

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ADÖLESANLARDA PREMENSTRUAL SENDROM İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ZEREN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

TEMMUZ 2024
İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ADÖLESANLARDA PREMENSTRUAL SENDROM İLE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilek ZEREN
(221219025)
(0009-0006-2893-3082)

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ATAK MERİÇ

İstanbul 2024



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

04.07.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 04.07.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ATAĞ MERİÇ

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Üye (İmza)

Yalova Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Adölesanlarda Premenstrual Sendrom İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki” adlı tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (04/07/2024).

Dilek ZEREN

Daima benimle olan ve desteğini benden hiçbir zaman eksik etmeyen değerli eşim

Ahmet ZEREN' e ithaf ediyorum

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim süresi boyunca bilgi, deneyim ve tecrübelerinden faydalandığım, kendimi geliştirmek adına kendisini örnek aldığım, bana her zaman destek olan, tezimin her aşamasında yanımda olan ve öğrencisi olduğum için gurur duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe Atak MERİÇ'e,

Eğitim sürecinde üzerimde sonsuz emekleri olan, beni yetiştiren, bana kendimi her zaman değerli hissettiren tüm hocalarıma, okulumda çalışmaya destek olan okul müdürüme,

Her zaman benim yanımda olup bana destek olan canım ailem; annem Nurcan NİKBAY, babam Fuat NİKBAY ve kız kardeşlerime,

Her koşulda yanımda olan, bana inanan, desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen sevgili eşim Ahmet ZEREN'e , oğlum Yusuf Eray ZEREN ve kızım Asmin ZEREN'e,

Çalışmaya gönüllü olarak katılma duyarlılığını gösteren herkese en içten teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz 2024

Dilek ZEREN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	ix
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR	xiii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xiv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
ÖZET.....	xvi
ABSTARCT	xvii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Adölesan Dönem	4
2.1.1. Adölesan dönemin özellikleri ve evreleri	5
2.1.2. Adölesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme.....	7
2.1.3. Adölesan dönemde cinsel gelişme.....	8
2.1.4. Adölesan dönemde psikososyal gelişme	9
2.1.5. Adölesan dönemde bilişsel gelişme.....	10
2.2. Adölesanlarda Premenstrual Sendrom (PMS).....	10
2.2.1. Premenstrual sendromun tanımı	11
2.2.2. Premenstrual sendromun yaşam üzerine etkileri	13
2.2.3. Premenstrual sendrom ile başa çıkma yöntemleri	14
2.3. Adölesan Dönemi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	18
2.3.1. Sağlık davranışları	18
2.3.1.1. Kendini gerçekleştirme	19
2.3.1.2. Manevi gelişim	20
2.3.1.3. Sağlık sorumluluğu	21
2.3.1.4. Fiziksel aktivite.....	21
2.3.1.5. Beslenme.....	23
2.3.1.6. Kişilerarası ilişkiler.....	25
2.3.1.7. Stres yönetimi	26

2.3.2. Adölesan dönemde riskli sağlık davranışları.....	27
2.4. Adölesan Sağlığında Okul Hemşiresinin Rolü.....	28
2.4.1. Birincil önleme stratejileri.....	30
2.4.2. İkincil önleme stratejileri.....	32
2.4.3. Üçüncül önleme stratejileri.....	33
2.5. Adölesan PMS’de Okul Hemşiresinin Rolü.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri.....	35
3.5. Araştırma Soruları	37
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	39
4. BULGULAR	41
4.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	41
4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamaları.....	45
4.3. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Arasında İlişkiler	46
4.4. Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	48
4.5 Adölesan Yaşam Biçimi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	63
4.6. Öğrencilerin Yaş, İlk Adet Yaşı ve Regl Dönemi İle Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği İlgili Verilerin Karşılaştırılması.....	73
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
6.1. Sonuç	87
6.2. Öneriler.....	88
KAYNAKLAR	89
EKLER.....	102

Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu	102
Ek-2: Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	105
Ek-3: Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II.....	107
Ek-4: Premenstrual Sendrom Ölçeği İzni.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-5: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği II Kullanım İzni	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-6: Etik Kurul İzin Yazısı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-7: Kurum İzin Yazısı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	109



KISALTMALAR

%	: Yüzde
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
ark.	: Arkadaşları
AYBÖ	: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
N	: Evren
N	: Örneklem
Ort	: Ortalama
PMS	: Premenstrual Sendrom
SPSS	: Statistical Package for Social Science for Windows
Std.Sap.	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	: Ve Benzeri
WHO	: World Health Organization

ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa No:
Çizelge 3.1: Verilerin Normal Dağılım.....	39
Çizelge 4.1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=270).....	41
Çizelge 4.2: Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamaları (n=270).....	45
Çizelge 4.3: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=270).....	46
Çizelge 4.4: Adölesan Yaşam Biçimi ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi	47
Çizelge 4.5: Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	49
Çizelge 4.6: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	64
Çizelge 4. 7: Yaş, İlk Adet Yaşı, Regl Dönemi Süresi ile Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği vePremenstrual Sendrom Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi	74

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No:
Şekil 2.1: Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Stratejileri	29
Şekil 3.1: Araştırmanın Akış Planı	38



ADÖLESANLARDA PREMENSTRUAL SENDROM İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZET

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olup adölesan kız çocuklarında premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Nisan-Haziran 2024 tarihleri arasında Şırnak ilinde bir ortaöğrenim kurumunda yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, ortaöğretime devam eden, menstruasyon yaşayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 270 kız öğrencileri oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)" ve "Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ)" kullanılmıştır.

Yapılan çalışmada; öğrencilerin %22,2'si 9.sınıfta, %31,9 10.sınıfta, %26,30'ü 11.sınıfta ve %19,6'sı 12.sınıfta yer aldığı, öğrencilerin yaş ortalamasının $15,720\pm 1,155$, ilk adet yaşının ortalaması ise $12,840\pm 0,905$ olduğu bulunmuştur. PMS yaşayan katılımcıların Premenstrual Sendrom ölçeğinden aldığı toplam puan $131,867\pm 39,469$ olduğu, ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise depresif duygulanım $22,256\pm 8,085$, anksiyete $17,200\pm 7,412$, yorgunluk $21,419\pm 6,448$, sinirlilik $16,596\pm 6,089$, depresif düşünceler $20,485\pm 8,118$, ağrı $9,478\pm 3,380$, iştah değişimleri $8,907\pm 3,638$, şişkinlik $6,952\pm 3,666$ ve uyku $8,574\pm 3,975$ olarak saptanmıştır. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeğinden alınan toplam puan incelendiğinde puan ortalamasının $108,015\pm 15,259$ olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. AYBÖ'nin Alt boyutları incelendiğinde, "sağlık sorumluluğu" $14,730\pm 3,057$, "fiziksel aktivite" $12,682\pm 3,278$, "beslenme" $16,641\pm 3,171$, "pozitif yaşam algısı" $16,682\pm 3,506$, "kişilerarası ilişkiler" $17,474\pm 3,204$, "stres yönetimi" $15,837\pm 2,889$ ve "spiritüel sağlık" $13,970\pm 3,153$ olarak saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda PMS'nin AYBÖ'nin pozitif yaşam algısı ve beslenmeyi etkilediği görülmüştür. Tanımlayıcı özelliklere ve ölçekler arasındaki puan ortalamaları incelendiğinde premenstrual sendrom ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında zayıf anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Premenstrual Sendrom, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Adölesan, Kız Öğrenci*

THE DECIENCY BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN ADOLESCENTS

ABSTARCT

This research is a descriptive and correlational study and was conducted to examine the relationship between premenstrual syndrome and healthy lifestyle behaviors in adolescent girls.

The research was conducted in a secondary school in Şırnak province between April and June 2024. The sample of the research consisted of 270 female students who attended secondary education, experienced menstruation and participated in the research voluntarily. "Personal Information Form", "Premenstrual Syndrome Scale (PMSS)" and "Adolescent Lifestyle Scale" were used to collect the findings. In the study; 22.2% of the students are in the 9st grade, 31.9% in the 10nd grade, 26.3% in the 11rd grade and 19.6% in the 12th grade, the average age of the students is $15,720\pm 1,155$, the first menstrual period is The average age was found to be 12.840 ± 0.905 . The total score of the students experiencing PMS from the Premenstrual Syndrome scale was 131.867 ± 39.469 , and the average scores of the scale subscales were 22.256 ± 8.085 , anxiety 17.200 ± 7.412 , fatigue 21.419 ± 6.448 , irritability 16.596 ± 6.089 , depressive thoughts 20.485 ± 8.118 , pain. $9,478$ It was determined as ± 3.380 , appetite changes as 8.907 ± 3.638 , bloating as 6.952 ± 3.666 and sleep as 8.574 ± 3.975 . When the total score obtained from the Adolescent Lifestyle Scale was examined, it was revealed that the average score was 108.015 ± 15.259 . When the sub-dimensions of AYBÖ are examined, "health responsibility" 14.730 ± 3.057 , "physical activity" 12.682 ± 3.278 , "nutrition" 16.641 ± 3.171 , "positive life perception" 16.682 ± 3.506 , "interpersonal relations" 17.474 ± 3.204 , "stress management" " $15,837\pm 2,889$ and "spiritual health" was found to be $13,970\pm 3,153$.

As a result of the study, it was seen that PMS and PED affect positive life perception and nutrition. When the descriptive characteristics and mean scores between the scales were examined, weak significant relationships were found between premenstrual syndrome and healthy lifestyle behaviors.

Keywords: *Premenstrual syndrome, Healthy Lifestyle Behaviors, adolescent, schoolgirl.*

1. GİRİŞ

Adölesan dönem, bireyin biyopsikososyal yönden hızlı bir şekilde gelişip olgunlaştığı ve birçok yönden büyümenin meydana geldiği, çocukluktan çıkıp yetişkinliğe geçiş dönemidir (Gölbaşı, 2005). Adölesanlar, bağımsız bir birey olmak için yakın çevreleri ile ilişki kurup sosyal becerilerini geliştirirler. Yaşamlarında hızlı değişimlerin olduğu, yeni davranışların öğrenildiği adölesan dönem birey için en zorlayıcı ve en kritik dönemdir (WHO, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşları arasındaki dönemi adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. DSÖ göre; dünya üzerinde yaşayan 7,2 milyar insan vardır ve bu sayının 3 milyardan fazlası 25 yaşından küçük olan genç insanlardır ve ortalama olarak baktığımızda, dünya nüfusunun % 42'sini 25 yaş altında bireyler oluşturmaktadır. Dünyadaki adölesan sayına baktığımızda ise 10-19 yaşları arasında bireyler yaklaşık 1,2 milyardır (DSÖ,2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde adölesan nüfusunu 2018 yılında tüm nüfusun %15,7'si ve 2019 yılında ise toplam nüfusun %15,3'ünü oluşturmaktadır (TÜİK, 2020).

Adölesan dönemi; erken, orta ve geç adölesan dönemi olarak üç döneme ayrılmaktadır. Kızlarda 12-18, erkeklerde 13-18 yaşları arasında başlayan bu dönemler arasında orta ve geç dönemde bireyin olumsuz risk davranışlarına başlaması açısından riskli bir dönem olduğu ifade edilmektedir. Genel olarak bu dönemde tütün ve madde bağımlılıklarına başlanıldığı, bireyde ortaya çıkan hızlı değişimler sonucu fiziksel aktivitenin azaldığı, yeme bozukluklarının ortaya çıktığı, kız adölesanlarda premenstrual sendrom belirtileri ile baş etmeye çalıştığı, ilk cinsel ilişki nedeniyle birçok hastalığın ortaya çıktığı dönem olarak belirtilmektedir (Call ve ark. 2002; CDC, 2022).

Çeşitli sorunların ortaya çıkmasıyla zor bir süreç olan adölesan dönem, kız çocuklarda menarşın başlamasıyla daha zorlu bir dönem haline gelmektedir. Menarşın başlaması beraberinde birçok sorunun da ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Premenstrual sendrom (PMS) da bu önemli sorunlardan birisidir (Taşkın, 2009). Fiziksel bir olay olan menstruasyon öncesi ortaya çıkan bir durum olan PMS

bireyde duygudurum bozukluklarına yol açabilmektedir. PMS, menstrual periyodun luteal fazında ortaya çıkan menstruasyon ile ortadan kalkan bir takım semptomlardır. PMS semptomlarının 30-35 yaşlarında daha fazla yaşandığı ifade edilmesine rağmen son yapılan araştırmalara göre ergenlik döneminde, ilk adet görüldükten sonraki birkaç yıl içerisinde de yaşandığı ifade edilmiştir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Türkiye’de üniversite ve ortaöğretim öğrencileriyle yapılan araştırmalarda, PMS prevalansının %42,7 ile %67,5 arasında olduğu sonucuna varılmıştır (İnce, 2001; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Kırcaan ve ark., 2010). Tüm çalışmalar sonucunda bu semptomların, kişiye göre değiştiği için bireysel olup şiddetli, orta ve hafif derecede hissedildiği ortaya çıkmıştır. Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle semptomların ortaya çıkmasında hormonların etkisi olduğu belirtilmektedir (Güven, 2000). En sık görülen semptomlar anksiyete, gerginlik, abdominal şişkinlik, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, saldırganlık, öfke, meme hassasiyeti, ağlama nöbetleri, konsantrasyon güçlüğü, iştah değişiklikleri, ekstremitelerde ödem, deri döküntüleri, şişkinlik, baş ağrısı ve sırt ağrısıdır (Collins ve ark., 2016; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Bu semptomlarla birlikte, kadınların yaşam kalitesini düşüren, çalışma kapasitesinin azalmasına ve bireyin verimliliğın düşmesine neden olan şiddetli PMS belirtileri de görülmektedir. PMS semptomları sadece kişiyi değil aile ve çevresini de etkilemektedir (Demir ve ark., 2006). Gençdoğan yaptığı bir çalışmada genç kızların aile ile olan ilişkilerinin ve okul performansının önemli ölçüde bozduğunu belirtmektedir (Gençdoğan, 2006). Taşçı ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada; PMS semptomlarının, genç kızların yaşam aktivitelerini ciddi derecede etkilediğini ve bu sorunların giderilmesine yönelik müdahaleler için de adölesan kızların yaşadığı semptomları ve bilgi kaynaklarını bilmenin önemli bir veri sağlayacağını belirtmiştir (Taşçı, 2006).

PMS’nin etkilerini azaltmak için kişinin kendi yaşamlarına değişiklik yapmaları hayatlarına olumlu etki sağlamaktadır. Bu nedenle PMS tedavisi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını özümsemeleri ve yaşamlarına dahil etmeleri gerekmektedir. Sağlıklı yaşam tarzı, insan sağlığını etkileyebilecek bütün davranışlarını sürdürmesi ve sağlığıyla ilgili davranışları yaşamına entegre ederek günlük aktivitelerini düzenlemesi anlamına gelir (Ocakçı, 2003). Bundan dolayı tütün, alkol ve zararlı madde kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, yanlış beslenme,

şiddet eğilimi, sağlıklı olmayan kilo alımı ve hızlı kilo kaybı, riskli cinsel davranışlar ve iletişim sorunlarına benzer olumsuz davranışlardan uzak durması gerekmektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). PMS'nin hafif veya orta düzeydeki semptomlarını kaldırmak için düzenli egzersizlerinin yapılması, tütün, alkol, kafein ve sodyum alımının kısıtlanması, rahatlama tekniklerinin uygulanması ve dengeli beslenmenin etkili olabileceği belirtilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

PMS semptomlarının bilinmesi, önlenmesi, azaltılabilmesi için ya da daha başarılı bir tedavi yöntemi için bu probleme biopsikososyal bir yaklaşımın zorunlu olduğu bildirilmektedir (Kızılkaya, 2015). Premenstrual sendrom yaşayan bireylerde hemşireler, semptomlarla baş etmede anahtar kişidir. Hemşirelik mesleğinin amacı, adet öncesi sorunları bilmek, tanımlamak, değerlendirmek ve bu sorunları en iyi şekilde yönetmek olmalıdır (Coşkun, 2015). Hemşireler, PMS'in tanı, tedavi ve yönetimi gibi konuları içerisinde bulunduran eğitim programlarını planlayarak kadınların bu programlara katılmasına olanak sağlanabilir. Böylece premenstrual şikayetlerin azaltılmasına ve bunun neticesinde yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilirler (Karaca ve Beji, 2015). Gençlerin hayatlarını kontrol altına almalarına ve PMS sorunlarını yönetebilmelerine yardımcı olmak için uygun beslenme, yeterli ve dengeli egzersiz yapma, rahatlama teknikleri ve stres azaltma yöntemlerini kullanma gibi sağlıklı yaşam tarzı önerilmektedir (Breslin ve ark., 2003).

Sonuç olarak; genç kızların kendi vücutlarındaki değişikliklerin farkında olmaları, PMS dönemindeki semptomlarını tanımaları ve bu semptomlarla baş etme konusunda bilgilendirilmeleri onların yaşam kalitesini artıracak, sosyal yaşamlarına ve eğitimlerine olan olumsuz etkilerini azaltacaktır.

Türkiye' de 14-49 yaş arası kadınlar ile ilgili birçok araştırmalar yapılmıştır fakat lise öğrencilerinde PMS ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu sebeple bu çalışma, lise öğrencilerinde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bilgi sağlanması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

“Adolescence” sözcüğünden türemiş olan adölesan, Latince’de “gelişmek, olgunlaşmak” manasına gelmektedir. Türkçe’de ise ergenlik, blüç çağı, puberte gibi adölesan kelimesiyle aynı anlama gelen kelimeler kullanılmaktadır (Kan Öntürk ve Ulus, 2014). Adölesan dönem; 10-19 yaş aralığını kapsayan, fiziksel büyüme ve gelişmenin görüldüğü, cinsel gelişme ve biopsikososyal olgunlaşmanın yaşandığı çocukluk çağından çıkıp yetişkinliğe geçiş dönemidir (İlhan, 2018). Kişilerde biyolojik, psikolojik ve sosyal geçişlerin hızla yaşandığı, yaşam sürecinin en önemli ve etkileyici dönemlerinden biridir (Parlaz ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşları arasını “adölesan” ve 15-24 yaş arasındakileri “genç” olarak , 10-24 yaş arasını da “genç insanlar” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2020). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ise adölesan dönemini 12-18 yaşları arasında “çocukluk döneminden çıkıp yetişkinlik dönemine geçiş” olarak tanımlamaktadır. Adölesan döneminin başlangıç yaşları erkeklerde 11-14, kız çocuklarında ise 10-12 olarak kabul edilmektedir (HSGM, 2020). Bununla birlikte çocuklarda büyüme ve gelişme bireysel olması nedeniyle, belirli bir yıl sınırlaması yapmak zordur ve her çocuk için adölesan döneminin süresi bireye özeldir (Hacıalıoğlu, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre adölesan grubu yaş dönemleri;

- Adölesan öncesi dönem; kız çocuklarında 9-12 erkek çocuklarında 10-13 yaş,
- Erken adölesan dönem; kız çocuklarında 12-14 erkek çocuklarında 13-15 yaş,
- Orta adölesan dönemi; kız çocuklarında 14-16 erkek çocuklarında 15-17 yaş,
- Geç adölesan dönemi; kız çocuklarında 16-18 erkek çocuklarında 17-18 yaş olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2016).

