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)"**ni kullanmak istiyorum. Yine izniniz doğrultusunda ölçeğin maddelerini ölçek hesaplamasını ve değerlendirmesine ilişkin bilgileri göndermenizi rica ederim. Teşekkür ederim .

Saygılarımla .

...



BG Basaran Gencdogan

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

Kime: Siz

8.12.2025 Pzt 20:18

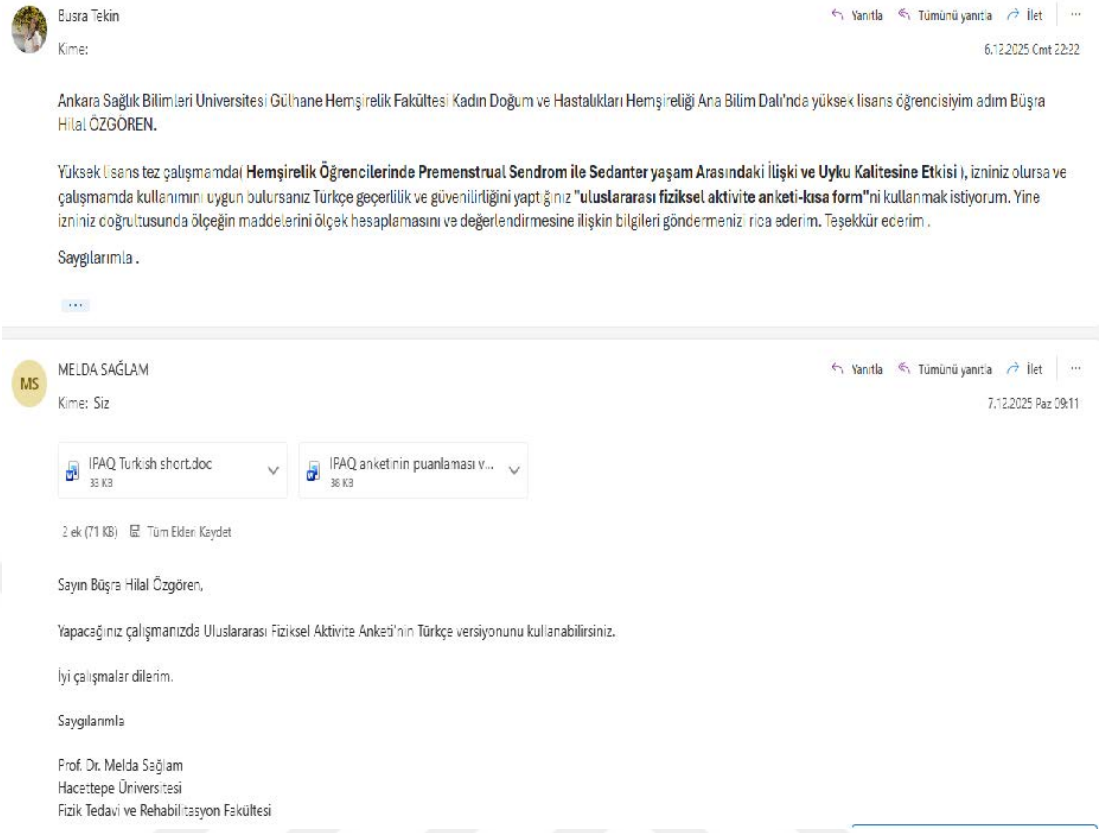
premenst II-2 form.doc 47 KB

Article.pdf 110 KB

2 ek (153 KB) Tüm Ekleri Kaydet

Sayın Busra Tekin
Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.
Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

[redacted]



Busra Tekin

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

Kime:

6.12.2025 Cmt 22:22

Ankara Sağlık Bilimleri Universitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim adım Büşra Hilal ÖZGÖREN.

Yüksek lisans tez çalışmamdaf **Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Sedanter yaşam Arasındaki İlişki ve Uyku Kalitesine Etkisi**), izniniz olursa ve çalışmamda kullanımını uygun bulursanız Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapt ğ nız **"uluslararası fiziksel aktivite anketi-kısa form"**ni kullanmak istiyorum. Yine izniniz doğrultusunda ölçeğin maddelerini ölçek hesaplamasını ve değerlendirmesine ilişkin bilgileri göndermenizi rica ederim. Teşekkür ederim .