İnsanın yaşamı boyunca geçirdiği tüm değişim ve gelişimleri psikoseksüel bir zemin üzerine inşa eden Freud, beş gelişim döneminden bahsetmiştir. Bunlar; oral dönem, anal dönem, fallik dönem, latent dönem ve genital dönemdir. Bireylerin tüm

değişim ve gelişimlerinin yaşandığı genital dönem, psikoseksüel gelişim kuramının son basamağı olarak kabul edilmektedir. Freud'a göre; adölesan bireyin ilgisi, ailesinden uzaklaşarak başka yönelimlerde bulunabilir, karşı cinse ilgi duyulabilir ve bu dönem boyunca aile ilişkilerinde çatışmalar ortaya çıkabilir. Bu gelişme ve olgunlaşma döneminde kişi artık bağımsız bir birey olduğunu kabul edebilir ve cinsel dürtülerine bir cevap araması gerektiğine karar verebilir. Bu nedenle ilk cinsel deneyimini de yaşayabilir. Freud'a göre birey daha önce geçtiği dönemlerde cinsellik ile ilgili sorunlar yaşadıysa genital dönemde cinsel kimlik oluşumları sıkıntılı geçebilmektedir (Özdamla, 2019; Duyan, 2016). Adölesan dönemde karşı cinse ilginin yanı sıra sosyalleşme ve bir çok grup etkinliklerine katılma isteğinin ortaya çıkmasıyla adölesan birey giderek sosyal bir yetişkine dönüşür (Geçtan, 2012).

2.1.1. Adölesan dönemin özellikleri ve evreleri

Adölesan dönemin özelliklerine baktığımızda; bireyin duygu durumunun hızla değiştiği ve bunun sonucunda olaylara çabuk tepki verdiği, yemek yeme bozukluklarının ortaya çıktığı, dış görünüşüne ve giyimine dikkat ettiği, derslere olan ilgisinin azaldığı ve bağımsız olma isteği artarken bir yandan destek görme isteğinin de arttığı bir dönemdir (Uçar, 2014). Adölesan dönem; erken adölesan dönem, orta adölesan dönem, geç adölesan dönem olarak üç evrede incelenebilir (Hacıalioglu, 2019 ; Hatipoğlu, 2013).

Erken adölesan dönem: Cinsel olgunlaşmanın başladığı, fiziksel ve davranışsal gelişmenin hızlı olduğu erken adölesan dönem 10-14 yaş arası kapsamaktadır (İlhan, 2018). Kız çocuklarında büyüme, gelişme ve cinsel olgunlaşma erkeklerden daha hızlı gerçekleşmektedir (Derman, 2008). Bu dönemde yaşanan erken büyüme her iki cinsiyette farklı etkilere neden olmaktadır. Yaşanılan fiziksel değişimleri takiben üreme organlarının değişimi ve sekonder karakter gelişimleri meydana gelmektedir. Tüm bu değişim ve gelişimler sonucunda toplumsal cinsiyet rolleri içinde bulunma isteği, dürtüler ve cinsel kimlik oluşmaktadır (Gaete, 2015).

Bu dönemde hemcinsleriyle oluşturulmuş gruplar, karşı cinsle kurulan arkadaşlık ilişkileri ve yapılan seçimler büyük önem kazanır. Eleştiri düzeylerinin artmasıyla aileyi ve mevcut yaşam şeklini reddetmeye başlayabilirler (Kopetz ve ark., 2019). Aile ile olan ilişkisinde bağlılık duygusu azalırken bağımsızlık

duygusunun arttığı bir geçiş dönemidir. Aileleriyle yaptıkları aktiviteye karşı ilgi azalırken arkadaşlarıyla yaptıkları aktivitelere karşı ilgisi artar (İlhan, 2018; Ercan, 2005). Bunula birlikte adölesan çocukların ailelerine ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda, anne babanın adölesan bireyle ilişkilerindeki olumsuz tutumların ergende düşük benlik saygısı, davranış sorunları, okul başarısında azalma ve madde kullanımına neden olduğu belirtilmiştir (Pinquart, 2017; Martínez ve ark., 2019). Hendekçi ve Gök Uğur (2021) yaptığı bir çalışmada ergenler ile anne-baba ilişkilerinin riskli sağlık davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Adölesanların anne-baba ile olan ilişkisi arttıkça riskli sağlık davranışlarının azaldığı bilinmektedir (Hendekçi ve Gök Uğur, 2021).

Orta adölesan dönem: Bu dönemde, 15-17 yaş arası adölesan bireylerin fiziksel ve cinsel büyümenin büyük kısmının tamamlandığı, kişiliklerinin oluşmaya başladığı ve özerklik duygusunun geliştiği dönemdir (Derman, 2008; Köse, 2011). Bağımsız olma isteği en üst seviyededir ve bu nedenle ebeveynleriyle ciddi çatışmalar ortaya çıkabilir (İlhan, 2018). Arkadaşlarıyla olan iletişimini çok önemser, karşı cinse ilgi artar. Özellikle bu dönemde adölesan bireyler kendilerini çok güçlü, ölümsüz, karşı gelinemez hissetmeleri nedeniyle riskli davranışlara yönelebilirler (Ercan, 2005; Köse, 2011). Bu riskli davranışlar sonucunda güvensiz cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, madde bağımlılığı ve duygu durum bozuklukları ortaya çıkabilir (Alikaşifoğlu, 2008).

Geç adölesan dönem: Bu dönem, 18-21 yaş arasındaki adölesan bireylerin büyüme ve cinsel gelişimlerinin tamamlandığı son evredir. Bu dönem boyunca bedensel büyüme ve zihinsel gelişme devam eder (Peker, 2017). Bu süre zarfında gençler biyolojik, fiziksel ve zihinsel becerilere böylece bir yetişkin gibi bir çok şeyi yapabilme yeteneğine sahip olurlar (Yazgan, 2006). Kimlik duygusu oluşmuş, mantıklı ve gerçekçi bir bilinç gelişmiştir. Bir önceki dönemlere göre sosyal etkileşimlerin, akademik ve sanatsal arayışların, daha derin yaşandığı, bireyin kendisini daha çok tanıdığı ve kendini bir topluma ait hissettiği dönemdir. Bulunduğu dönem içerisinde duygular fazla derin ve yoğunlukta yaşanır ancak bu duyguları kontrol edebilecek zihinsel mekanizmalar daha tam olarak gelişmemiştir (Yazgan, 2006). Diğer dönemlere göre duygu ve düşüncelerindeki taşkınlıkların azaldığı, bireyin daha olgun ve dengeli olduğu bir dönemdir. Bu dönemde birey yetişkinlerle ilişkilerinde pozitif bir gelişme içerisindedir ve problemlerini daha

gerçekçi değerlendirip daha az duygusallıkla problemlerini çözmeye çalışmaktadır (Peker, 2017).

Üç evreden oluşan adölesan dönem fiziksel, cinsel, bilişsel ve psikososyal yönden gelişimsel değişikliklerle karakterizedir. Adölesan dönem boyunca fizyolojik gelişme, kas ve iskelet sistemindeki hızlı büyüme ile cinsel gelişme ve olgunlaşmanın tamamlanmasıyla gerçekleşmektedir. Psikolojik gelişim ise bilişsel ve kimlik gelişiminin özelliklerinin belirlenmesiyle gerçekleşmektedir.

2.1.2. Adölesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişme

Adölesan dönemin en belirgin özelliklerinden biri fiziksel olarak çocuğun hızlı büyümesidir. Fiziksel büyüme ve gelişme bu dönemde hızlı gerçekleşir ve büyüme hızı cinsiyete göre farklılık gösterir. Erkekler de büyüme evresi, kızlardan iki yıl sonra başlamaktadır (Kurtar, 2011).

Boyda uzama kızlarda belirgin olarak 12-13 yaşlarında görülürken, erkeklerde 14-15 yaşlarında görülür (Kurtar, 2011). Yetişkinlikteki boy uzunluğunun %20-25'i adölesan dönem içerisinde kazanılır. Kız çocuklarında ortalama 23-28 cm boy artışı olurken, erkek çocuklarında ise oluşan boy artışı ortalama 26-28 cm'dir (Parlaz ve ark., 2012). Bireyin, adölesan dönemdeki hızlı büyümenin başlamasından altı yıl sonra yetişkinlikteki boy uzunluğu tamamlanır. Kız çocuklarında bulunan östrojen hormonu, erkeklerde bulunan testosteron hormonuna göre büyüme kıkırdağını daha erken kapattığından; erkek çocuklarının boylarının uzaması 19-20 yaşlarına kadar devam ederken, kız çocuklarında ilk adet kanamasının görülmesinden birkaç yıl sonra boy uzaması durmaktadır. Sonuç olarak, adölesan bireyler 3-5 yıl içerisinde yetişkinlikteki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşmaktadır (Kurtar, 2011).

Adölesan dönem boyunca genel büyüme ve gelişme ile beraber organlar, iskelet sistemi, lenfoit sistem, yağ ve kas dokularında da değişiklikler meydana gelmektedir (Kan Öntürk ve Ulus, 2014; Yeşilfidan ve Adana, 2019). Kas-iskelet sistemi ve organlarda büyüme gerçekleşirken, vücudun kıkırdak yapılarında kemikleşme meydana gelir (Parlaz ve ark., 2012). Bu dönemde kafa ve yüz kemiklerinde büyüme, göğüs ve kalça kemiklerinde ise genişleme görülür. El ve ayaklar vücudun diğer yerlerine göre daha erken büyümeleri nedeniyle vücutta simetrik olmayan bir durum ortaya çıkar. Bu asimetrik durumdan dolayı geçici

sakarlıklar oluşabilir. Birey yeni gelişen vücuduna alıştığında bu durum ortadan kalkar. Daha sonrasında ise kol ve bacaklarda uzama, omuzlarda ise genişleme görülür (Aksoy ve Erol, 2017).

Ekstremitelerdeki değişimle birlikte, bu dönem boyunca ortalama kızlar 16, erkekler 20 kilo alabilmektedir. Bu kiloları almalarının nedeni kızlarda yağ depolanmasının gerçekleşmesi erkeklerde ise kas ve kemik kütlelerinin artmasından kaynaklanmaktadır (Aksoy ve Erol, 2017).

2.1.3. Adölesan dönemde cinsel gelişme

Ergenlik döneminde cinsel gelişme ve olgunlaşma, üreme hormonlarının artmasıyla yetişkine özgü cinsel duygular ve sekonder cinsiyet karakteri özellikleri ile gerçekleşmektedir (İlhan, 2018). Bu dönemde kızlar ve erkeklerde sekonder seks karakter özellikleri olan; meme gelişimi, aksiller kıllanma, pubik kıllanma ve ilk adet kanaması (menarş) gibi değişimler görülmektedir (Parlaz ve ark., 2012).

Kız adölesanlarda göğüslerde büyüme, kalçalarda genişleme ve ilk menstruasyon (menarş) gibi değişimler görülür (Arslan ve Balkıs, 2014). Öncelikli olarak meme gelişimi (telarş) ortalama 10-11 yaşlarında başlar ve cinsel gelişmenin ilk bulgusudur. Meme gelişiminin başlamasından yaklaşık olarak 6-12 ay sonrası pubikte kıl oluşumu (pubarş) meydana gelir. Bu gelişmelerden 2-2.5 yıl sonrasında ise düzensiz ve ağrılı olan ilk menstruasyon (menarş) görülmeye başlar (Abacı ve Büyükgebiz, 2011; Parlaz ve ark., 2012).

Menstrüel kanamaların başlaması ve düzenli periyotlar halinde kendini göstermesi bireysel değişikliklere bağlıdır. Çünkü her çocukta büyüme ve gelişme bireyseldir ve bu nedenle kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir. Genellikle menarşın başlamasından sonraki ilk iki yıl içerisindeki düzensizlikler olağan kabul edilmektedir (Kınık, 2000).

Kız çocuklarında östrojen hormonunun artmasıyla vulva, overler, uterus, vajen, labialar fiziksel olarak büyür ve gelişir (Pekcan, 2006). Himen mukozasında kalınlaşma, klitoriste hafif büyüme ve pubiste ise yağlanma gözlemlenir (Kan Öntürk ve Ulus, 2014; Parlaz ve ark., 2012). Erkek adölesanlarda testis hacminin artması cinsel gelişimin ilk bulgusudur. Bu dönemde penis boyunda artış ve testisler de büyüme meydana gelir. Erkek üreme organlarının gelişmesiyle sperm üretimi başlar (Ardıç, 2008; Kurtar, 2011). Pubik kıllanma, aksiller kıllanma, bıyık ve sakal

tüylerinin çıkması, ses değişikliği ve spermarş sırasıyla gerçekleşmektedir (Hacıoğlu, 2019). Puberte döneminin ortalarına doğru aksiller kıllanma görülür. Bu süreci androjen hormonuna duyarlı bölgelerde (sırt, göğüs, ve uylukların üst bölümü) kılların çıkması takip etmektedir (Ercan, 2005). Vücutta salgılanan hormonların artmasıyla seste kalınlaşma, omuzlarda genişleme, kol ve bacak kaslarının geliştiği gözlenir ve adölesanın vücudu erkeksi bir görünüm kazanır (Ardıç, 2008; Kurtar, 2011).

2.1.4. Adölesan dönemde psikososyal gelişme

İnsan hayatının önemli dönüm noktalarından biri olan adölesan dönemde bireyin hızlı bir şekilde yaşadığı değişimler, psikososyal gelişimini önemli derecede etkilemektedir. Bu dönemde yaşadığı fiziksel değişimler bireyin bedeniyle daha fazla meşgul olmasına neden olmaktadır. Adölesanın cinselliğinin farkında olması ve yaşadığı değişimlerden dolayı duygu karmaşası yaşayabilmektedir (İlhan, 2018 ; Hacıoğlu,2019).

Adölesan bireylerin yetişkin bir birey olmaları için kimlik gelişiminin tamamlanması gerekmektedir ve psikososyal gelişmenin en önemli özelliği kimlik gelişiminin tamamlanmasıdır (Parlaz ve ark., 2012). Erikson'a göre sosyal etkileşimin bireyin kimlik gelişimini ciddi ölçüde etkilediği görüşünü savunmaktadır (Gürses ve Kılavuz, 2011).

Erikson, birey çevresindeki kişilerle sağlıklı bir ilişki içerisinde ise kişilik gelişimini de sağlıklı bir şekilde yürütebildiğini savunmaktadır. Bu nedenle Erikson, bireyin çevresindeki kişileriyle olan iletişiminin ve ebeveynleri, öğretmeni, akraba ve arkadaşları ile olan ilişkisinin psikososyal gelişimi için son derece önemli olduğundan kuramında bahsetmektedir (Özdemir ve ark., 2012).

Kimlik ve rol karmaşasının birlikte görüldüğü bu dönemde başkaları tarafından nasıl görüldüğü adölesan için çok önemlidir. Özellikle bu dönemde adölesan bireylerin cinsel rollere yönelik karmaşa içinde olmaları, karar vermede zorluk çekmeleri ve hatta psikososyal geri çekilmeleri onların yaşamlarını, duygu ve düşüncelerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca ilgi odağı olmak isteyen adölesanlar, akran gruplarına kendilerini kabul ettirmek için aykırı ve riskli davranışlarda da bulunabilirler. Erikson'un kişilik gelişimi ve kimlik karmaşası üzerine görüşleri, adölesan bireylerin düşünce ve davranışlarını anlamamızı kolaylaştırmaktadır.

Okulun aile ile olan işbirliğiyle bireye verilen psikolojik destek ve rehberlik, adölesan dönemde bireyin olumsuz bir kimliğe yönelmesini engelleyecektir (Erden ve Akman, 2005; Ardiç, 2015; Aksoy ve Erol, 2017).

2.1.5. Adölesan dönemde bilişsel gelişme

Bilişsel gelişimin kuramcısı olan J.Piaget, bilişsel gelişimi 12 yaşında başlayarak erişkinlik dönemine kadar süren bir dönem olarak tanımlamaktadır. J.Piaget'e göre adölesan dönem somut düşüncelerden uzaklaşıp daha çok soyut düşünölmeye başladığı bir dönemdir. Bu dönemde birey soyut kavramları algılayabilme, soyut ve somut kavramları ayırt edebilme, hayal kurma, değişkenleri belirleme, değerlendirme ve kontrol etme yetenekleri gelişir (Törüner ve Büyökgönenç, 2012). Adölesan dönemde gelişen en önemi yetenek soyut kavramları algılayabilme özelliğidir ve herhangi bir problemle karşılaşan adölesan problemin gerçek veya olası durumlarını varsayımlarını oluşturabilir (Aksoy ve Erol, 2017).

Adölesanlarda gelişen soyut düşünme kavramı, onların günlük hayattaki davranışlarını da etkileyebilmektedir. 13-15 yaşları arasında dünya sorunları hakkında daha fazla düşünmeye, daha tartışmacı, eleştirel ve idealist olmaya başlarlar. (Call ve ark. 2002; Duyan 2008). Bu dönemde ki gençler herhangi bir problemle karşılaştıklarında, öncelikle bu problemin gerçek ve olası durumlarını kapsayan hipotezler oluşturmaktadırlar. Bunun sonucunda problemin tüm özelliklerini belirleyip değerlendirmekte ve o sorun ya da gerçeklik için gerçekte tek bir varsayımsal açıklamanın olduğunu fark etmektedirler. Böylece birey varsayımsal bir analiz yaparak hipotezini doğrulayacak araştırma verilerini elde etmeye çalışır. (Ahioglu, 2011).

2.2. Adölesanlarda Premenstrual Sendrom (PMS)

İlk menarşın görülmesiyle birlikte adet görmeye başlayan kız çocukları, menstruasyon döneminde ve öncesinde zihinsel, bedensel ve duygusal zorluklar yaşayabilmektedir. Düzensiz ve sancılı adet görme gibi problemler mesntruasyon döneminde gözlenirken, menstruasyon öncesinde de çeşitli fiziksel ve davranışsal problemler ortaya çıktığı görölmektedir (Derman ve ark. 2004). Periyodik olarak her menstruasyon dönemi öncesi çeşitli duygusal ve bedensel belirtiler ile karşımıza çıkan, adet kanamasının başlamasıyla belirtilerin ortadan kalktığı Premenstrual

sendrom, adölesan dönemdeki genç kızlar için başetmesi zor bir durum haline gelmektedir (Choate 2014). Bu tür problemlerin genç kızların yetişkinlik dönemlerindeki ruh ve bedensel sağlıklarında kalıcı izler bırakmaması için PMS hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

2.2.1. Premenstrual sendromun tanımı

Menstrual siklus, kadın yaşamının 30-35 yılını kapsayan, her ay düzenli periyotlar halinde tekrarlanan fizyolojik bir olaydır. Kadınların ve kız çocuklarının hayatlarının önemli bir bölümünü etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren menstruasyon döneminde bazı problemler karşımıza çıkmaktadır (Taşkın, 2007; Rizk ve ark., 2007). Bu problemler arasında en çok amenore (adet kanamasının hiç olmaması ya da kesilmesi), dismenore (sancılı adet ağrısı), anormal uterus kanamaları ve premenstrual sendrom görülmektedir (Ayhan ve ark., 2008).

Adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan premenstrüel sendrom (PMS), adet kanamasının başlamasıyla ortadan kalkan kognitif (bilişsel), somatik, duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlayan bir terim olup, kadının normal yaşam aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini bozacak derecede ciddi davranış değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır (Gökçe, 2006; Parker, 1993). Kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte sendromun ortaya çıkmasında hormonların etkili olduğu düşünülmektedir (Günel ve Tuncer, 2004). Anson'un 1999 yılında yapmış olduğu araştırmasında belirttiği üzere premenstrual sendroma (PMS)'ye dair ilk tanımlar 1931 yılında Frank tarafından yapılmıştır. Frank'a göre; menstruasyon öncesinde ortaya çıkan aşırı mutsuzluk, aile içinde yaşanan anlaşmazlıkların ve görülen duygusal değişimlerinin kadınların hormonlarıyla alakalı olduğunu belirtmiştir (Anson, 1999). PMS belirtileri puberteden önce, gebelikte ve menopozdan sonra ortaya çıkmaz, sadece siklusun luteal fazında ortaya çıkmaktadır (Güven, 2000).

Kadınlar ve kız çocuklarının büyük çoğunluğunda, menstruasyondan bir hafta önce çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. PMS diye adlandırdığımız bu dönemde ortaya çıkan bu sorunlar; göğüste ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, uykusuzluk, baş ağrısı, sırt ağrısı, mide bulantısı, abdominal şişkinlik, yeme bozuklukları gibi sorunlardır ve şiddeti orta veya hafif olarak kişiden kişiye farklılık göstermektedir. PMS döneminde kadınların %90'ında en çok karşılaşılan semptom abdominal şişkinliktir. Vakaların % 50 sinde ise memelerde

hassasiyet ve baş ağrısı görülmektedir (Ayhan ve ark., 2008). Kadınların dörtte üçünde ortaya çıkan bu geçici belirtiler birçok kadının ve kız çocuklarının sosyal ilişkilerini, çalışma kapasitelerini, aile içi iletişimlerini ve okul performanslarını ciddi derecede bozmaktadır (High ve Marcellino 1995, Marvan ve Martinez-Millan 1995, Walker 1992).

Taşçı'nın öğrenciler üzerinde yaptığı premenstruel şikayetleri yaşama durumlarıyla ilgili çalışmasında öğrencilerin %44,3'ü gerginlik, %47,5'i bel bölgesinde ağrı, %10,7'si mide bulantısı, %39,4'ü meme ağrısı ve hassasiyet, %41'i yüz bölgesinde veya ciltte akne ve sivilce, %54,9'u yorgunluk problemlerini yaşadığını ve %91'i menstruasyon döneminde belirtilerin günlük yaşam aktivitelerini etkilediği belirtilmiştir (Taşçı, 2006). Demir ve arkadaşları (2006) yaptığı araştırmasında kadınların %91,7'sinin adet öncesinde az veya fazla PMS semptomlarını yaşadığını, %82,3'ünün ise menstruasyon döneminde adet sancısı çektiğini tespit etmiştir (Demir ve ark., 2006). Malezya'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin %75'inin PMS belirtilerini yaşadığı, %68'inin ağrılı adet yaşadığı saptanmıştır (Lee ve ark., 2006).

Premenstrual sendromun bilinen özgün bir tedavisi bulunmamaktadır ancak PMS olgularında ortaya çıkan semptomla özel tedaviler verilebilir. Özellikle yaşam biçimi değişiklikleri PMS tedavisinde etkilidir. Bunun nedeni kişileri yaşamlarında yaptıkları değişiklikler onlar için pozitif etki yaratacaktır (Ayhan ve ark., 2008). Kendi yaşamlarına uyguladıkları; sigara ve alkolün bırakılması, düzenli ve dengeli beslenme, strese baş edebilme yöntemlerini uygulama, düzenli uyku ve egzersiz gibi değişikliklerin PMS tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Berek, 2004).

Yapılan çalışmalarda PMS'nin etkileri ile başa çıkmak için genç kızların; ağrı kesici kullanımlarının, sıcak uygulama, egzersiz ve istirahat gibi farmakolojik olmayan yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Topatan ve Kahraman (2020) yaptığı çalışmada, genç kızların %16,2'sinin sıcak su ile banyo yaparak ve %2,5'inin ağrı kesici ilaç kullanarak göğüslerdeki ağrı ve hassasiyet ile baş etmeye çalıştıklarını belirtmiştir (Topatan ve Kahraman, 2020). Yeşiltepe ve Şahin (2004) çalışmasında, katılımcıların %59,5'inin ağrı kesici kullandığı, %24,7'sinin ise bel, sırt ve karın bölgesine uygulanan masajın ağrı üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir (Yeşiltepe ve Şahin, 2004). Çıtak ve Terzioğlu (2002) yaptığı çalışmada, menstruasyon ağrısını gidermek için genç kızların %34,1'inin egzersiz yaptığı,

%71,7'sinin ağrı kesici kullandıklarını belirtmiştir (Çıtak ve Terzioğlu, 2002). Kısa, Zeyneloğlu ve Güler (2011) çalışmasına katılan öğrencilerinden %48,7'sinin PMS ile baş etme yöntemi olarak en sık analjezik kullanımına başvurdukları saptanmıştır (Kısa, Zeyneloğlu ve Güler, 2011). Jeong ve ark. (2001) yüksek öğrenim öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, katılımcıların PMS ile baş etmede en çok farmakolojik olmayan egzersiz ve dinlenme gibi yöntemleri uyguladıkları belirtilmiştir (Jeong ve ark., 2001).

2.2.2. Premenstrual sendromun yaşam üzerine etkileri

Kadınların ve kız çocuklarının ruhsal ve bedensel sağlığının temel belirleyicilerinden biri olan premenstrual sendrom, kadının sadece kendisini değil, ailesini ve çevresini de etkilemektedir (Nisar ve ark., 2008). Menstruasyon öncesi ortaya çıkan bu semptomlar kadınların ve kız çocuklarının iş performansını, günlük yaşam aktivitelerini, akademik başarısını ya da yaşam kalitesini bozacak derecede şiddetli olabilir (Zaafraane ve ark., 2007). Anadha Lakshmi'nin 2011 yılında yaptığı bir araştırma sonucunda kadınların premenstrual semptomlar nedeniyle işteki verimliliğin ve çalışma kalitesinin azaldığı, kaza potansiyelinin ve ekonomik kayıplarının da arttığı belirtilmektedir (Anandha Lakshmi ve ark., 2011). Demir ve arkadaşları (2006) yaptığı araştırmaya göre premenstrual şikayetleri olan kadınların %70,3'ünün, iş verimliliklerinin bu dönemde azaldığı bulunmuştur (Demir ve ark., 2006).

PMS dönemindeki sorunlar, adölesan kız çocuklarının günlük aktivitelerini, yaşamını ve üretkenliğini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Almanya, İtalya, İngiltere, Brezilya, Fransa, Macaristan ve Meksika ülkelerinde 14-50 yaş arasında 4085 kadında yapılan bir araştırmada, PMS belirtilerinin yaşam aktivitelerine etkisi incelenmiş ve sonuç olarak bedensel ve psikolojik belirtilerinin günlük yaşamdaki aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği bunun neticesinde PMS'nin yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Dennerstein ve ark., 2010). Genç kız çocuklarının da aile ve toplumsal ilişkilerinin, çalışma kapasitelerinin ve okul performanslarının ciddi bir şekilde bozulduğu belirtilmektedir (Taşcı, 2006; Kırcan ve ark., 2012). Sule ve Ukwenya (2007) yaptığı bir araştırmada, öğrencilerin %15'inin ağrılı adet dönemi ve %8'inin adet öncesi semptom nedeniyle okula devamsızlık yaptığını ve bu kızların %50'sinden fazlasının yine bu nedenle her ay devamsızlık yaptığı saptamıştır (Sule ve Ukwenya, 2007). Okulda bulunan adölesan kız öğrencilerde okul başarısında

düşüş görülmesi, okula devamsızlığın artması gibi durumlar ortaya çıkınca yaşanan stresle beraber pek çok duygudurum bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Ölçer ve ark., 2017). En sık karşılaşılan duygudurum bozuklukları; çökkünlük, gerginlik, alınganlık, huzursuzluk, sinirlilik, kararsızlık, konsantrasyon ve uyku bozukluklarıdır (Johnson, 2004 ; Lane ve Francis, 2003).

2.2.3. Premenstrual sendrom ile başa çıkma yöntemleri

Premenstrual dönemde ortaya çıkan semptomlar, kadınların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik, ağrı gibi fiziksel semptomlar ve anksiyete, gerginlik, benlik saygısı, beden imajının etkilenmesi ile depresif duyguların geliştiği psikolojik semptomlar yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Kadını ailesinden ve çevresinden uzaklaştıran ve yalnızlaştıran yönü ile de sosyal anlamda ciddi problemler oluşturmaktadır (Victor ve ark., 2019). Bu sebeple PMS semptomlarıyla başetmek kadınların ve kız çocuklarının yaşam kaliteleri, iş, sosyal ve okul hayatlarını olumlu yönde etkileyecektir. Günümüzde kadınlar ve kız çocukları farmakolojik tedavinin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile PMS döneminde yaşadıkları sorunlarla baş etmeye çalışmaktadırlar (Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Weisz ve Knaapen, 2009; Kelderhouse, Taylor ve Douglas, 2002; Panay, 2011).

PMS ile baş etmede kullanılan yöntemler; mineral ve vitamin takviyeleri, egzersiz, diyet, terapiler, yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Elizabeth ve ark., 2008; Karaca ve Beji, 2015). Beslenme programında şekerli ve gazlı içecekler, çikolata ve kafein, sigara ve alkol kullanımının kısıtlanması gibi yapılan iyileştirmeler PMS'nin semptomlarına karşı uygulanabilecek en efektif yaklaşımlardır. Vücutta ödem oluşumunun engellenmesi ve homeostazinin sağlanması için en ideal beslenme kısıtlamalarından biri diyetle sodyum kısıtlamasıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Yapılan bu değişiklikler kadınlar ve genç kız çocuklarının yaşamlarında olumlu etki yaratacağı düşünülmektedir.

Premenstrual sendromla başa çıkmak için; eğitim, stresi azaltma, sağlıklı beslenme düzeninin belirlenmesi, bilişsel ve davranışsal terapi, sıcak uygulama, beden egzersizleri ve gevşeme teknikleri kullanılmaktadır.

-Eğitim: Tedavi için en önemli nokta eğitimidir. Bireyin şikayetlerinin dinlenilmesi ve hastaya bu semptomların uygulanacak tedavi ile giderilebilecek bir durum olduğunun anlatılması bile kişiyi rahatlatır ve onu tedavi edebilecek özelliktedir (Carey ve Rayburn, 2006). Menstruasyon öncesi semptomlara karşı kişiyi bilinçlendirmek hafif ya da orta şiddetteki olgularda iyileştirme sağlayabilmektedir.

-Stresi azaltma: Bu dönemde stresi azaltmak için bir çok aktivite yapılabilir. Bunlar: düzenli egzersiz yapmak, aile, arkadaş ve sosyal çevreden destek almak, hobilerine zaman ayırmak, yeterli ve dengeli uyumak, gevşeme tekniklerini uygulayarak gevşemek (Akdemir ve Birol, 2005), psikoterapi almaktır (Carey ve Rayburn, 2006).

-Beslenme: Menstruasyonun luteal fazında görülen problemleri azaltmak için diyet yapılması gerekmektedir. Bu dönemde kadınların sık ve az yemek yemesi, yağlı ve tuzlu yemeklerden uzak durması gerekmektedir. Çay, kahve, kola, alkol alımının kısıtlanması, şeker alımının azaltılması, sıvı ve ödem retansiyonunun önlenmesi için sodyum alımının kısıtlanması gerekmektedir (Panay, 2007; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Eğicioğlu, 2008).

Bianco ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada; 108 kadının %14'ünde PMS yaşama durumunun kompleks karbonhidrat, lif ve kalsiyum alımının azalmasıyla, %27'sinde ise magnezyum, lif, B6 vitaminin alımının azalmasıyla ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte %42'sinde ise ortaya çıkan PMS belirtilerinin daha fazla basit şeker, kafein ve sodyum alımıyla ilişki olduğunu belirtmiştir (Bianco ve ark., 2014).

Yapılan farklı çalışmalarda premenstrual sendrom yaşayan kadınların tuzlu ve şekerli gıdalara ilgilerinin arttığı, bunları tüketmeleriyle beraber premenstrual ödem oluştuğu rapor edilmiştir. Bu nedenle sodyum ve karbonhidrat tüketiminin kısıtlanması şişkinlik ve ödemin oluşmasına engel olacağı araştırmada belirtilmiştir (Işgın ve Büyüktüncel, 2017; Reid, 2017).

Tuz, alkol ve kafeini kısıtlamak, kalsiyum ve B6 vitamin alımı, doğal diüretikleri içeren dengeli bir diyet uygulamak PMS belirtilerini azaltmaya yardımcı uygulamalardır. Yapılan araştırmalara göre günde 100mg B6 vitamini almak ve günlük 1000-1200 mg kalsiyum almak PMS'nin hafif semptomlarında etkili olmaktadır (Ayhan ve ark., 2008; Carey ve Rayburn, 2006; Taşkın, 2007; Beksaç ve ark., 2006).

-Bilişsel ve davranışsal terapi: PMS semptomları ile baş etme sürecinde bilişsel ve davranışsal terapi kadınlara yardımcı olabilmektedir (Panay, 2011). Hafif ve orta şiddette PMS belirtisi olanlarda psikoterapotik girişimler etkili olmaktadır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Tahran’da yapılan yarı deneysel bir çalışmada PMS semptomları yaşayan 56 kadın arasında oluşturulan deney grubuna 10 oturumluk bilişsel-davranışsal eğitimi verilmiş; bu eğitimin, baş ağrısı, karında şişkinlik ve yutkunma gibi fiziksel semptomlar üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu, ancak hassas göğüs ve ekstremitelerde iyileşme olmadığı sonucuna varılmıştır (Davoodvandi ve ark., 2011).

İran’da yapılan bir araştırmaya göre ise; premenstrual sendrom yaşayan 40 üniversite öğrencisi müdahale ve kontrol gruplarına ayrılmış ve müdahale grubundaki öğrencilere 10 seans bilişsel-davranışsal terapi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilere herhangi bir tedavi uygulanmamıştır. Sonuçlar, istatistiksel olarak anlamlı olup, bilişsel ve davranışsal terapi uygulanan deney grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermiştir. Böylelikle bilişsel ve davranışsal terapinin, PMS’li kadınların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirebilir sonucu ortaya çıkmaktadır (Izadi- Mazidi ve ark., 2016).

-Sıcak uygulama: PMS ile baş etme yöntemlerinin bir diğeri olan sıcak uygulama, ağrı yönetiminde etkilidir. Yapılan bir çalışmada, premenstrual sendromda ağrı ile baş etmede, kadınların %10,4’ünün sıcak uygulamayı kullandığı bulunmuştur (Eğicioğlu ve ark., 2014). Karaküçük ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise premenstrual sendrom şikayetleri ile mücadele etmek amacıyla öğrencilerin; masaj yapma (%22,4), soğuktan uzak durma (%65,3), ılık bir banyo yapma(%61,7), ağrı bölgesine sıcak uygulaması yapma (%53,8) gibi uygulamalara başvurdukları belirlenmiştir (Karaküçük ve ark., 2022). 154 kız öğrenci ile yürütülen başka bir çalışmaya göre; sıcak uygulama yöntemi olarak öğrencilerin %87,7’sinin bel ve karın bölgelerine sıcak uyguladığı, %86,4’ünün ise ılık duş metodunu kullandığı sonucu ortaya çıkmıştır. Karın ve bel bölgelerine sıcak uygulama yapan katılımcıların %88,7’sinin bu uygulamadan fayda gördüğünü ifade etmiştir (Şimşek ve ark., 2022).

-Beden egzersizleri ve gevşeme teknikleri: Alternatif tedavilerde ve semptomlarla baş etmede ilk seçeneklerden biri egzersiz olmaktadır. Günde 30 dakikalık olarak yapılan egzersizler, endorfin hormonunu arttırarak ağrıyı

hafifletmektedir (Carey ve Rayburn, 2006). Egzersiz yapmak, kişide rahatlamaya yol açtığı, vücutta ödem oluşmasını engellediği belirtilmiştir (Serena ve ark., 2001). Egzersizin PMS üzerine etkileri ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Bayram'ın 2007 yılında yaptığı araştırmasında; herhangi bir kronik hastalığı olmayan Türkiye basketbol takımında yer alan 93 sporcu kadın ile hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluşturduğu 96 sedanter kadın gruplarını oluşturulmuş, sporcu kadınların haftada 4 gün düzenli olarak antreman yaptıkları gözlemlenmiş olup, bu antreman programında orta ve ağır egzersiz yaptıkları belirlenmiştir. Sedanter grubun ise herhangi bir aktivite yapmamasına dikkat edilmiştir. Bunun sonucunda PMS semptomlarını, sedanter grubun sporcu grubundan daha şiddetli yaşandığı saptanmıştır (Bayram, 2007). Dehnavi ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise; 65 öğrencinin kontrol ve müdahale gruplarına ayrıldığı ve müdahale grubuna 8 hafta boyunca haftada 3 kez, her seansın 20 dakika sürdüğü aerobik egzersizleri yaptırıldığı belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda müdahale grubunun kontrol grubuna göre premenstrüel sendromun fiziksel belirtilerinden olan şişkinlikte anlamlı azalma olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca çalışmanın başındaki ve sonundaki belirtilerin ortalamaları arasındaki farklar karşılaştırıldığında şişkinlik, kusma, ateş basması, iştah artışının önemli ölçüde azaldığı bulunmuş ve egzersizin premenstrüel sendromun fiziksel semptomlarını azalttığı sonucuna varılmıştır (Dehnavi ve ark., 2016).

PMS'nin etkileri ile başetmede gevşeme teknikleri olarak; yoga, meditasyon veya nefes egzersizleri tavsiye edilmektedir (Köse, 2009). Yapılan bir çalışmaya göre PMS yaşayan 11 kadına menstruasyon döngüsünün hem lüetal hemde foliküler fazında yoga dersi verilmiştir. PMS yaşayan kadınların yoga egzersizinden sonra kendilerini daha rahat hissettikleri veya daha huzurlu oldukları sonucuna varılmış ve PMS'li kadınların kendilerini daha iyi hissetmeleri için lüetal fazda kısa süreli yoga egzersizlerine katılabilecekleri önerilmiştir (Wu ve ark., 2015). Vaghela ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada PMS yaşayan 72 kadına uyguladıkları yoga hareketlerinin PMS de ağrı şiddetini ve semptomlarını önemli ölçüde azalttığını saptamışlardır (Vaghela ve ark., 2019). Jose ve arkadaşlarının (2022) yaptığı sistematik derlemelerinde, analiz edilen 35 makalenin tümünde gevşeme terapilerinin PMS'yi önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Jose ve ark., 2022).

2023 yılında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, Mitchell ve Benson gevşeme tekniklerinin PMS'li kadınlarda ağrının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkisi araştırılmıştır. Mitchell tekniği diyafragmatik solunumu içeren resiprokal inhibisyonun fizyolojik prensibine dayanır. Bu tekniğin bağışıklık fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini geliştirdiği, depresyon ve anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir (El Kosery ve ark., 2006). Benson gevşeme tekniği ise hastanın derin derin nefes alması ve kendisi için değerli olan bir kelimeye odaklanarak vücut kaslarını rahatlatması ve gevşetmesi temeline dayanmaktadır (Seifi ve ark., 2018). Yapılan çalışmada PMS'li kadınlara 30 gün boyunca günde bir defa Mitchell, 30 gün boyunca günde bir defa Benson gevşeme teknikleri uygulanmıştır. Sonucunda müdahaleyi takiben her iki grupta da adet öncesi semptomlarda anlamlı bir iyileşme olduğu bulunmuştur (Raipure ve Patil, 2023).

Kadın ve kız çocuklarının yaşamında önemli bir dönem olan PMS dönemi semptomlarıyla baş etmede hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yöntemler etkili olmaktadır. Kadınların ve kız çocuklarının adet periyotları konusunda eğitim vererek bilgilendirilmesinin, menstruel periyotlar hakkında pozitif tutum geliştirmelerine yardım edilmesinin, en uygun baş etme metotlarının belirlenip etkili olan yöntemlerin öğretilmesinin yaşanan problemlerinin hafifletilmesi açısından önemli olduğu belirtilmiştir. Belirlenen bu baş etme metotları arasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanılması önerilmektedir (Şimşek ve ark., 2022).

2.3. Adölesan Dönemi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.3.1. Sağlık davranışları

Sağlık davranışı, kişinin kendisini hastalıklardan korumak ve sağlıklı kalmak için uyguladığı davranışların bütünüdür (Al-Kandari ve Vidal 2007; Zaybak ve Fadiloğlu 2004). Olumlu sağlık davranışı; kişinin hem kendisinin hemde başkasının sağlığını korumak için yaptığı bilinçli davranışlardır (Erdoğan ve Irmak, 2015). Sağlıklı yaşam tarzı ise; sağlığı etkileyebilecek tüm davranışlarının bilinmesi, tanınması, değerlendirilmesi ve yönetilmesi, riskli davranışlarının belirlenmesi ve sağlık davranışlarının günlük aktiviteler etrafında düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Kulbok, 2002). Bununla birlikte, kendini gerçekleştirme, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli bir şekilde egzersiz yapma, stres yönetebilme, bireyin

sağlığını geliştirmesi ve korumasına yönelik sağlık davranışlarının sorumluluğunu alması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak kabul edilmektedir (Ardıç, 2015; Pender ve ark., 2002).