Saygılarımla .

...

MS

MELDA SAĞLAM

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ...

Kime: Siz

7.12.2025 Paz 09:11

IPAQ Turkish short.doc
33 KB

IPAQ anketinin puanlaması v...
36 KB

2 ek (71 KB) Tüm Ekleri Kaydet

Sayın Büşra Hilal Özgören,

Yapacağınız çalışmanızda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Melda Sağlam
Hacettepe Üniversitesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi

EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sevgili Katılımcı,

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (Doç. Dr. Gönül KURT ve Yüksek lisans öğrencisi hemşire Büşra Hilal ÖZGÖREN) tarafından karşılanacak olup size hiçbir mali yük getirmeyecektir. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Sevgili Katılımcı,

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu çalışmanın ortalama 245 kız öğrenci ile yürütülmesi planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin, hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme durumunu, şiddetini ve fiziksel aktivite düzeylerini belirleyip yaşam kalitesini inceleyerek; hemşirelik öğrencilerine premenstrual sendrom yönetimi ve fiziksel aktivitenin faydaları konusunda verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerini planlama, öğrencilerin yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik duydukları ihtiyaç ve destek konularını belirleme açısından önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu bulgular, üniversitelerdeki sağlık merkezleri ve ilgili birimler için kanıta dayalı koruyucu ve destekleyici programlar geliştirilmesine zemin hazırlayacaktır. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya

katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde sizden bir anket doldurmanız istenecektir. Anket formlarını doldurmanız ortalama 5-10 dakika sürecektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresinden ve nolu numaradan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz. Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi ana dilimde okudum, anlayabileceğim yalın ve sade bir dille yazılmıştır. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün; ***Adı- Soyadı:*** ***İmzası:*** ***Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):*** ***Tarih :***	*Açıklamaları yapan araştırmacının* ***Unvanı, Adı- Soyadı:*** ***İmzası:*** ***Tarih:***

EK-5: KATILIMCI TANILAMA FORMU

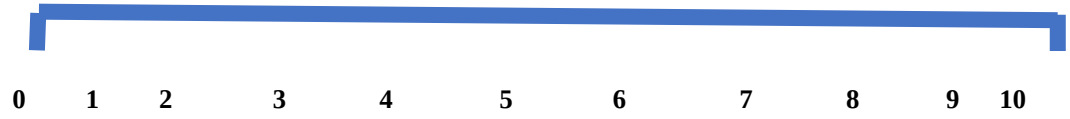
Değerli Katılımcı,
Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma bilimsel ve eğitim amaçlıdır. Bilgileriniz sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Lütfen soruları dikkatlice okuyup size en yakın gelen seçeneği (X) seklinde işaretleyiniz. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1) Doğum tarihinizi (yıl olarak) yazınız. (…….)
2) Boyunuzu yazınız: ……cm
3) Kilonuzu yazınız: ……kg
4) Medeni durumunuzu işaretleyiniz.
    a. Evli
    b. Bekar
5) Sınıfınızı işaretleyiniz?
    a. 1. sınıf
    b. 2. sınıf
    c. 3. sınıf
    d. 4. Sınıf
6) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
    a. Hayır
    b. Evet (ne iş yaptığınızı yazınız……)
7) En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?
    a. Köy/kasaba
    b. İlçe
    c. İl
8) Şu an kaldığınız yeri işaretleyiniz?
    a. Aile ile
    b. Akrabalar ile
    c. Arkadaşlarımla evde
    d. Öğrenci yurdu
    e. Diğer…….

9) Sigara kullanıyor musunuz?
   a. Hayır
   b. Evet (günde kaç adet kullandığınızı yazınız……adet/gün)
10) Alkol kullanma durumunuzu işaretleyiniz?
   a. Hayır
   b. Evet (günde kaç kadeh kullandığınızı yazınız……kadeh/gün)
11) Aşağıdaki yiyecek/içecekleri tüketme sıklığınızı işaretleyiniz?