Bir toplumun sağlığının iyi olması için o toplumda sağlık durumu iyi olan bireylerin çoğunlukta olması gerekmektedir. Bu nedenle; bireyler, sorumluluk alarak sağlıklı davranışları geliştirmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kendi yaşamlarında alışkanlık haline getirmelidirler (Erdoğan ve Irmak, 2015). DSÖ verilerine göre, bireylerin yaşam tarzı ile sağlık durumlarının kalitesi arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır ve kişinin yaşam tarzı, sağlığının %60'ını etkilemektedir (Elahi ve ark., 2018). DSÖ 2000'li yıllarda, "Herkes İçin Sağlık" teması kullanılarak sağlıklı yaşam biçiminin önemini vurgulanmaktadır. DSÖ'nün hedefi, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamlarına entegre ederek yaşam kalitesini artırmak ve böylelikle sağlıklı insan sayısının artırmaktır (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; DSÖ, 1977).

Adölesan dönemde olumlu sağlık davranışlarını destekleyen ve gençleri olumsuz sağlık davranışlarından koruyan önlemlerin uygulanması; yetişkinlikte sağlık sorunlarının önlenmesi, tüm ülkelerin daha sağlıklı bir topluma ulaşabilmesi açısından oldukça önemlidir (DSÖ, 2019). Adölesan dönem, bireyin yetişkin dönemine kadar kazandığı davranışlarının öğrenildiği dönemdir. Gelecek dönemde yaşamını büyük ölçüde etkileyeceği sağlık ile ilgili davranışlarını da bu dönemde öğrenmektedir. Bu nedenle adölesan grubunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrenmesi ve yaşamlarına uygulaması önemlidir (Viner, 2012; İlhan, 2018; Arıkan, 2020). DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nin dördüncüsü, adölesan bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesiyle ilgili bir maddedir. Bu hedefle gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve becerilerini geliştirmesi, seçim yapma farkındalığına sahip olması ve tehlikeli davranışlara yönelen genç bireylerin oranlarının azaltılması zorunluluğu ortaya konmuştur (Aktan, 2014; DSÖ, 1977).

2.3.1.1. Kendini gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme; kişinin hedeflediği gelişim seviyesine ulaşma çabasıdır ve bu gelişim seviyesine ulaşma sürecinde yaşadığı aile, çalışma hayatı ve aldığı eğitimin hedefe ulaşmasında büyük ölçüde etkisi vardır (Ünsar ve ark., 2011).

Kendini gerçekleştirme güdüsü bireyin davranışlarına yön veren ana güdüdür (Maslow, 1970). Kendini gerçekleştirme güdüsü bireyin tüm ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsayan ve yaşamını sürdürmesi için tüm canlılara özgü temel ve evrensel bir durumdur (Maslow, 1954). Maslow'a göre kendini gerçekleştiren birey; gerçeği algılayabilen, insanlıkla ilgili sorunlarla ilgilenen, problem çözebilme yeteneği olan, bağımsız ve demokratik olabilen, sosyal problemlere duyarlı olan bireylerdir (Maslow, 1943). Adölesan bireylerin kendini gerçekleştirebilmelerinde, sadece bilgi ve zekaya değil, anlayış gösterilmelerine, inanca, estetik görülmelerine, sosyal ve duygusal yaşantılara da ihtiyaçları olduğu bilinmektedir (Arbuckle, 1970; Delvorth ve ark. , 1980).

2.3.1.2. Manevi gelişim

Manevi gelişim, bireyin ruhunu ve bedenini etkileyen bununla beraber bedeninden ve ruhunda etkilenen "birleştiren güç" olarak tanımlanmaktadır. Manevi gelişim bireyin varolmanın ötesindeki güçtür (Bozhüyük ve ark., 2012). Manevi gelişim spiritüellik kavramıyla aynı anlamı taşır. Manevi gelişim aile ile arkadaş ilişkilerinden ve sosyal çevreden etkilenmektedir (Bahtiyar, 2017). Makhija'ya (2002) göre "maneviyat; amaç ve değerlerle çevrelenmiş geniş bir kavramdır". Oldnall (1996) ise insanın yaşamına anlam veren, bireyin tüm yaşam sürecini etkileyen inanç ve değerler üzerine kurulmuş bir düzeni yaratmasında bireye yardımcı olan bir güç olarak ifade etmiş ve her bireyin kendi içinde hissedebildiği bir ruh olarak tanımlamıştır (Makhija, 2002; Oldnall, 1996).

Adölesan bireylerin sağlığı geliştirilmesinde en önemli etkenlerden biri de adölesanın manevi açıdan gelişmiş olmasıdır. Bireyin manevi açıdan yetersiz olması depresyon, anksiyete, riskli cinsel deneyim, intihar girişiminde bulunma, zararlı madde kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarına neden olabilir. Adölesan bireylerin hayatının bir amacı, yaşamının bir anlamı olması gerektiği gibi kimlik geliştirme, umut, sevgi, pozitif düşünce algısı ve ait olma gibi manevi gereksinimleri bulunmaktadır (Coşkun, 2015).

Literatürde manevi gelişimin bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendisini en iyi şekilde ortaya koymasını, anksiyetenin azalmasını, umut dolu, güçlü ve huzur içerisinde olmasını sağladığından hastalık ve sağlık üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Gordon 1982, Hall 2006).

2.3.1.3. Sağlık sorumluluğu

Bireyin kendi davranışlarını ve sonuçlarını üstlenmesine, sağlığını geliştirmesine ve korumasına sağlık sorumluluğu denir (Ardıç, 2008). Bireyin sağlığını koruması ve geliştirmesi için sağlık sorumluluğunu alması gerekmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyi, riskli sağlık davranışlardan uzaklaştırarak olumlu sağlık davranışlarına yönlendirir. Adölesan dönemde bağımsızlık isteğinin artmasıyla adölesan bireyler kendi sağlık sorumluluğunu alma gerekliliği hisseder. Adölesan bireylerin sağlık sorumluluğu; bedenini tanıması ve geliştirmesi, sağlık ile ilgili herhangi bir problemde sağlık kuruluşuna başvurma, sağlığını düzenli bir şekilde kontrol etme, sağlıkla ilgili bilgilerini yenileyip geliştirme gibi davranışları içerir (Ardıç, 2008; Pontes ve Ayres, 2016). Bireyin riskli davranışlardan (tütün kullanmak, riskli cinsel deneyimler, alkol kullanmak vb.) uzak durmasını, yaşam tarzlarının ve davranışlarının sağlığını nasıl etkilediğini anlamasına olanak sağlar (Aksoy, 2010).

2.3.1.4. Fiziksel aktivite

Vücudun kas ve eklemlerini kullanarak enerji tüketen, kalp atım ve soluk alıp verme hızını yükselten hareketlerdir. Fiziksel aktivitenin günlük hayatta yapılan aktivitelerle beraber spor aktivitelerini içeren kompleks davranışlardır (Altınkaya, 2014). Fiziksel aktivite, yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Diyabet, kanser gibi önemli hastalıklarda fiziksel aktivitenin yetersiz olması önemli bir risk faktörüdür. Adölesanlarda sağlıksız ve dengesiz beslenme davranışı görülebilir ve aşırı kilo alma riskiyle karşı karşıya kalan adölesan gençlerinin yaşamlarındaki hareketsizlik ve fiziksel aktivitenin yetersizliği de obezite gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Alper ve ark., 2017). DSÖ yetişkin bireylerin %23'ünün, adölesan bireylerin ise %81'nin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğunu vurgulamaktadır (Savcı ve ark., 2006; DSÖ, 2020).

Adölesan bireyler için DSÖ'nün fiziksel aktivite tavsiyeleri:

- Hafta içerisinde günlük en az ortalama 1 saat orta şiddette, fiziksel aktivite yapmalıdır.
- Haftalık en az 3 gün kaslarını ve kemiği güçlendirebilen aktiviteler yapmalıdır.

- Hareketsiz kalma ve boş vakit geçirme süresini sınırlamalalıdır (DSÖ, 2020).

Yapılan araştırmalara göre düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin mutluluk düzeyini arttırdığını, psikolojik olarak rahatlattığını ve kişinin kendisine iyi hissettirdiğini, kalp hastalıklarına, diyabete ve kansere yakalanma riskini azalttığı ve kemik yoğunluğunu arttırdığı ve sağlık açısından önemli faydaları olduğu kanıtlanmıştır (Memiş ve Yıldırım, 2008).

Yapılan araştırmalarla birçok faydası kanıtlanan fiziksel aktivitenin olumlu etkisi olduğu bir diğer faktör premenstrual sendromdur. Adölesan kız çocuklarının yaşam kalitesini etkileyen dönemlerinden biri olan adet öncesi dönemde ortaya çıkan hafif ile orta düzeydeki semptomlara genellikle fiziksel aktivite önerilmektedir (Morino ve ark., 2016). Güney ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan tanımlayıcı çalışmada düzenli yüksek fiziksel aktivite yapan öğrencilerde PMS belirtilerinin azaldığı belirtilmektedir. Yapılan bu çalışmada fiziksel aktivitesi yüksek olan öğrencilerin PMS düzeyi %46,3 iken, fiziksel aktivitesi düşük olan öğrencilerin PMS oranının %47,6 olduğu ifade edilmektedir (Güney ve ark., 2017). Yapılan başka bir araştırmada ise düzenli yapılan fiziksel aktivitenin premenstrual sendrom belirtilerini azalttığı belirtilmektedir (Teixeira, Oliveira ve Dias, 2013).

Düzenli bir şekilde yapılan fiziksel aktivitenin bedensel, emosyonel durumda ve hormonal sekresyonda değişiklikler yaratmaktadır. Bu değişiklikler kontrol mekanizmalarını ve endokrin sistemini etkileyerek menstrual periyotlarda da değişimlere sebep olduğu ifade edilmektedir (Goodman ve Warren, 2005; Hoch vd., 2009). Ancak Höbek-Akarsu ve Yalman'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapma durumunun ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Ölçeğine göre fiziksel aktivite oranının PMS'yi etkilemediği sonucuna varılmıştır (Höbek-Akarsu ve Yalman, 2019). Aba ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı araştırmada ise, PMS belirtilerinin yaşayan ve yaşamayan grupların fiziksel aktivite seviyeleri arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı ifade edilmektedir (Aba ve ark., 2018). Kore'de üniversiteli kız öğrencilerle yapılan bir çalışmada, PMS ile baş etmek için en çok farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanıldığı, bu yöntemlerin arasında egzersiz ve istirahatın ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (Jeong ve ark, 2001).

Tüm bu araştırmalar sonucunda; premenstrual semptomları hafifletme de etkili olan fiziksel aktivitenin, psikolojik iyilik halini güçlendirerek yaşam kalitesinin arttırıldığı bildirilmektedir (Anandha Lakshmi ve ark., 2011).

2.3.1.5. Beslenme

Sağlığı korumak, geliştirmek, iyileştirmek, yaşamı muhafaza etmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla gıda tüketilmesine beslenme denir. Sağlıklı bir yaşam için dengeli ve doğru beslenmek gerekmektedir (Ardıç, 2008). Ergenlik döneminde sorumluluklarında ve problemlerinde artış görülen adölesan bireylerin , fiziksel değişimlere uyum sağlamaya çalışırken, beslenme düzenleri ve alışkanlıkları da değişmektedir. Adölesan bireylerin dengesiz ve düzensiz beslenmeleri onları sağlıksız kilo alımı olan obezite riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır (Ardıç 2015). Adölesan dönemde görülen beslenme sorunları; obezite, malnütrisyonlar, büyüme ve gelişimde gerilik, demir eksikliği anemisi, konsantrasyon bozuklukları, puberte gecikmesi, baş dönmesi ve bulantıdır. Dünyada adölesan bireylerde obezite görülme sıklığında artış görölmektedir (Akman ve ark., 2012). DSÖ'ne göre 5- 19 yaş arası 340 milyondan fazla aşırı kilolu ve obez çocuklar ile adölesan bireyler bulunmaktadır. 5-19 yaş arası çocuk ve adölesanların prevalansı 1975 yılında % 4'iken, 2016'da % 18'in üzerine yükselmiştir (DSÖ, 2020).

Adölesanlar için DSÖ'nün beslenme önerileri:

- Yaşam süresince serbest şeker alımı azaltılmalıdır.
- Adolesan kızlarda demir eksikliğinin önlenmesi ve anemi için günlük demir takviyesi önerilmektedir.
- Fiziksel büyümenin en hızlı ve yüksek olduğu dönem olan adölesan dönemde kalsiyum, demir, çinko, A ve D vitaminine olan gereksinimler giderilmelidir.
- Trans yağlar tüketilmesi önerilmemektedir (DSÖ, 2020).

Adölesan dönemi gençleri için beslenme alışkanlıkları bu derece önemli iken adölesan kızların menstrual siklus dönemlerinde daha da önemli hale gelmektedir. Menstruasyon döneminde gerçekteşen hormonal değişimler, iştah kontrolü ve yemek yeme davranışını etkileyebilmekte; PMS'ye bağlı ortaya çıkan semptomlar, iştah kontrolünde değişikliklere neden olabilmektedir (Hollins-Martin ve ark., 2014). PMS

belirtileri ile çoğu besinlerin tüketimleri arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Bu besinlerin başında çay, kahve, alkol, gazlı içecekler, süt ve şeker oranı yüksek atıştırmalıklar gelmektedir (Eke ve ark., 2011; Cheikh Ismail ve ark., 2009; Salamat ve ark., 2007; Sohrabi ve ark., 2013).

Özdoğan ve Beşler (2023) 1135 kadın ile yürüttüğü bir çalışmada, PMS döneminde kadınlarda iştah durumunun arttığı, süt ve süt ürünleri, meyve/sebze, şeker/şekerleme, yoğun baharatlı yiyecekler, hazır yemek yeme isteği ve çikolata gibi besinlere yönelimin arttığını belirtmektedir (Özdoğan ve Beşler, 2023). İran'da 225 PMS'li kadın ve 20-46 yaş arası 334 sağlıklı katılımcı ile yapılan vaka kontrol çalışmasında, hazır yemek, meşrubat ve işlenmiş et tüketimi ile PMS arasında pozitif ilişki bulunmuşken, kurutulmuş meyve ve sert kabuklu yemiş ile karakterize olan içeriği zengin sağlıklı diyet modeli ve yumurta, meyve ve kırmızı et içeriği yüksek geleneksel diyet modelleri ile PMS arasında ters orantı bulunmuştur (MoradiFili ve ark., 2020). Mohebbi ve arkadaşları (2017), 200 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, PMS yaşayan öğrenciler ve kontrol grubu arasında beslenme tarzının, algılanan stres düzeyinin ve pasif tütün dumanına maruz kalma durumunun farklı olduğunu ifade etmiştir. Yapılan bu çalışmada PMS semptomlarının hafifletilmesinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının olumlu katkısı olduğu sonucuna varılmıştır (Mohebbi ve ark., 2017). Hashim ve arkadaşları yüksek enerjili yağlı/şekerli/tuzlu besin alımının PMS'nin fiziksel semptom riskini arttırdığını, tütün kullanımının ise psikolojik ve davranışsal semptom riskinin artışıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte meyve ve sebze tüketimi, PMS'nin davranışsal semptom riskinin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (Hashim ve ark., 2019).

Yapılan tüm çalışmalar sonucunda PMS semptomlarının beslenmeyi etkilediği ve beslenmeden etkilendiği sonucuna varılmaktadır. Adölesan dönemde beslenme tarzının PMS'den etkilenmesiyle birlikte ortaya çıkan sağlıksız ve dengesiz beslenme obezite riskini arttırmaktadır. Çocukluk ve adölesan dönemde görülen obezite; fiziksel ve psikososyal problemlere yol açabilen, halk sağlığını tehdit eden endişe verici bir kriz olarak görülmektedir (Han, 2010; Sahoo ve ark., 2015). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmemesi, fiziksel hareketliliğin azlığı, kötü beslenme alışkanlığı ve obezite birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Bu sorunlardan birinin de PMS olduğuna dair kanıtlar vardır (Yılmaz ve Çağiran, 2023). Rad ve arkadaşlarının (2018) liseli kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada

menstrasyon öncesi semptom ile obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Rad ve ark., 2018). Ashfaq ve Jabeen (2017) yaptıkları çalışmada beden kitle endeksine göre hafif şişman adölesan kız çocuklarında, PMS görülme oranının (%94,1), normal kiloda olan (%64,0) adölesanlara göre daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (Ashfaq ve Jabeen, 2017). Yılmaz ve Çağırın'ın 2023 yılında, 12-18 yaş arası 650 kız çocuğuda yapılan araştırmada, adölesan dönemde premenstrual sendromun obezite ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada PMS ile adölesanların beden kitle indeksi arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuş ve adölesanların kilo alma durumu arttıkça premenstrual sendrom belirtilerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu çalışma sonucunda, hafif şişman/obez adölesan kız çocuklarında premenstrual sendrom sıklığının yüksek olduğu ifade edilmiştir (Yılmaz ve Çağırın, 2023).

2.3.1.6. Kişilerarası ilişkiler

Adölesan dönemindeki bireylerin kişilerarası, sosyal ve çevresel ilişkileri sonucunda edinilen kişilerarası beceriler sağlığın korunması ve geliştirilmesinin önemli bir alt boyutudur (Ardıç, 2008). Kişinin sözel ya da sözel olmayan mesajları ile duygu ve düşüncelerini, çevresiyle anlamlı bir bağ kurup ifade etmesidir (Özcan, 2006). Başka bir tanıma göre kişilerarası ilişkiler; yakın arkadaşlarıyla vakit geçirip, güçlü ilişkiler kurmak ve kendi problemlerini yakın arkadaşlarıyla paylaşıp, fikir alışverişinde bulunmaktır (Bozhüyük ve ark., 2012; İlhan, 2012).

Ergenlik döneminde birey akranlarıyla yeni ilişkiler kurmak isterken, aile ile olan ilişkileri bozulmaya başlar. Bu bozulmalar da aile içi çatışmalara ve ergenin ailesinden uzaklaşmasına neden olabilir. Adölesanların arkadaşlarının kendilerini ebeveynlerinden daha çok anladığı düşüncesine sahip olmaları nedeniyle aile içi kavgaların arttığı gösterilmiştir (Erci ve Yıldız, 2011). Bu süre zarfında arkadaşlarıyla, aileyle ve okulla ilişkiler kurulması; aynı zamanda adölesan bireyin kişisel gelişimini, yaşam hedeflerini, sağlıklı kişisel gelişimini ve okul başarısını da etkilemektedir (Uğur ve Murat, 2014).

Özellikle adölesan bireyin gelişim sürecini en iyi şekilde atlatması ve kendini mutlu hissetmesi için ailesiyle kurduğu ilişki çok önemlidir (Eryılmaz, 2014). Ergen, ebeveynleriyle kurduğu ilişki ile birlikte anne babasının kendi arasında kurduğu ilişkinin benzerini, kendi kişilerarası ilişkilerine ve iletişim becerisine yansıtmaktadır

(Hay, 2017). Dolayısıyla yakın ilişkiler kurmak aile ortamında öğrenilen bir beceridir (Dolgin, 2014). Bunun sonucunda arkadaşlarla kurulan ilişkilerin aile bireyleriyle kurulan kişilerarası ilişkilerden etkilendiği söylenebilir. Olumlu akran ilişkilerinin ise adölesan bireyin psikolojik, zihinsel ve sosyal uyumuyla yakından ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Dolgin, 2014). Bunun sonucunda adölesan bireylerin sosyal hayatlarında ve kişilerarası ilişkilerinde ebeveynlerinin ve arkadaşlarının önemli bir yeri olduğu söylenebilir (Tümkiye ve ark., 2010). Aileden ve akranlarından alınan sosyal destek ile geliştirilen iyi bir iletişim şekli, genç bireyin kendini geliştirmesine, kendisi hakkında olumlu duygulara sahip olmasına ve kişiliğini oluşturmaya yardımcı olmaktadır (Bayram, 2018).

Bayram'ın (2018) adölesan bireylerin kişilerarası ilişki biçimleri ile öznel iyi oluş seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada; ergenlerin kişilerarası ilişki biçimleri ile öznel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı şekilde negatif bir ilişki bulunduğu, buna göre; öznel iyi oluş seviyesi arttıkça olumsuz kişilerarası ilişki tarzının azaldığı belirtilmiştir (Bayram, 2018). Doğan ve Sapmaz (2012), üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, bu sonuçlarla benzer şekilde, kişilerarası olumlu ilişki tarzının artmasıyla bireyin öznel iyi oluşunda arttığı sonucuna ulaşmıştır (Doğan ve Sapmaz, 2012). Bu verilerden hareketle olumsuz ilişki stiline sahip gençlerin öznel iyi oluşlarını olumsuz yönde etkilediği varsayılabilir.

2.3.1.7. Stres yönetimi

Sosyal bir varlık olan insan, hayatındaki birçok değişimler ve bunun beraberinde problemler ortaya çıkmaktadır. Bireyler bu değişikliklere karşı uyum sağlamaya çalışmaktadır. Uyum sağlayamadığı durumda ise fiziksel ve ruhsal dengesinde bozulmalar başlar ve yaşanan bu sürece stres denir. Stres durumunda adrenalin hormonu salgılanması nedeniyle vücutta kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslar gerilmeye başlar. Bu baskılama ve gerilme kişide stres kaynağı ile mücadele enerjisi verir (Bozhüyük ve ark. 2012). Stresle başetmeye başlamak bireyi yoran ve tüketen bir durumdur. Başarısız olma korkusu, sınavlar, engellenmeler, adölesan döneminde karşılaşılan fiziksel ve ruhsal problemler stres kaynağı olarak gösterilebilir (Arslan, 2010).

Kadınlar ve kız çocuklarında ise menstruasyon süresi boyunca hormon düzeylerindeki değişiklikler olumsuz duygu ve düşüncelerin artmasına sebep

olmaktadır. Bu duygudurumun bozulması stres ve anksiyeteye sebebiyet vermektedir. Yaşanılan stresin, PMS şikayetlerinin şiddetini de artırdığı belirtilmektedir (Lui ve ark., 2017). PMS semptomlarının azaltılmasında yaşam biçimi değişikliklerinin yapılması, sorumlulukların azaltılması ve sosyal destek verilmesi stres yönetiminde etkili olmaktadır (Taşkın, 2014).

Erbaş ve Altunbaş (2021) yaptıkları bir çalışmada, orta öğretim kurumunda okuyan kız öğrencilerde premenstrual sendrom şikayetlerinin stres düzeyi ile ilişkisini incelemiştir. Tanımlayıcı türdeki bu araştırmaya 207 kız öğrenci katılım sağlamıştır ve araştırma sonuçlarına göre; PMS yaşama durumu ile stres düzeyi arasında orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmuş ve PMS belirtilerinin şiddeti arttıkça algılanan stres düzeyinin de arttığı ifade edilmiştir (Erbaş ve Altunbaş, 2021).

Yapılan farklı bir araştırmada ise, PMS ile yaşanan stresin gece yeme sendromu ile ilişkisine incelenmiştir. 236 öğrenci ile yapılan bu çalışmanın sonucuna göre; Premenstrual sendrom yaşayan öğrencilerin, PMS semptomları yaşamayanlara istinaden daha çok gece yemek yeme sendromu yaşadığı ve daha yüksek stress ve anksiyeteye sahip olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte; stres düzeyi arttıkça gece yeme sendromunun şiddetinin de arttığı ifade edilmiştir (Kahvacı ve Amanak, 2024). Bu çalışmalar sonucunda yaşanan PMS semptomlarının stres düzeyini de etkilediği söylenebilir.

2.3.2. Adölesan dönemde riskli sağlık davranışları

İnsanları zarara ya da ciddi zarar tehlikesine maruz bırakan davranışlara, riskli davranışlar denilmektedir (Ansari ve ark., 2016). Bir diğer tanıma göre, potansiyel olarak olumsuz sonuçlar doğurabilecek davranışlara riskli davranışlar olarak adlandırılmaktadır. Bu riskli davranışlar kişilerin hedeflerine ulaşmalarını engelleyebilir, morbiditeye hatta mortaliteye neden olabilir (Alikashioglu ve Ercan, 2009).

DSÖ verilerine göre; 2021 yılında 10-24 yaş arası 1,5 milyondan fazla adölesan ve genç yetişkinin öldüğü ve bu ölümler içinde riskli davranışlar yer aldığı bildirilmektedir. Riskli davranışlardan; şiddet, intihar, yaralanma ve adölesan gebelikler, gençler arasında en önemli ölüm nedenleridir (DSÖ, 2023). Türkiye’de ise 2019 yılında adölesan kız çocuklarında 1.397, erkeklerde 2.304 ölüm meydana

gelmiştir ve ergenlerde en çok görülen ölüm nedenleri şiddet, intihar, zehirlenme ve trafik kazalarıdır (TÜİK, 2022).

Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Merkezi (Center for Disease Control and Prevention), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ki 9-12. sınıf öğrencilerinden Gençlik Dönemi Risk Davranışı Sürveyansı (YRBSS) aracılığıyla öğrencilerde görülen sağlık davranışlarına ilişkin düzenli veriler toplamaktadır. Toplanan bu verilere göre adölesan gençler arasında en çok görülen ölüm, sakatlanma ve sosyal sorunlara neden olan başlıca altı riskli davranış aşağıda belirtilmiştir (CDC, 2022).

- Kasıtlı olmayan yaralanmalara ve şiddetin ortaya çıkmasına öncülük eden davranışlar,
- İstenilmeyen gebelikler ve Cinsel Yol ile Bulaşan Enfeksiyonlara (CYBE) yol açan tehlikeli ve riskli cinsel davranışlar,
- Alkol ve yabancı madde bağımlılığı,
- Sigara kullanımı,
- Sağlıklı olmayan beslenme davranışları,
- fiziksel aktivitenin yetersizliğidir.

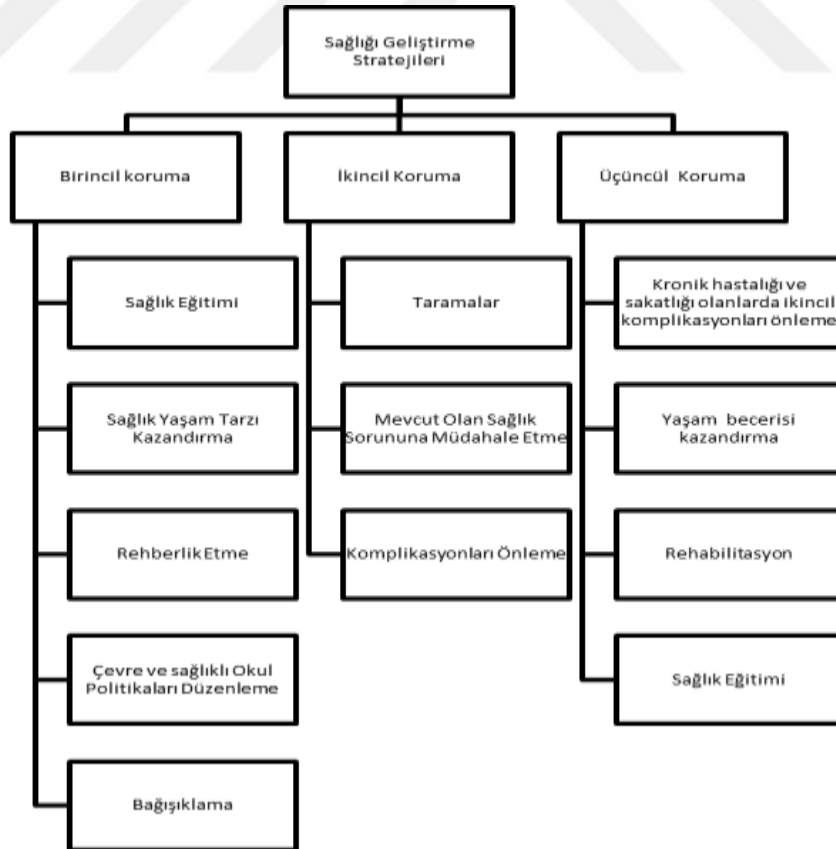
Hem bireyin kendisi için hem de toplumun sağlığı için tehlike arz eden riskli sağlık davranışlarını, davranış kazanılmadan önlemek gerekmektedir. Yapılan araştırmalara göre davranışların başlamasından sonra gelen önleyici müdahalenin başarısı düşük bulunmuştur (Karadamar ve ark, 2014). İnsan sağlığını olumsuz etkileyen bu riskli davranışları değiştirmek, bu davranışların altında yatan nedenleri bulup çözüme ulaştırmak ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek için sağlık eğitiminin çok önemli olduğu unutulmamalı ve sağlık eğitiminin en iyi şekilde verilmesi için gereken adımlar atılmalıdır (Şanver ve Özvarış, 2023).

2.4. Adölesan Sağlığında Okul Hemşiresinin Rolü

Adölesan sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında önemli rolleri olan hemşireler, adölesanlara uygun yaklaşımları bilmeli, adölesan ve ailesini bilinçlendirmek için onlara rehber olmalıdır. Bireyi tüm yönleriyle ele alan hemşireler, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde kilit insan gücüdür (Özdemir ve Bebiş, 2013).

Profesyonel uygulama standartlarından biri olan okul sağlığı hemşireliğinin temel bir görevi olan okulda sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için öncelikle okullarda bulunan öğrencilerin sağlık düzeylerini tanımlamaya, hastalıkları olan öğrencileri iyileştirme ve öğrencide oluşabilecek hastalıkları engellemenin ötesine geçerek maksimum sağlık seviyesine ulaşmayı hedefleyen bir süreçtir (Bobo ve ark., 2012; Meydanlıoğlu ve Gözüm, 2019). Öncelikle okul hemşireleri okul sağlığını geliştirip iyileştirmek için plan ve program oluşturmalı ve bu planı hazırlarken tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içinde bulunduran hemşirelik sürecini uygulamaktadırlar (Bobo ve ark., 2012; NASN, 2012).

Hemşireler, adölesan bireyi değerlendirirken boy-kilo takibi yapmalı, ayrıntılı öykü almalı ve onlara eğitimler vererek merak ettiklerini yanıtlamalıdır (Dolgun ve ark., 2011). Öğrencilerin okuldaki sağlık eğitimleriyle benimsedikleri sağlıklı yaşam tarzının ergenlik döneminden sonra da devam ettiği bilinmektedir. Daha sağlıklı bir toplum oluşturmak için zamanlarının çoğunu okulda geçiren gençlerin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal sağlık ihtiyaçlarının karşılanarak sağlıklı davranışların öğretilmesi gerekmektedir (Akgül ve Ergün, 2021).



Şekil 2.1: Okul Hemşiresinin Sağlığı Geliştirme Stratejileri

Kaynak: Akgül ve Ergün, 2021

Okul sağlığı hemşiresinin görevi olan sağlığı geliştirme faaliyetlerini uygulamak için sadece sağlık eğitimlerini vermek yetersiz kalacaktır. Bununla beraber okul hemşiresi birincil, ikincil ve üçüncül önleme stratejileriyle sağlığı geliştirme faaliyetlerini uygulaması gerekmektedir (Şekil 2.1) (Bobo ve ark., 2012; Meydanlıoğlu ve Gözüm, 2019).

2.4.1. Birincil önleme stratejileri

Okul sağlığı hemşireleri; birincil önleme stratejilerini uygulayarak, öğrenciler ve okulun personeline hastalık, sakatlık ve yaralanmaları önlemeyi, onların karşılaşılabilecekleri sağlık riskleri ve tehditleri ile baş etme mekanizmalarını güçlendirmeyi ve böylelikle sağlığı geliştirmeyi hedeflemektedir (Bobo ve ark., 2012).

Öğrencinin öğrenme sürecini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kalkması, hastalıkların önlenmesi ve okula devamsızlığın önüne geçilmesi için, okul toplumunun sağlığının geliştirilmesi gerekmektedir (Selekman ve Koates, 2012). Bireysel ya da grup odaklı uygulanabilen sağlık stratejileri; sağlık eğitimi, rehberlik etme, bağışıklık kazandırma, sağlıklı yaşam modelini teşvik etme ve sağlıklı okul politikaları düzenlenmesinden oluşmaktadır (Bobo ve ark., 2012).

- *Sağlık eğitimi*

Okul sağlığı hemşireleri tarafından okul sağlığını geliştirmek amacıyla düzenli olarak verilen sağlık eğitiminin amacı, sağlık bilgisinin bilincini sağlamak, sağlıklı ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmaktır (Bobo ve ark., 2012; Sağlan ve Bilge, 2018). Eğitim verilen öğrencilerin ailelerinde de zamanla davranış değişiklikleri ortaya çıkmaktadır. Ailelerde ortaya çıkan bu davranış değişikliklerinde eğitim verilen öğrencinin büyük etkisi vardır (Sağlan ve Bilge, 2018; Şahinöz ve ark., 2017). Ergün ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada, okulda uygulanan fiziksel aktivite ve bununla ilgili verilen eğitim ile birlikte sadece öğrencilerde değil öğrencilerin ailelerinde de fiziksel aktivitenin geliştiği görülmüştür (Ergün ve ark., 2012). Öğrenciler okul hemşirelerinin verdiği eğitimlerle kazandığı sağlığı geliştirme davranışlarını kendi ailelerine aktararak bütün aile içerisinde olumlu davranış değişikliklerini sağlayabilmektedirler (Şahinöz ve ark., 2017).

- *Sağlıklı yaşam tarzına özendirme*

Okullarda sağlıklı beslenmeyi kazandırmak, ağız ve diş hijyenini öğretip ve uygulamak, doğru el yıkamayı, fiziksel aktivite ve istirahat zamanlarını dengelemeyi ve öğrencilerin bunlara uymalarını sağlamak, ideal kiloyu sağlıklı bir şekilde korumak, zararlı maddelerden uzak durması konusunda bilinçlendirmek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak gibi girişimleri içeren sağlıklı yaşam tarzına teşvik etme faaliyetleri okul hemşirelerin sorumluluğundadır (Bobo ve ark., 2012).

Okul hemşireleri, kilo vermek ya da kilo almak isteyen adölesanlar için uygun bir beslenme programı beslenme ve diyetetik uzmanları ile birlikte hazırlamalı ve bu konuda aile ile iş birliği içinde olmalıdır (Hacıoğlu, 2019). Beslenme ile birlikte, adölesanların fiziksel yeterliliği ve gelişimini göz önünde bulundurarak sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hemşireler, adölesan bireyleri spora yönlendirmelidir. Adölesanın sağlık durumuna göre; yürüme, koşma, yüzme, basketbol ve voleybol gibi sporlar önerilebilir (Dolgun ve ark.,2011).

Adölesanları sağlıklı yaşam tarzına teşvik etmek için; madde/sigara kullanan adölesanların, başka zararlı madde kullanıp kullanmadığı araştırılmalıdır. Madde/sigara kullanma sıklığı, hangi ortamlarda kullandığı öğrenilmeli ve gerekli olursa adölesan ve ailesi ile işbirliği içinde bir tedavi merkezine yönlendirilmelidir (Bobo ve ark., 2012). Adölesanlarda şiddet, akran zorbası, cinsel istismara maruz kalma, intihar girişiminde bulunma gibi durumlarda; okul başarısının düştüğü, sosyal izolasyona ve depresyona giren adölesanların değerlendirilmesi ve riskli olan bireylerin gerekli yerlere yönlendirilmesi gerekmektedir (Hacıoğlu, 2019).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırma da öğrenci, kendi duygu ve düşüncelerinin, güçlü yönlerini ve zayıf noktalarının neler olduğunu bilmeyi, insanlarla doğru iletişim kurabilmeyi, isteklerinin ve hedeflerinin farkında olmayı, alkol, uyuşturucu madde ve sigara gibi zararlı davranışlara hayır diyebilmeyi ve stresle baş etme gücünü kendinde bulmayı sağlanması gerekmektedir (Şahinöz ve ark., 2017).

- *Rehberlik etme*

Adölesanların, çocukluktan ergenliğe geçtiği bu önemli gelişimsel dönemde okul sağlığı hemşirelerinin rehber olmaları onların bu dönemlerini sağlıklı bir şekilde

geçirmeleri önemlidir (Şahinöz ve ark., 2017). Bu önemli dönemde görülen riskli ve tehlikeli davranışlarına zamanında müdahalede bulunarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dönüştürülmezse yetişkinlik döneminde de bu riskli davranışlar görülmeye devam edebilir ve kişinin sağlık durumunda geri dönüşümü olmayan hasarlara yol açabilir (Sağlan ve Bilge, 2018).

- *Güvenli ortam ve okul sağlığı politikaları düzenleme*

Okullarda öğrencilerin riskli ve kötü alışkanlıklardan korunması için sağlıklı ve güvenli çevre oluşturmak öğrencilerin sağlığı açısından oldukça önemlidir (Meydanlıoğlu ve Gözüm, 2019). Okul hemşireleri, okulun içinde bulunduğu çevrenin öğrencinin sağlığını tehdit eden yaralanmaları, sakatlanmaları, şiddet ve istismar, tütün, alkol ve zararlı madde kullanımı gibi riskler açısından değerlendirmeli, sağlıklı besinlerin mevcudiyetini takip etmelidir. Spor ve fiziksel aktivite alanlarının artırılması gibi sağlığı geliştirici şekilde düzenlenmesini kontrol etmelidir (Bobo ve ark., 2012; Şahinöz ve ark., 2017).

2.4.2. İkincil önleme stratejileri

Acil durum önlemleriyle birleştirilen ikincil önleme stratejileri, tedavi sürecinde bireyleri semptomlar ortaya çıkmadan önce tarayarak hastalığın erken tespitini ve mevcut sağlık sorunlarının tedavi edilerek yaralanma, hasar ve komplikasyonların önlenmesini de sağlamaktadır (Bobo ve ark., 2012; Stanhope ve Lancaster, 2008). Var olan sağlık sorununun erken teşhisi öğrencilerin okul başarılarının düşmesini önlemek için oldukça önemlidir (Bobo ve ark., 2012). İkincil koruma, gençlerin yaralandığı, sakatlandığı, hastalandığı ve acil müdahaleye ihtiyaç duyduğu durumlarda okul hemşiresinin en sık yaptığı görevlerden biridir (Stanhope ve Lancaster, 2008).

Şişman ve arkadaşlarının (2013), 453 öğrenci ile yaptıkları çalışmada; %75,7 oran ile öğrencilerin en fazla baş ağrısı şikayeti ile okul revirine başvurduğu saptanmıştır. Araştırmada öğrencilerin baş ağrısı dışında okul revirine başvurma sebepleri arasında mide-karın bölgesinde ağrı, kol ve bacaklarda ağrı, bulantı-kusma, kabız olma, baş dönmesi gibi şikayetler yer almaktadır (Şişman ve ark., 2013).