Tüketilen	**Her gün**	**Ara sıra**	**Nadiren**	**Hiç**
Kahve	……bardak			
Çay	……bardak			
Asitli içecekler	……bardak			
Çikolata	……adet			

12) İlk adet yaşınızı belirtiniz …….
13) Kaç günde bir adet olursunuz? .....
14) Adetiniz kaç gün sürer? .....
15) Adetleriniz düzenli midir?
   a. Düzenli
   b. Düzensiz
16) Adet dönemi dışında ara kanamalarınız oluyor mu?
   a. Hiç olmuyor
   b. Nadir oluyor
   c. Sık sık oluyor
   d. Her adet döngüsünde oluyor
17) Adet öncesi ya da adet döneminizde ağrınız oluyor mu?
   a. Hayır
   b. Evet (adet döneminizdeki ağrı şiddetinize 10 üzerinden puanlama yaparsanız kaç puan vereceğinizi işaretleyiniz.)



18) Adet öncesi ve adet sırasında ağrınızı hafifletmek için yaptıklarınızı işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
    a. Yediklerine dikkat etme, diyet
    b. Egzersiz
    c. Vitamin/mineral takviyesi
    d. Stresten kaçınma
    e. Ağrı kesici kullanımı
    f. Diğer (……)
    g. Adet öncesi ya da adet döneminde ağrım olmuyor
19) Adetiniz başlamadan önceki hafta kendi durumunuzu her zamankine göre nasıl değerlendirirsiniz?
    a. Daha iyi
    b. Aynı
    c. Daha kötü
    d. Diğer (……)
20) Adet öncesi dönemde yaşadığınız şikayetleri/semptomları işaretleyiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
    a. Sinirlilik
    b. Stres, anksiyete
    c. Duygusal dalgalanmalar (ağlama hissi, alınganlık, vb.)
    d. Yorgunluk
    e. Göğüslerde hassasiyet
    f. Baş ağrısı
    g. Uykusuzluk
    h. İştah değişiklikleri
    i. İsteksizlik
    j. Konsantre olamama
    k. Diğer (……)

21) Adet öncesinde ya da adet döneminde yaşadığınız şikayetleriniz nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?
    a. Hayır
    b. Evet
22) Adet öncesinde ya da adet döneminde yaşadığınız ağrı ve şikayetleriniz günlük yaşamınızı etkiliyor mu?
    a. Hayır, etkilemiyor
    b. Hafif düzeyde etkiliyor
    c. Orta düzeyde etkiliyor
    d. Şiddetli düzeyde etkiliyor
23) Ailenizde adet öncesi ya da adet döneminde sizin yaşadığınız ağrı ve şikayetlerinize benzer şikayet yaşayan kişi var mı?
    a. Hayır
    b. Evet (kimde olduğunu belirtiniz……)

EK-6: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ

Aşağıda verilen tanımlayıcı cümlelere **ADETTEN ÖNCEKİ BİR HAFTA BOYUNCA** olma durumunu dikkate alarak, cümlenin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmamasını değerlendirmeyiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

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

27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK-7: PREMENSTRUAL SENDROMA ÖZGÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda adet öncesi dönemde yaşadıklarınıza ilişkin verilen her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde olma durumunu cümlenin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
Adet öncesi dönemde;					
1. Yorgunluk nedeniyle günlük aktivitelerim sırasında zorluk çekiyorum.					
2. Yorgunluk, iş yerinde/ders çalışmada/ev işlerinde çalışmama engel oluyor.					
3. Kendime güvenimin azalması sosyal aktivitelerimi olumsuz şekilde etkiliyor.					
4. Depresif ruh halim yapmak istediğim şeyleri yapmama engel oluyor.					
5. Odaklanmada zorluk yaşadığım için, sınırlı sayıda iş yapabiliyorum.					
6. Enerjim düşük olduğu için sanki yatağa bağımlıymışım gibi hissediyorum.					
7. Adet öncesi sorunu yaşamayanları kıskanıyorum.					
8. Her ay bu belirtileri yaşamaktan sıkılıyorum.					
9. Adet öncesi tedavisinde ilaç almak zorunda kalmak beni öfkelendiriyor.					
10. Uyku düzenimde değişiklikler gün içerisinde ihtiyacım olan enerji düzeyini olumsuz bir şekilde etkiliyor.					
11. Kendimi güçsüz hissettiğim için günlük aktivitelerim azalıyor.					
12. Uyku düzenimde değişiklikler yaşadığım için konsantrasyon eksikliği yaşıyorum.					
13. Kendimi tükenmiş hissettiğim nedeniyle genel mutluluğum olumsuz şekilde etkileniyor.					
14. Hissettiğim ağrı günlük aktivitelerime engel olacak şekilde yaşamımı olumsuz etkiliyor.					