2.4.3. Üçüncül önleme stratejileri

Üçüncül önleme stratejileri, kronik hastalıkları, sakatlıkları ve engeli olan bireylerin kendi öz bakım kapasitelerini arttırarak, ulaşılabilecek en iyi yaşam kalitesine ulaşmalarını; bireyde var olan problem nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonları ön görüp engellemeyi içermektedir (Bobo ve ark., 2012). Dünya’da kronik hastalığa sahip çocukların prevalansı %10-20 olup bunlara davranış bozukluğu ve öğrenme güçlüğü de eklendiğinde prevalansın %30-40’ a çıkmaktadır (Yıldız-Akkuş ve Bütün-Ayhan, 2018). Ülkemizde ise 0-19 yaş aralığında kronik hastalığa sahip olan çocukları prevalansı %5,3 olduğu bildirilmektedir (Çakır ve Altay, 2021).

Okul hemşireleri, üçüncül önleme stratejileri ile kronik hastalıkları veya özel ihtiyaçları olan çocuklara hemşirelik bakımını sunar (Stanhope ve Lancaster, 2008). Bu doğrultuda okul hemşireleri kişinin ilacı doğru, doğru zamanda ve doğru dozda almasını sağlar; Bireysel ihtiyaçlara uygun sağlık eğitimi programları hazırlar ve uygular; Gençlerin hastalığın semptomlarını tedavi etmelerine ve tedavi etmelerine yardımcı olur (Bobo ve ark., 2012).

Adölesan bireyin yaşadığı önemli gelişimsel dönemler okul çağında yaşanmaktadır ve bu dönemlerde kazanılan davranışlar yetişkinlik döneminde de devam etmektedir. Okul sağlığı hemşiresi rehberlik rolünün sorumluluğunu alarak bu kritik olan gelişimsel dönemlere adölesan bireyleri hazırlamaları, sağlık eğitimleri ile sağlıklı davranışları öğretmek gelecekteki topluma kendinden emin, sağlıklı ve bilinçli bireyler kazandırmak anlamına gelmektedir (Akgül ve Ergün, 2021). Özellikle kız çocuklarının bu geçiş dönemlerinde yaşadıkları menstrual periyotlarının öncesinde ve sonrasında yaşadıkları semptomlara karşı okul hemşiresinin verdiği sağlık eğitiminin ve kazandırılan sağlıklı davranışların önemi büyüktür.

2.5. Adölesan PMS’de Okul Hemşiresinin Rolü

Adölesan dönemde kız çocuklarının sık yaşadığı PMS semptomları ile baş etmede hemşireler önemli role sahiptir. Bu doğrultuda hemşireler PMS belirtileri olan adölesanların tıbbi öyküsünü almalı, üreme sağlığı bakımından değerlendirip risk altında olanları sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir (Taşkın, 2014). Okul

hemşireleri, adölesanların PMS ile baş etmesi için onlara danışmanlık yapan ve PMS semptomları hakkında eğitim veren kişilerdir (Özmermer, 2017).

Premenstrual sendrom yaşayan kişiler, stres, kaygı, korku, gerginlik, anksiyete, öfke gibi belirtiler yaşamaktadır. Okul hemşiresi, bu dönemde öğrencilerdeki kaygı ve strese bağlı belirti ve bulguları gözlemleyebilir. Bu gözlemleri sonucunda adölesan bireye bu dönem hakkında bilgi vererek eğitmelidir. Hemşire; PMS ile baş etme sürecinde gerekli olan baş etme metotları, gevşeme teknikleri ve sosyal ilişkilerini geliştirme gibi konularda eğitmeli ve danışmanlık yapmalıdır (Akdemir ve Birol, 2005)

Hemşireler, PMS semptomlarının etkilerini azaltmak, adölesanın yaşam kalitesini artırmak ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini sağlamak için farmakolojik olmayan yöntemlerden yararlanmalıdır ve bu konuda adölesan bireylere eğitimler vermelidir. PMS ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntemler arasında; yoga, meditasyon, sıcak-soğuk uygulama, masaj, ılık duş alma gibi yeterli ve dengeli uyku önerilebilir (Demir ve ark., 2006).

Adölesan bireylerin sağlığının sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi, uygulanması gereken tüm bu program ve eğitimlerin yürütülebilmesi için en uygun ortam okullar olup, hizmet veren sağlık ekibinin önemli üyesi olan okul sağlığı hemşiresine büyük görev ve sorumluluk düşmektedir (Karadamar ve ark, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şırnak/Cizre Hacı Fettah Kadooğlu Anadolu Lisesinde okuyan kız öğrencileriyle 5 Nisan 2024- 1 Haziran 2024 tarihleri arasında anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bu kuruma kayıtlı olan toplam 394 kız öğrenci oluşturmaktadır (N=394). Evrenden örneklem seçimi yapılmamış menstruel periyotları düzenli ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan 270 kız öğrenci (%68,5) çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır (n=270).

3.4. Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Bu çalışmada veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Literatüre dayanarak araştırmacılar ile birlikte hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda öğrencilerin sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerini, menstruasyon bilgisini ve PMS risk faktörlerini sorgulayan 25 soru bulunmaktadır (Bakır ve Yangın, 2019; Erbaş ve Altunbaş, 2021).

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ): PMS düzey ve belirtilerini ölçmek için premenstrual sendrom ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçüm aracı; Gençdoğan tarafından 2006 yılında geliştirilmiş ve geçerlik-güvenirliliği yapılmıştır. “Adet olmadan önceki bir haftanın içerisinde olma durumunu” göz önünde bulundurarak 44 ifade yer almaktadır. Beşli likert tipindeki Premenstrual Sendrom Ölçeği, 9 alt

boyuttan (depresif duygulanım, yorgunluk, anksiyete, sinirlilik, iştah değişiklikleri, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişiklikleri, şişkinlik) oluşmaktadır. Ölçekten alınan 44 puan alınabilecek en düşük puandır. Alınabilecek en yüksek puan ise 220 puandır. Alt boyutlarda bulunan maddelerin toplanmasıyla alt boyut skoru elde edilmektedir ve tüm alt boyut skorlarının toplanması ile de PMSÖ toplam puanı ortaya çıkmaktadır. PMS pozitif olarak sınıflandırılabilmesi için PMSÖ toplam puanı %50'den fazla olması gerekmektedir. PMSÖ puanının yüksek çıkması durumunda premenstrual belirtilerinin daha şiddetli yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach Alfa (α) = .75 olup, bu çalışma için α = .95 olarak hesaplanmıştır (Gençdoğan, 2006).

Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği II: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği (AYBÖ) (Adolescent Lifestyle Profile); adölesan bireylerin sağlığını iyileştiren ve geliştiren davranışlarını ölçmek için Murdaugh, Pender ve Hendricks tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin revizyonu tekrar 2009 yılında yapılmıştır (ALP-R2).

AYBÖ II 44 maddeden oluşan 4'lü likert tipte bir ölçektir. Ölçekte bulunan "Hiçbir zaman" ifadesinden 1 puan, "Bazen" ifadesinden 2 puan, "Sık sık" ifadesinden 3 puan ve "Her zaman" ifadesinden ise 4 puan alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 176'dır. Ölçek 7 alt ölçekten ve 44 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler;

- Sağlık Sorumluluğu Alt ölçeği (3, 8, 14, 22, 33, 34, 44); Bireyin sağlık düzeyini, sağlık eğitimini ve gerektiğinde yardım aramayı da içerecek şekilde yaşamındaki sağlık sorumluluğu düzeyini belirler.
- Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği (2, 4, 16, 27, 32, 40); Bir kişinin sağlıklı yaşam için gerekli olan fiziksel aktiviteye ne ölçüde katıldığını gösterir.
- Beslenme Alt Ölçeği (7, 10, 13, 21, 24, 30, 42); Öğünlerin seçimi ve planlanması, yiyecek ve içecek tercihindeki değişiklikleri belirler.
- Pozitif Yaşam Algısı Alt Ölçeği (18, 23, 26, 28, 38, 39); Kişinin hayata olumlu bakış açısını ve umut, umutsuzluk gibi duyguları belirler.
- Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği (1, 6, 12, 19, 31, 37); Kişinin yakın çevresiyle ve toplumla olan iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

- Stres Yönetimi Alt Ölçeği (5, 11, 17, 25, 36, 43); kişinin stres kaynağını tanıma düzeyini, stresi yönetme mekanizmalarını ve stresle mücadele etme seviyesini belirler.
- Spiritüel Sağlık Alt Ölçeği (9, 15, 20, 29, 35, 41); Bireysel inançlarının, manevi düşüncelerinin ve değer yargılarının belirleyicisidir (Hendricks ve ark.2006).

Ölçekten puan alınımının artmasıyla olumlu sağlık davranışının düzeyini de artırmaktadır. AYBÖ II'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarının sonuçlanmasıyla beraber ölçeğin Cronbach Alpha değeri tüm ölçek için 0,88, sağlık sorumluluğu alt ölçeği için 0,72, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0,76, beslenme alt ölçeği için 0,55, pozitif yaşam algısı alt ölçeği için 0,66, kişilerarası ilişkiler alt ölçeği için 0,64, stres yönetimi alt ölçeği için 0,55, spiritüel sağlık alt ölçeği için 0,66 bulundu (İlhan N., 2018). Bu araştırmada Cronbach Alpha değeri 0,88 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırma Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

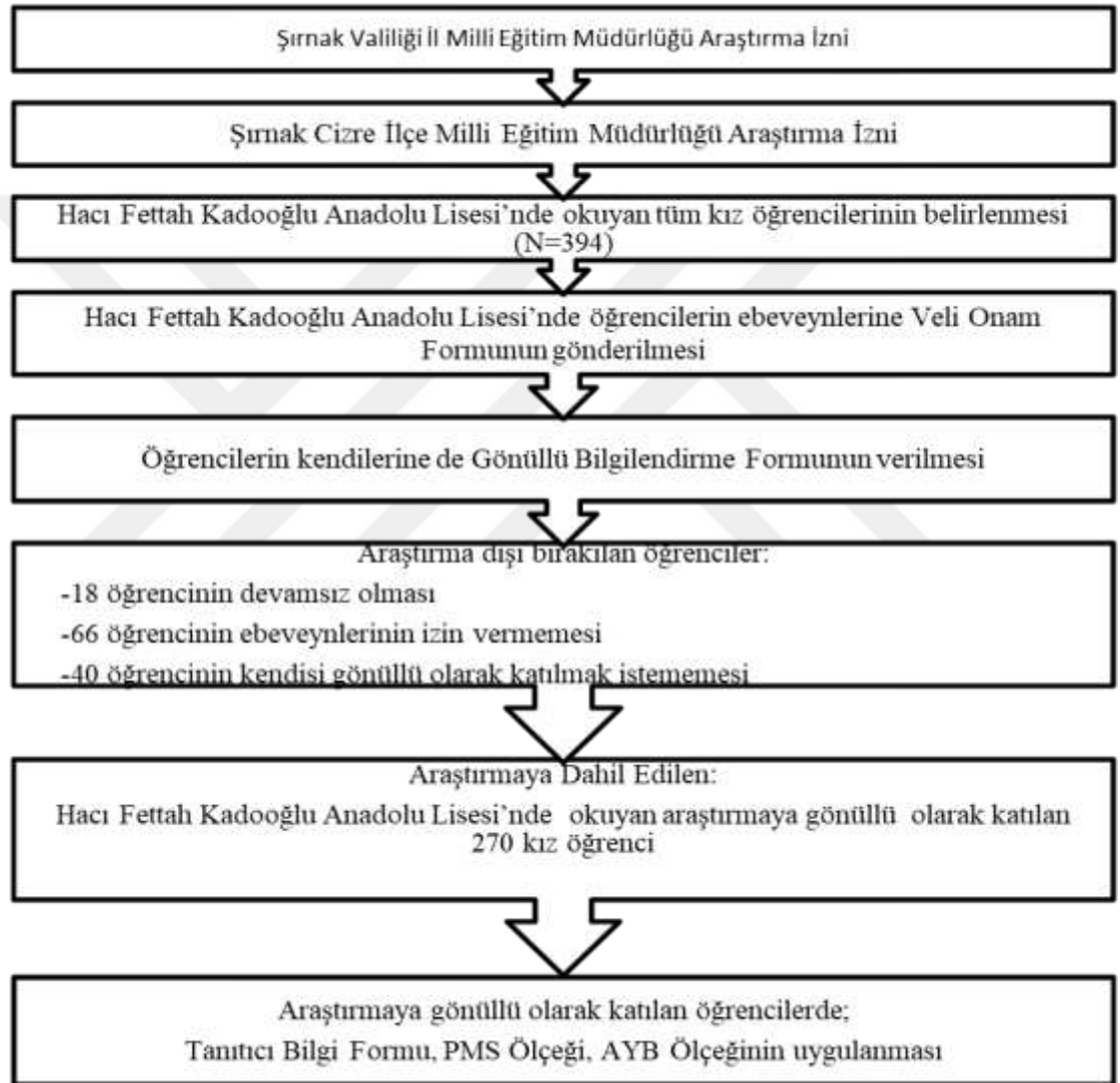
- Adölesanlarda premenstrual sendrom yaşama durumu ne düzeydedir?
- Adölesanlarda sağlıklı yaşama biçimi davranışları düzeyi nedir?
- Adölesanlarda premenstrual sendrom ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom belirtileri adölesanların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılık gösterir mi?
- Adölesanların tanımlayıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişki var mıdır?
- Adölesanların yaşları, ilk adet görme yaşları ve regl süresi ile sağlıklı yaşam biçimi arasında ilişki var mıdır?
- Adölesanların yaşları, ilk adet görme yaşları ve regl süresi ile premenstrual sendrom arasında ilişki var mıdır?

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın örneklemini daha 18 yaşını doldurmamış bireyler oluşturduğundan dolayı, öncelikle katılımcıların ebeveynlerine “Veli Bilgilendirme

ve Onay Formu” gönderilerek araştırma katılımı için izin alınmıştır. Velilerin onay verdiği katılımcılara gönüllü olarak katıldıklarına dair “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” verilerek katılımcıların rızası alınmıştır.

Katılımcıların rızası alındıktan sonra araştırma hakkında açıklayıcı bilgiler verilerek katılımcılar bilgilendirilmiştir. Daha sonra, anket formları adölesanların eğitim-öğretim süreçlerini aksatmayacak şekilde bireylere verilerek soruları bireysel olarak cevaplamaları istenmiştir.



Şekil 3.1: Araştırmanın Akış Planı

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılan katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi için yüzde ve frekans

analizlerinden, ölçeğin incelenmesi için de standart sapma ve ortalama istatistiklerinden yararlanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (10.11.2023, Ek.4), Adölesan Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'yi (24.02.2024, Ek.5) kullanmak için Türkçe güvenilirlik ve geçerliliğini yapmış araştırmacılardan mail aracılığıyla izin alınmıştır.

İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılarak etik kurul onayı alınmıştır (29.03.2024, Ek.6). Etik kurul izni alınmasıyla beraber Şırnak İl Milli Eğitim Müdürlüğüne başvuru yapılarak araştırma yürütülebilmesi için yazılı izin alınmıştır (02.04.2024, Ek.7). Araştırmacının görev yaptığı Şırnak/Cizre Hacı Fettah Kadooğlu Anadolu Lisesi iaresi ile görüşülerek çalışmanın amaç ve hedefleri açıklanmış ve araştırmanın yapılabilmesi için sözlü kurum izni alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evrenini bu kuruma kayıtlı olan toplam 394 kız öğrenci oluşturmaktadır. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış menstruel periyotları düzenli ve araştırmaya gönüllü kız öğrenciler çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Çizelge 3.1: Verilerin Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Premenstrual Sendrom Toplam	-0,621	-0,288
Depresif Duygulanım	-0,915	-0,239
Anksiyete	-0,733	0,376
Yorgunluk	-0,445	-0,551
Sinirlilik	-0,947	-0,372
Depresif Düşünceler	-1,008	-0,088
Ağrı	-0,837	-0,082
İçtah Değişimleri	-0,984	0,074
Şişkinlik	-0,725	0,585
Uyku	-1,123	0,147

Çizelge 3.1: (Devamı) Verilerin Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	0,681	-0,078
Sağlık Sorumluluğu	-0,201	0,222
Fiziksel Aktivite	0,643	0,634
Beslenme	-0,086	0,168
Pozitif Yaşam Algısı	-0,321	-0,234
Kişilerarası İlişkiler	-0,173	-0,219
Stres Yönetimi	-0,319	-0,100
Spiritüel Sağlık	-0,073	0,034

İlgili literatüre baktığımızda, değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında bir değer olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada değişkenlerin normal dağılım gösterdiği sonucu ortaya çıkmıştır. Yapılan veri analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Öğrencilerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. 0,00-0,25 arasındaki korelasyon katsayıları (r) çok zayıftır; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 ortalama; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek kabul edilmektedir (Kalaycı, 2006, s. 116). Öğrenci tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek farklılıklarını incelemek için bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanılmıştır.

Etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen'in kare katsayıları (d) ve Eta (η^2) kullanıldı. Etki büyüklüğü, gruplar arasındaki farkın anlamlı kabul edilecek kadar büyük olup olmadığını gösterir. Cohen'in d değeri 0,2: küçük; 0,5: orta; 0,8: büyük, küçük kare değeri 0,01: küçük; 0,06: ortalama; 0,14: büyük kabul ediliyor (Büyüköztürk ve diğerleri, 2018).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin bulguları Çizelge 4.1’de yer almaktadır.

Çizelge 4.1: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=270)

Gruplar	(n)	(%)
Sınıf		
9	60	22,2
10	86	31,9
11	71	26,3
12	53	19,6
Nerede Yaşandığı		
Aile yanında	224	83,0
Yurt	46	17,0
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	81	30,0
Okuryazar	41	15,2
İlköğretim	95	35,2
Lise ve Üzeri	53	19,6
Anne Çalışma Durumu		
Evet	11	4,1
Hayır	259	95,9
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	20	7,4
Okuryazar	68	25,2
İlköğretim	96	35,6
Lise	62	23,0
Üniversite	24	8,9
Baba Çalışma Durumu		
Evet	207	76,7
Hayır	63	23,3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	8	3,0
Hayır	262	97,0

**Çizelge 4.1: (Devamı) Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı
(n=270)**

Gruplar	(n)	(%)
Günlük Çay Tüketme Sıklığı		
Hiç	39	14,4
Günde 1-2 Fincan	123	45,6
Günde 3 Fincan ve Üstü	52	19,3
Haftada 1-2 Fincan	56	20,7
Günlük Kahve Tüketme Sıklığı		
Hiç	68	25,2
Günde 1-2 Fincan	80	29,6
Günde 3 Fincan ve Üstü	15	5,6
Haftada 1-2 Fincan	107	39,6
Günlük Gazlı İçecek Tüketme Sıklığı		
Hiç	50	18,5
Günde 1-2 Bardak	48	17,8
Günde 3 Bardak ve Üstü	18	6,7
Haftada 1-2 Bardak	154	57,0
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	29	10,7
Hayır	208	77,0
Bazen	33	12,2
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	13	4,8
Hayır	257	95,2
Kronik Hastalıklar (n=13)*		
Üveit	1	7,7
Hipotiroidi	1	7,7
Demir Eksikliği Anemisi	1	7,7
Polikistik Over Sendromu	3	23,1
Tip1 Diyabet	1	7,7
Migren	1	7,7
Astım	5	38,5
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Var	21	7,8
Yok	249	92,2
İlk Adet Yaşını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	226	83,7
Hatırlamıyor	44	16,3
Düzenli Adet Görme Durumu		
Evet	187	69,3
Hayır	83	30,7

Çizelge 4.1: (Devamı) Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=270)

Gruplar	(n)	(%)
Adet Ağrısı Çekme Durumu		
Evet	212	78,5
Hayır	58	21,5
Adet Öncesi Problemlerle İlgili Bilgi Alma		
Evet	171	63,3
Hayır	99	36,7
Ağrılı Adet ile İlgili Sağlık Kuruluşuna Başvurma		
Evet	42	15,6
Hayır	228	84,4
Regl Ağrısı Problemini Gidermek İçin Yönteme Başvurma		
Hayır	135	50,0
Evet	135	50,0
Regl Ağrısı Problemini Gidermek İçin Kullanılan Yöntemler (n=135)*		
İlaç Kullanmak	95	70,4
Bitkisel Ürünleri Kullanmak	52	38,5
Hastaneye Gitmek	15	11,1
Ailede Diğer Kadınlarda Adet Öncesi Problem Varlığı		
Evet	157	58,1
Hayır	113	41,9
Adet Dönemi Okula Devamsızlık Yapma Durumu		
Evet	58	21,5
Hayır	212	78,5
Okul Hemşiresine Adet Öncesi Problemler İçin Başvurma		
Evet	127	47,0
Hayır	143	53,0
Okul Hemşiresinin Yardımcı Olduğunu Düşünme		
Evet	176	65,2
Hayır	94	34,8
	Ort	Ss
Yaş	15,720	1,155
İlk Adet Yaşı	12,840	0,905
Regl Dönemi Süresi	5,940	1,152

*Birden fazla seçilen maddeler

Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Çizelge 4.1'de incelendiğinde; öğrencilerin sınıfa göre dağılımında, 60'ı (%22,2) 1. sınıfta, 86'sı (%31,9) 2. sınıfta, 71'i (%26,3) 3. sınıfta ve 53'ü (%19,6) 4. sınıfta yer almaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%83,0) aileleriyle yaşarken, %17,0'i yurttan kalmaktadır. Anne eğitim durumu incelendiğinde, %30,0'ı okuryazar değil, %15,2'si

okuryazar, %35,2'si ilköğretim mezunu, %19,6'sı ise lise ve üzeri eğitim seviyesindedir. Annelerin %4,1'i çalışırken, %95,9'u çalışmamaktadır. Babaların eğitim durumunda ise %7,4'ü okuryazar değil, %25,2'si okuryazar, %35,6'sı ilköğretim mezunu, %23'ü ortaöğretim mezunu ve %8,9'u üniversite mezunudur. Babaların %76,7'si çalışırken, %23,3'ü çalışmamaktadır.