15. Stres yönetiminde güçlük yaşadığım için iş yerinde veya okulda olmak istediğim gibi davranamıyorum.					
16. Tartışmalar sırasında, suçluluk hissini yoğun yaşamam sebebiyle kendimi doğru bir şekilde ifade edemiyorum.					
17. Cinsel isteğimde değişiklikler yaşıyorum.					
18. Ağrı (Baş, karın, vb.) nedeniyle ilgili sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalıyorum.					
19. Konsantrasyon eksikliği veya hafıza problemleri işime/ dersime odaklanmama engel oluyor.					
20. Yaşadığım duygusal dalgalanmalar eşim veya partnerimle ilişkimi etkiliyor.					
21. Çabuk duygulanıp ve ağlamam hayatımı olumsuz etkiliyor.					
22. Göğüslerimde hassasiyet veya ağrı nedeniyle kendimi rahatsız hissediyorum.					

EK-8: ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ- KISA FORM

Günlük yaşayış içerisinde yaptığınız aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinizi çok hareketli, bir kişi olarak görmeseniz dahi her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, iş yerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içerisinde 10 dakika veya üzerinde süren nefesini hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

□ Haftada…… gün

□ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 3. Soruya geçiniz.)

---

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

□ Bilmiyorum / Emin değilim

□ Günde…… dakika

□ Günde…… saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

□Haftada…… gün

□Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (Bu şıkkı işaretlediyseniz 5. Soruya geçiniz.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

□ Bilmiyorum / Emin değilim

□ Günde…… dakika

□ Günde…… saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

□ Haftada…… gün

□ Yürümedim (Bu şıkkı işaretlediyseniz 7. soruya geçiniz.)

---

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

□ Bilmiyorum / Emin değilim

□ Günde…… dakika

□ Günde…… saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde oturarak günde ne kadar zaman harcadınız?

□ Bilmiyorum / Emin değilim

□ Günde…… dakika

□ Günde…… saat

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Büşra Hilal ÖZGÖREN

Doğum Yeri ve Tarihi:

Uyruğu: T.C

Medeni Durum:

İletişim Adresi ve Telefonu:

Mail adresi:

Yabancı Dili:

II. Eğitim

Yüksek Lisans: 2022-2026 Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Lisans: 2013-2017 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

Lise: 2009-2013 İzmir Karşıyaka Lisesi

İlköğretim: 2002-2009 İzmir Egekent Akış Öğütçü İlköğretim Okulu

III- Ünvan

Hemşire

IV. Mesleki Deneyim

Hemşire:

12.12.2017- 28.02.2018; Kıbrıs Dr. Suat GÜNSEL Üniversitesi Diş Hastanesi'nde Hemşire

28.07.2021- 31.12.2021; Ankara İbni Sina Hastanesi – Genel Cerrahi Kliniği

24.06.2022-14.11.2022; Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Çocuk ve Kadın doğum Poliklinikleri

15.11.2022- devam ediyor; Ankara Etlik Şehir Hastanesi- Üroloji servisi

V. Diğer Bilgiler

Katıldığı Kongre ve Seminerler:

- 11-12 Mayıs 2017: Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi
    - Gerekliliği Giderek Artan Bir Alan: Rehabilitasyon Hemşireliği Konulu Poster Çalışması
- 19–20 Aralık 2013: I. Gülhane Hemşirelik Öğrencileri Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kongresi

Sertifikalar ve Kurslar:

- Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu -2013
- GATA HYO Hemşirelik Eğitim Çalıştayı- 2015
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi-2017
- Preanalitik Hataların Azaltılması ve Kan Alma Teknikleri Eğitimi- 2017
- Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik ve Arama-Kurtarma Tatbikatı Kursu-2017
- Temel Düzey Cerrahi Onkoloji Hemşireliği Kursu- 2023