Adölesan grubu olan öğrencilerde sigara kullanma durumuna bakıldığında; öğrencilerin %3'ü sigara kullanırken, %97'si kullanmamaktadır. Çay tüketme sıklığına göre, %14,4'ü hiç çay içmezken, %45,6'sı günde 1-2 fincan, %19,3'ü günde 3 fincan ve üstü, %20,7'si haftada 1-2 fincan çay içmektedir. Kahve tüketiminde ise %25,2'si hiç kahve içmezken, %29,6'sı günde 1-2 fincan, %5,6'sı günde 3 fincan ve üstü, %39,6'sı ise haftada 1-2 fincan kahve içmektedir. Günlük gazlı içecek tüketimi incelendiğinde, %18,5'i hiç içmezken, %17,8'si günde 1-2 bardak, %6,7'si günde 3 bardak ve üstü, %57'si haftada 1-2 bardak tüketmektedir.

Düzenli egzersiz yapma durumuna göre, öğrencilerin %10,7'si düzenli olarak egzersiz yaparken, %77'si yapmamaktadır; %12,2'si ise bazen egzersiz yapmaktadır. Kronik hastalık varlığına göre öğrencilerin %4,8'inde kronik hastalık bulunurken, %95,2'sinde bulunmamaktadır. Ayrıca, üveit, hipotiroidi, demir eksikliği anemisi, polikistik over sendromu, tip 1 diyabet ve migren gibi hastalıklar düşük oranlarda görülmektedir. Astım varlığı %38,5 oranında, sürekli ilaç kullanma durumu ise %7,8 oranındadır.

Menstruasyon ile ilgili olarak, öğrencilerin %83,7'si ilk adet yaşını hatırlarken, %16,3'ü hatırlamamaktadır. Öğrencilerin %69,3'ü düzenli adet görürken, %30,7'si düzensiz adet görmektedir. Adet ağrısı çekenlerin oranı %78,5, adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların oranı ise %63,3'tür. Adet ağrısı için sağlık kuruluşuna başvuranların oranı %15,6, regl ağrısını gidermek için yöntem kullananların oranı %50 'dir. Bu yöntemler arasında ilaç kullanma %70,4, bitkisel ürünler kullanma %38,5 ve hastaneye gitme %11,1 oranında tercih edilmektedir. Ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem olanların oranı %58,1 iken, adet döneminde okula devamsızlık yapanların oranı %21,5'tir. Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuranların oranı %47 ve okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin oranı ise %65,2'dir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşlarının ortalaması $15,720 \pm 1,155$ (Min=14; Maks=18) ve ilk adet yaşı ortalaması $12,840 \pm 0,905$ 'dir (Min=10; Maks=15).

Öğrencilerin adet dönemi süresi ortalaması $5,940 \pm 1,152$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 2).

4.2. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği

Puan Ortalamaları

Öğrencilerin Adölesan Yaşam Biçimi ve Premenstrual Sendrom Ölçeklerine yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri Çizelge 4.2 ve Çizelge 4.3'de yer almaktadır.

Çizelge 4.2: Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamaları (n=270)

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Premenstrual Sendrom Toplam	131,867	39,469	44,000	208,000
Depresif Duygulanım	22,256	8,085	7,000	35,000
Anksiyete	17,200	7,412	7,000	35,000
Yorgunluk	21,419	6,448	6,000	30,000
Sinirlilik	16,596	6,089	5,000	25,000
Depresif Düşünceler	20,485	8,118	7,000	35,000
Ağrı	9,478	3,380	3,000	15,000
İştah Değişimleri	8,907	3,638	3,000	15,000
Şişkinlik	6,952	3,666	3,000	15,000
Uyku	8,574	3,975	3,000	15,000

Çizelge 4.2'de öğrencilerin Premenstrual Sendrom Ölçeğinden ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları incelenmiştir. Öğrencilerin "premenstrual sendrom toplam" puanı ortalaması $131,867 \pm 39,469$ olup, bu değerler minimum 44 ile maksimum 208 arasında değişmektedir. PMS'nin alt boyutlarına bakıldığında, depresif duygulanım ortalaması $22,256 \pm 8,085$ (Min=7, Maks=35), anksiyete ortalaması $17,200 \pm 7,412$ (Min=7, Maks=35), yorgunluk ortalaması $21,419 \pm 6,448$ (Min=6, Maks=30), sinirlilik ortalaması $16,596 \pm 6,089$ (Min=5, Maks=25), depresif düşünceler ortalaması $20,485 \pm 8,118$ (Min=7, Maks=35), ağrı ortalaması $9,478 \pm 3,380$ (Min=3, Maks=15), iştah değişimleri ortalaması $8,907 \pm 3,638$ (Min=3, Maks=15), şişkinlik ortalaması $6,952 \pm 3,666$ (Min=3, Maks=15) ve uyku ortalaması $8,574 \pm 3,975$ (Min=3, Maks=15) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimine yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Çizelge 4.3: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=270)

	Ort	Ss	Min.	Maks.
Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	108,015	15,259	54,000	152,000
Sağlık Sorumluluğu	14,730	3,057	7,000	24,000
Fiziksel Aktivite	12,682	3,278	6,000	24,000
Beslenme	16,641	3,171	9,000	25,000
Pozitif Yaşam Algısı	16,682	3,506	6,000	24,000
Kişilerarası İlişkiler	17,474	3,204	6,000	24,000
Stres Yönetimi	15,837	2,889	7,000	23,000
Spiritüel Sağlık	13,970	3,153	6,000	24,000

Çizelge 4.3'te öğrencilerin Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Öğrencilerin "adölesan yaşam biçimi toplam" puanı ortalaması $108,015 \pm 15,259$ (Min=54; Maks=152) olarak bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde, "sağlık sorumluluğu" ortalaması $14,730 \pm 3,057$ (Min=7; Maks=24), "fiziksel aktivite" ortalaması $12,682 \pm 3,278$ (Min=6; Maks=24), "beslenme" ortalaması $16,641 \pm 3,171$ (Min=9; Maks=25), "pozitif yaşam algısı" ortalaması $16,682 \pm 3,506$ (Min=6; Maks=24), "kişilerarası ilişkiler" ortalaması $17,474 \pm 3,204$ (Min=6; Maks=24), "stres yönetimi" ortalaması $15,837 \pm 2,889$ (Min=7; Maks=23) ve "spiritüel sağlık" ortalaması $13,970 \pm 3,153$ (Min=6; Maks=24) olarak saptanmıştır.

4.3. Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Arasında İlişkiler

Öğrencilerin Adölesan Yaşam Biçimi ve Premenstrual Sendrom Ölçeği arasındaki ilişki düzeylerini belirleyen korelasyon analizi ile incelenmiştir ve analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.4: Adölesan Yaşam Biçimi ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Premenstrual Sendrom Toplam	r	-0,087	0,014	0,048	-0,130*	-0,158**	-0,038	-0,065	-0,079
	p	0,155	0,818	0,429	0,032	0,009	0,539	0,286	0,198
Depresif Duygulanım	r	-0,126*	-0,022	-0,008	-0,190**	-0,166**	-0,052	-0,067	-0,088
	p	0,039	0,719	0,890	0,002	0,006	0,390	0,271	0,150
Anksiyete	r	-0,056	0,008	0,050	-0,101	-0,128*	-0,006	-0,058	-0,026
	p	0,362	0,898	0,411	0,097	0,036	0,923	0,342	0,667
Yorgunluk	r	-0,056	-0,006	0,028	-0,116	-0,089	-0,018	-0,001	-0,061
	p	0,357	0,923	0,649	0,056	0,146	0,767	0,991	0,321
Sinirlilik	r	-0,142*	0,017	0,012	-0,164**	-0,200**	-0,128*	-0,085	-0,124*
	p	0,019	0,775	0,842	0,007	0,001	0,036	0,162	0,042
Depresif Düşünceler	r	-0,114	-0,026	0,020	-0,118	-0,184**	-0,002	-0,099	-0,130*
	p	0,062	0,676	0,739	0,054	0,002	0,974	0,103	0,033
Ağrı	r	-0,019	0,068	0,017	-0,069	-0,061	0,015	-0,058	-0,002
	p	0,751	0,268	0,779	0,259	0,314	0,806	0,344	0,976
İştah Değişimleri	r	-0,065	-0,025	0,069	-0,082	-0,090	0,011	-0,073	-0,123*
	p	0,287	0,679	0,259	0,177	0,139	0,860	0,235	0,044
Şişkinlik	r	0,086	0,124*	0,140*	0,049	0,034	0,021	0,005	0,039
	p	0,157	0,042	0,021	0,425	0,574	0,732	0,936	0,522
Uyku	r	0,036	0,057	0,091	0,051	-0,068	-0,068	0,044	0,078
	p	0,554	0,354	0,134	0,402	0,262	0,264	0,467	0,199

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık, premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; premenstrual sendrom toplam ile beslenme arasında $r=-0.13$ negatif çok zayıf ($p=0,032<0.05$), premenstrual sendrom toplam ile pozitif yaşam algısı arasında $r=-0.158$ negatif çok zayıf ($p=0,009<0.05$), depresif duygulanım ile adölesan yaşam biçimi toplam arasında $r=-0.126$ negatif çok zayıf ($p=0,039<0.05$), depresif duygulanım ile beslenme arasında $r=-0.19$ negatif çok zayıf ($p=0,002<0.05$), depresif duygulanım ile pozitif yaşam algısı arasında $r=-0.166$ negatif çok zayıf ($p=0,006<0.05$), anksiyete ile pozitif yaşam algısı arasında $r=-0.128$ negatif çok zayıf ($p=0,036<0.05$), sinirlilik ile adölesan yaşam biçimi toplam arasında $r=-0.142$ negatif çok zayıf ($p=0,019<0.05$), sinirlilik ile beslenme arasında $r=-0.164$ negatif çok zayıf ($p=0,007<0.05$), sinirlilik ile pozitif yaşam algısı arasında $r=-0.2$ negatif çok zayıf ($p=0,001<0.05$), sinirlilik ile kişilerarası ilişkiler arasında $r=-0.128$ negatif çok zayıf ($p=0,036<0.05$), sinirlilik ile spiritüel sağlık arasında $r=-0.124$ negatif çok zayıf ($p=0,042<0.05$), depresif düşünceler ile pozitif yaşam algısı arasında $r=-0.184$ negatif çok zayıf ($p=0,002<0.05$), depresif düşünceler ile spiritüel sağlık arasında $r=-0.13$ negatif çok zayıf ($p=0,033<0.05$), iştah değişimleri ile spiritüel sağlık arasında $r=-0.123$ negatif çok zayıf ($p=0,044<0.05$), şişkinlik ile sağlık sorumluluğu arasında $r=0.124$ pozitif çok zayıf ($p=0,042<0.05$), şişkinlik ile fiziksel aktivite arasında $r=0.14$ pozitif çok zayıf ($p=0,021<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Çizelge 5).

4.4. Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Premenstrual Sendrom Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Çizelge 4.5'te verilmiştir.

Çizelge 4.5: Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Premenstrual Sendrom Toplam	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Şişkinlik	Uyku
Sınıf		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
9	60	130,983±35,452	21,783±7,522	16,417±7,423	21,150±6,164	16,850±5,599	20,717±7,270	9,333±3,343	9,167±3,528	6,583±3,264	8,983±3,895
10	86	130,744±41,413	21,361±8,475	17,244±7,919	20,895±6,269	16,756±6,029	20,244±8,421	9,209±3,454	8,849±3,645	7,465±3,976	8,721±3,684
11	71	128,437±39,062	22,789±8,119	16,916±6,961	21,296±6,696	15,761±6,326	19,606±8,425	9,394±3,169	8,535±3,401	6,296±3,499	7,845±4,045
12	53	139,283±41,231	23,528±8,011	18,396±7,188	22,736±6,712	17,170±6,447	21,793±8,158	10,189±3,568	9,208±4,087	7,415±3,703	8,849±4,391
F=		0,834	0,960	0,717	0,969	0,654	0,775	1,013	0,474	1,821	1,133
p=		0,476	0,412	0,542	0,408	0,581	0,509	0,387	0,701	0,144	0,336
Nerede Yaşadığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Aile	224	130,839±39,529	22,080±8,049	16,960±7,363	21,201±6,495	16,531±6,077	20,112±8,031	9,473±3,401	8,848±3,568	7,000±3,652	8,634±3,974
Yurt	46	136,870±39,219	23,109±8,295	18,370±7,620	22,478±6,174	16,913±6,207	22,304±8,385	9,500±3,312	9,196±3,992	6,717±3,763	8,283±4,009
t=		-0,944	-0,785	-1,176	-1,225	-0,387	-1,674	-0,049	-0,589	0,476	0,545
p=		0,346	0,433	0,241	0,222	0,699	0,095	0,961	0,556	0,635	0,586
Anne Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar Değil	81	129,864±35,382	21,568±7,880	16,926±6,895	21,346±5,897	16,519±6,201	20,494±7,985	9,383±3,307	8,864±3,629	6,506±3,644	8,259±3,869
Okuryazar	41	131,268±36,821	22,732±7,639	17,098±7,543	21,854±6,354	16,976±5,502	20,146±7,992	9,073±3,342	8,146±3,582	7,439±3,769	7,805±3,466
İlköğretim	95	131,947±41,751	22,432±8,082	17,284±7,406	21,379±6,484	16,505±6,033	20,516±8,181	9,221±3,362	8,863±3,645	6,947±3,688	8,800±4,002
Lise ve Üzeri	53	135,245±43,823	22,623±8,863	17,547±8,238	21,264±7,370	16,585±6,591	20,679±8,521	10,396±3,483	9,642±3,648	7,264±3,601	9,245±4,398
F=		0,200	0,292	0,082	0,076	0,064	0,034	1,718	1,331	0,767	1,291
p=		0,896	0,831	0,970	0,973	0,979	0,992	0,164	0,265	0,513	0,278
Anne Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	11	165,909±31,631	29,273±4,880	23,818±6,493	24,727±4,407	20,455±6,105	26,909±8,549	11,636±3,384	11,091±3,015	9,273±4,245	8,727±4,174
Hayır	259	130,421±39,165	21,958±8,065	16,919±7,328	21,278±6,489	16,432±6,046	20,212±8,003	9,386±3,356	8,815±3,638	6,853±3,615	8,568±3,975
t=		2,963	2,982	3,071	1,744	2,160	2,711	2,178	2,044	2,159	0,130
p=		0,003	0,000	0,002	0,082	0,032	0,007	0,030	0,042	0,032	0,896
Baba Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar Değil	20	128,900±38,247	21,450±8,127	17,100±8,303	21,300±6,681	16,200±4,959	19,450±7,970	9,350±3,689	8,000±3,853	6,400±3,844	9,650±3,746
Okuryazar	68	133,515±39,914	21,985±8,537	17,809±7,156	22,088±6,517	17,103±6,393	21,000±8,388	9,294±3,355	9,221±3,901	6,603±3,413	8,412±4,222
İlköğretim	96	130,021±39,666	22,344±8,034	16,583±7,743	21,344±6,286	16,365±5,988	20,281±8,245	9,229±3,523	8,458±3,563	6,813±3,728	8,604±3,903
Lise	62	130,919±36,833	22,081±7,567	17,129±6,664	21,210±6,244	16,048±5,998	20,339±7,299	9,629±3,111	9,274±3,295	7,194±3,719	8,016±3,361
Üniversite	24	139,500±46,694	23,792±8,708	18,208±8,199	20,458±7,524	17,833±6,876	21,083±9,436	10,708±3,263	9,625±3,774	8,333±3,749	9,458±5,065
F=		0,340	0,292	0,391	0,334	0,543	0,200	1,014	1,197	1,226	0,998
p=		0,851	0,883	0,815	0,855	0,704	0,938	0,401	0,312	0,300	0,409

Çizelge 4.5: (Devamı) Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Premenstrual Sendrom Toplam	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Şişkinlik	Uyku
Baba Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	207	131,420±38,338	22,193±7,911	17,039±7,269	21,362±6,499	16,686±6,163	20,459±7,787	9,459±3,321	8,821±3,538	6,787±3,563	8,614±4,013
Hayır	63	133,333±43,273	22,460±8,695	17,730±7,899	21,603±6,326	16,302±5,880	20,571±9,191	9,540±3,596	9,191±3,967	7,492±3,967	8,444±3,876
t=		-0,336	-0,229	-0,648	-0,259	0,438	-0,096	-0,166	-0,705	-1,338	0,295
p=		0,737	0,819	0,518	0,796	0,662	0,923	0,869	0,509	0,182	0,768
Günlük Çay Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	39	124,769±40,388	21,180±8,385	16,769±8,203	20,821±6,832	16,205±6,174	18,410±7,408	8,872±3,750	8,154±3,192	6,359±3,483	8,000±4,123
Günde 1-2 Fincan	123	136,748±35,724	22,610±7,785	17,488±6,862	22,561±5,676	16,813±5,865	21,537±7,916	10,065±3,005	9,585±3,480	7,374±3,767	8,715±3,747
Günde 3 Fincan ve Üstü	52	128,019±42,748	22,596±8,197	17,269±7,844	20,096±6,895	15,904±6,149	19,577±8,412	8,904±3,696	8,404±4,064	6,462±3,744	8,808±4,446
Haftada 1-2 Fincan	56	129,661±43,114	21,911±8,548	16,804±7,759	20,554±7,068	17,036±6,542	20,464±8,575	9,143±3,466	8,411±3,687	6,893±3,462	8,446±3,963
F=		1,274	0,371	0,159	2,505	0,424	1,769	2,374	2,712	1,202	0,399
p=		0,284	0,774	0,924	0,060	0,736	0,153	0,071	0,045	0,310	0,753
PostHoc=									2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)		
Günlük Kahve Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	68	123,794±36,541	21,147±8,132	15,838±6,601	20,500±6,314	15,485±6,792	19,721±8,193	8,838±3,170	8,103±3,447	5,677±3,188	8,485±4,366
Günde 1-2 Fincan	80	138,500±34,400	23,675±7,115	18,788±7,386	22,375±5,448	17,388±5,595	21,575±7,535	9,650±3,183	9,338±3,356	7,775±3,871	7,938±3,520
Günde 3 Fincan ve Üstü	15	136,733±44,843	23,333±9,597	17,933±8,207	21,667±6,586	16,267±6,397	21,867±8,305	10,667±3,309	8,667±3,437	7,267±3,654	9,067±4,350
Haftada 1-2 Fincan	107	131,355±43,396	21,748±8,453	16,776±7,679	21,252±7,155	16,757±5,908	19,963±8,461	9,589±3,626	9,131±3,938	7,103±3,626	9,037±3,969
F=		1,799	1,486	2,183	1,079	1,248	0,974	1,547	1,649	4,342	1,260
p=		0,148	0,219	0,090	0,359	0,293	0,406	0,203	0,178	0,005	0,288
PostHoc=										2>1, 4>1 (p<0.05)	

Çizelge 4.5: (Devamı) Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Premenstrual Sendrom Toplam	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Şişkinlik	Uyku
Günlük Gazlı İçecek Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	50	117,100±37,364	19,920±8,755	13,980±6,711	20,140±6,704	14,940±6,585	17,620±7,727	9,180±3,237	7,880±3,280	6,040±3,392	7,400±4,071
Günde 1-2 Bardak	48	135,604±39,356	22,542±8,197	17,542±7,602	21,958±6,039	16,083±5,950	21,979±8,025	9,750±3,297	9,458±3,585	6,833±3,692	9,458±4,390
Günde 3 Bardak ve Üstü	18	155,167±40,663	26,778±7,353	21,444±7,587	24,444±6,401	19,556±6,271	23,333±8,971	11,500±3,915	9,333±4,102	8,444±3,899	10,333±4,243
Haftada 1-2 Bardak	154	132,773±38,625	22,396±7,713	17,643±7,230	21,312±6,421	16,948±5,825	20,617±7,980	9,253±3,332	9,020±3,679	7,110±3,674	8,474±3,671
F=		4,789	3,392	5,604	2,129	3,000	3,462	2,655	1,844	2,167	3,552
p=		0,003	0,019	0,001	0,097	0,031	0,017	0,049	0,139	0,092	0,015
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>4 (p<0.05)	3>1, 3>4 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1, 3>4 (p<0.05)		3>1, 4>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)	3>1, 3>4 (p<0.05)			2>1, 3>1 (p<0.05)
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	29	133,759±40,384	22,655±8,566	16,345±8,099	22,345±6,154	16,655±6,067	19,897±8,169	9,897±3,352	8,793±3,559	8,035±3,610	9,138±4,332
Hayır	208	130,731±39,095	22,067±8,001	16,928±7,089	21,370±6,479	16,409±6,210	20,313±8,157	9,495±3,382	8,947±3,672	6,678±3,656	8,524±4,040
Bazen	33	137,364±41,695	23,091±8,372	19,667±8,480	20,909±6,611	17,727±5,340	22,091±7,879	9,000±3,437	8,758±3,597	7,727±3,591	8,394±3,240
F=		0,438	0,266	2,180	0,406	0,668	0,767	0,553	0,054	2,615	0,340
p=		0,646	0,766	0,115	0,667	0,514	0,465	0,576	0,947	0,075	0,712
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	13	125,462±38,368	20,000±7,714	14,846±8,143	22,077±5,204	15,615±5,140	18,154±7,614	9,308±3,011	8,692±3,794	8,000±3,215	8,769±4,206
Hayır	257	132,191±39,569	22,370±8,101	17,319±7,370	21,385±6,511	16,646±6,138	20,603±8,139	9,486±3,403	8,918±3,638	6,899±3,685	8,564±3,971
t=		-0,599	-1,031	-1,174	0,377	-0,595	-1,062	-0,186	-0,218	1,057	0,181
p=		0,550	0,303	0,241	0,707	0,553	0,289	0,853	0,828	0,291	0,856
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	21	146,048±49,440	24,667±9,024	19,238±9,099	22,619±6,764	17,667±6,003	22,952±9,008	11,000±3,521	10,143±4,139	9,286±4,485	8,476±4,167
Hayır	249	130,671±38,394	22,052±7,987	17,028±7,248	21,317±6,424	16,506±6,100	20,277±8,024	9,349±3,344	8,803±3,583	6,755±3,529	8,582±3,967
t=		1,721	1,426	1,314	0,888	0,838	1,453	2,164	1,625	3,086	-0,117
p=		0,178	0,155	0,190	0,375	0,403	0,147	0,031	0,105	0,002	0,907
İlk Adet Yaşımı Hatırlama Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS

Çizelge 4.5: (Devamı) Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Premenstrual Sendrom Toplam	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Şişkinlik	Uyku
Düzenli Adet Görme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	187	129,781±41,533	21,861±8,355	16,963±7,519	21,086±6,701	16,273±6,288	20,011±8,270	9,455±3,381	8,481±3,630	7,091±3,723	8,562±4,085
Hayır	83	136,566±34,136	23,145±7,411	17,735±7,181	22,169±5,805	17,325±5,586	21,554±7,707	9,530±3,398	9,868±3,491	6,639±3,536	8,602±3,738
t=		-1,305	-1,205	-0,790	-1,275	-1,312	-1,444	-0,169	-2,929	0,935	-0,078
p=		0,161	0,229	0,430	0,203	0,191	0,150	0,866	0,004	0,350	0,938
Adet Ağrısı Çekme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	212	136,693±37,455	23,193±7,714	17,793±7,380	22,222±6,071	17,142±5,864	20,877±7,796	10,057±3,221	9,212±3,658	7,344±3,752	8,854±4,046
Hayır	58	114,224±41,898	18,828±8,543	15,035±7,182	18,483±6,972	14,603±6,524	19,052±9,133	7,362±3,116	7,793±3,365	5,517±2,939	7,552±3,550
t=		3,944	3,731	2,536	4,022	2,850	1,521	5,684	2,662	3,430	2,227
p=		0,000	0,000	0,012	0,000	0,005	0,168	0,000	0,008	0,000	0,027
Adet Öncesi Problemlerle İlgili Bilgi Alma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	171	130,170±37,359	21,760±7,804	16,737±7,153	21,404±6,067	16,409±6,087	20,105±7,799	9,298±3,166	8,731±3,395	7,240±3,782	8,485±3,935
Hayır	99	134,798±42,909	23,111±8,521	18,000±7,812	21,444±7,090	16,919±6,111	21,141±8,644	9,788±3,718	9,212±4,024	6,455±3,417	8,727±4,058
t=		-0,928	-1,325	-1,352	-0,050	-0,662	-1,011	-1,148	-1,047	1,702	-0,481
p=		0,354	0,186	0,178	0,962	0,508	0,313	0,273	0,318	0,090	0,631
Ağrılı Adet ile İlgili Sağlık Kuruluşuna Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	42	146,191±35,457	24,952±7,765	19,071±7,422	22,905±5,703	19,333±5,025	22,191±7,399	10,691±2,917	10,071±3,885	8,071±3,652	8,905±3,392
Hayır	228	129,228±39,674	21,759±8,061	16,855±7,374	21,145±6,550	16,092±6,143	20,171±8,221	9,254±3,418	8,693±3,559	6,746±3,639	8,513±4,077
t=		2,586	2,373	1,788	1,631	3,225	1,485	2,556	2,274	2,169	0,586
p=		0,010	0,018	0,075	0,104	0,000	0,139	0,011	0,024	0,031	0,508
Regl Ağrısı Problemini Gidermek İçin Yönteme Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hayır	135	121,763±40,907	20,444±8,636	15,563±7,216	20,000±6,825	15,682±6,450	18,882±8,740	8,548±3,416	8,044±3,477	6,267±3,524	8,333±4,230
Evet	135	141,970±35,329	24,067±7,073	18,837±7,267	22,837±5,729	17,511±5,581	22,089±7,123	10,407±3,087	9,770±3,603	7,637±3,689	8,815±3,702
t=		-4,344	-3,770	-3,715	-3,699	-2,492	-3,305	-4,692	-4,005	-3,121	-0,995
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,013	0,001	0,000	0,000	0,002	0,321

Çizelge 4.5: (Devamı) Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Premenstrual Sendrom Toplam	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Şişkinlik	Uyku
Ailede Diğer Kadınlarda Adet Öncesi Problem Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	157	138,319±38,203	22,917±7,816	18,159±7,388	22,057±6,232	17,446±5,704	21,905±8,359	10,172±3,296	9,535±3,628	7,299±3,812	8,828±4,119
Hayır	113	122,903±39,614	21,336±8,393	15,867±7,268	20,531±6,663	15,416±6,429	18,513±7,364	8,513±3,271	8,035±3,484	6,469±3,410	8,221±3,755
t=		3,221	1,590	2,532	1,929	2,734	3,454	4,093	3,406	1,844	1,239
p=		0,001	0,113	0,012	0,055	0,008	0,001	0,000	0,001	0,066	0,217
Adet Dönemi Okula Devamsızlık Yapma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	58	152,138±32,873	25,224±7,228	20,931±7,103	24,276±5,033	19,017±5,624	23,621±6,725	10,690±3,304	10,483±3,624	7,966±3,593	9,931±3,946
Hayır	212	126,321±39,373	21,443±8,132	16,179±7,179	20,637±6,581	15,934±6,056	19,627±8,268	9,146±3,332	8,476±3,530	6,675±3,644	8,203±3,910
t=		4,575	3,210	4,477	3,908	3,487	3,383	3,131	3,814	2,398	2,977
p=		0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,002	0,000	0,017	0,003
Okul Hemşiresine Adet Öncesi Problemler İçin Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	127	138,039±36,831	23,323±7,714	18,402±7,671	22,449±5,913	17,331±5,709	21,472±7,724	9,795±3,240	9,465±3,520	7,370±3,677	8,433±3,909
Hayır	143	126,385±41,025	21,308±8,313	16,133±7,029	20,504±6,778	15,944±6,358	19,608±8,383	9,196±3,487	8,413±3,682	6,580±3,628	8,699±4,042
t=		2,444	2,056	2,536	2,498	1,876	1,892	1,458	2,392	1,774	-0,549
p=		0,015	0,041	0,012	0,012	0,062	0,060	0,146	0,017	0,077	0,584
Okul Hemşiresinin Yardımcı Olduğunu Düşünme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	176	134,665±39,162	22,739±8,087	17,892±7,653	21,807±6,230	16,938±5,862	20,977±7,810	9,489±3,326	9,165±3,646	7,301±3,661	8,358±3,834
Hayır	94	126,628±39,717	21,351±8,045	15,904±6,789	20,692±6,812	15,957±6,477	19,564±8,634	9,457±3,497	8,426±3,594	6,298±3,604	8,979±4,217
t=		1,599	1,345	2,113	1,356	1,261	1,365	0,072	1,595	2,157	-1,224
p=		0,111	0,180	0,036	0,176	0,208	0,173	0,943	0,112	0,032	0,222

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Çizelge 4.5'te Premenstrual Sendrom Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelendiğinde; öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku puanları sınıfa, öğrencilerin yaşadığı yere, anne eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Anne çalışma durumunun öğrencilerin premenstrual sendrom (PMS) ve ilgili belirtiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Anneleri çalışan öğrencilerin premenstrual sendrom toplam puanları ($x=165,909$), anneleri çalışmayan öğrencilerin puanlarından ($x=130,421$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($t=2,963$; $p=0.003<0.05$; $d=0,912$; $\eta^2=0,032$). Anneleri çalışan öğrencilerin depresif duygulanım puanları ($x=29,273$), anneleri çalışmayan öğrencilerin puanlarından ($x=21,958$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,982$; $p<0.05$; $d=0,918$; $\eta^2=0,032$). Anksiyete puanları da benzer şekilde, anneleri çalışan öğrencilerde ($x=23,818$) anneleri çalışmayan öğrencilerden ($x=16,919$) daha yüksek bulunmuştur ($t=3,071$; $p=0.002<0.05$; $d=0,945$; $\eta^2=0,034$). Anneleri çalışan öğrencilerin sinirlilik puanları ($x=20,455$), anneleri çalışmayan öğrencilerin puanlarından ($x=16,432$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,160$; $p=0.032<0.05$; $d=0,665$; $\eta^2=0,017$). Depresif düşünceler puanları da anneleri çalışan öğrencilerde ($x=26,909$) anneleri çalışmayan öğrencilerden ($x=20,212$) daha yüksektir ($t=2,711$; $p=0.007<0.05$; $d=0,835$; $\eta^2=0,027$). Ayrıca, ağrı puanları anneleri çalışan öğrencilerde ($x=11,636$), anneleri çalışmayan öğrencilerden ($x=9,386$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,178$; $p=0.03<0.05$; $d=0,670$; $\eta^2=0,017$). Anneleri çalışan öğrencilerin iştah değişimleri puanları ($x=11,091$), anneleri çalışmayan öğrencilerin puanlarından ($x=8,815$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,044$; $p=0.042<0.05$; $d=0,629$; $\eta^2=0,015$). Şişkinlik puanları da anneleri çalışan öğrencilerde ($x=9,273$), anneleri çalışmayan öğrencilerden ($x=6,853$) daha yüksek bulunmuştur ($t=2,159$; $p=0.032<0.05$; $d=0,665$; $\eta^2=0,017$). Öğrencilerin yorgunluk ve uyku puanları ise anne çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bu bulgular, anneleri çalışan öğrencilerin PMS ve ilgili belirtileri daha yoğun yaşadığını göstermektedir.

Premenstrual Sendrom Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelendiğinde; öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah

değişimleri, şişkinlik, uyku puanları baba eğitim durumu ve babanın çalışma durumuna göre, anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin iştah değişimleri puanları günlük çay tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,712$; $p=0.045<0.05$; $\eta^2=0,030$). Farkın nedeni günlük çay tüketme sıklığı günde 1-2 fincan olanların iştah değişimleri puanlarının günlük çay hiç tüketmeyenlerin iştah değişimleri puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük çay tüketme sıklığı günde 1-2 fincan olanların iştah değişimleri puanlarının günlük çay tüketme sıklığı günde 3 fincan ve üstü olanların iştah değişimleri puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük çay tüketme sıklığı günde 1-2 fincan olanların iştah değişimleri puanlarının günlük çay tüketme sıklığı haftada 1-2 fincan olanların iştah değişimleri puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, şişkinlik, uyku puanları günlük çay tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin şişkinlik puanları günlük kahve tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,342$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,047$). Farkın nedeni günlük kahve tüketme sıklığı günde 1-2 fincan olanların şişkinlik puanlarının günlük kahve hiç tüketmeyenlerin şişkinlik puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük kahve tüketme sıklığı haftada 1-2 fincan olanların şişkinlik puanlarının günlük kahve hiç tüketmeyenlerin şişkinlik puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku puanları günlük kahve tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam puanları günlük tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,789$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0,051$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tüketme sıklığı günde 1-2 bardak olanların premenstrual sendrom toplam puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin premenstrual sendrom toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketme sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların premenstrual sendrom toplam puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin premenstrual sendrom toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketme sıklığı haftada 1-2 bardak olanların premenstrual sendrom toplam puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin premenstrual sendrom toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketme sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların

premenstrual sendrom toplam puanlarının günlük gazlı içecek tükete sıklığı haftada 1-2 bardak olanların premenstrual sendrom toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin depresif duygulanım puanları günlük gazlı içecek tükete sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,392$; $p=0.019<0.05$; $\eta^2=0,037$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların depresif duygulanım puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin depresif duygulanım puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların depresif duygulanım puanlarının günlük gazlı içecek tükete sıklığı haftada 1-2 bardak olanların depresif duygulanım puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin anksiyete puanları günlük gazlı içecek tükete sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,604$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,059$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 1-2 bardak olanların anksiyete puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin anksiyete puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların anksiyete puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin anksiyete puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı haftada 1-2 bardak olanların anksiyete puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin anksiyete puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların anksiyete puanlarının günlük gazlı içecek tükete sıklığı haftada 1-2 bardak olanların anksiyete puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin sinirlilik puanları günlük gazlı içecek tükete sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,000$; $p=0.031<0.05$; $\eta^2=0,033$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların sinirlilik puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin sinirlilik puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı haftada 1-2 bardak olanların sinirlilik puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketeleyenlerin sinirlilik puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların sinirlilik puanlarının günlük gazlı içecek tükete sıklığı günde 1-2 bardak olanların sinirlilik puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin depresif düşünceler puanları günlük gazlı içecek tükete sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,462$; $p=0.017<0.05$; $\eta^2=0,038$).

Farkın nedeni günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 1-2 bardak olanların depresif düşünceler puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin depresif düşünceler puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların depresif düşünceler puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin depresif düşünceler puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketime sıklığı haftada 1-2 bardak olanların depresif düşünceler puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin depresif düşünceler puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin ağrı puanları günlük gazlı içecek tüketime sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,655$; $p=0.049<0.05$; $\eta^2=0,029$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların ağrı puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin ağrı puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların ağrı puanlarının günlük gazlı içecek tüketime sıklığı haftada 1-2 bardak olanların ağrı puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Öğrencilerin uyku puanları günlük gazlı içecek tüketime sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,552$; $p=0.015<0.05$; $\eta^2=0,039$). Farkın nedeni günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 1-2 bardak olanların uyku puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin uyku puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük gazlı içecek tüketime sıklığı günde 3 bardak ve üstü olanların uyku puanlarının günlük gazlı içecek hiç tüketmeyenlerin uyku puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin yorgunluk, iştah değişimleri, şişkinlik puanları günlük gazlı içecek tüketime sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin sürekli kullanılan ilaç olmayanların ağrı puanları ($x=11,000$), sürekli kullanılan ilaç olanların ağrı puanlarından ($x=9,349$) yüksek bulunmuştur ($t=2,164$; $p=0.031<0.05$; $d=0,492$; $\eta^2=0,017$). Sürekli kullanılan ilaç olmayanların

şişkinlik puanları ($x=9,286$), sürekli kullanılan ilaç olanların şişkinlik puanlarından ($x=6,755$) yüksek bulunmuştur ($t=3,086$; $p=0.002<0.05$; $d=0,701$; $\eta^2=0,034$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku puanları sürekli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

İlk adet yaşını hatırlayanların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=137,376$), ilk adet yaşını hatırlamayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=103,568$) yüksek bulunmuştur ($t=5,471$; $p=0<0.05$; $d=0,901$; $\eta^2=0,100$). İlk adet yaşını hatırlayanların depresif duygulanım puanları ($x=23,097$), ilk adet yaşını hatırlamayanların depresif duygulanım puanlarından ($x=17,932$) yüksek bulunmuştur ($t=3,983$; $p=0<0.05$; $d=0,656$; $\eta^2=0,056$). İlk adet yaşını hatırlayanların anksiyete puanları ($x=18,018$), ilk adet yaşını hatırlamayanların anksiyete puanlarından ($x=13,000$) yüksek bulunmuştur ($t=4,236$; $p=0<0.05$; $d=0,698$; $\eta^2=0,063$). İlk adet yaşını hatırlayanların yorgunluk puanları ($x=22,097$), ilk adet yaşını hatırlamayanların yorgunluk puanlarından ($x=17,932$) yüksek bulunmuştur ($t=4,030$; $p=0<0.05$; $d=0,664$; $\eta^2=0,057$). İlk adet yaşını hatırlayanların sinirlilik puanları ($x=17,513$), ilk adet yaşını hatırlamayanların sinirlilik puanlarından ($x=11,886$) yüksek bulunmuştur ($t=5,956$; $p=0<0.05$; $d=0,981$; $\eta^2=0,117$). İlk adet yaşını hatırlayanların depresif düşünceler puanları ($x=21,487$), ilk adet yaşını hatırlamayanların depresif düşünceler puanlarından ($x=15,341$) yüksek bulunmuştur ($t=4,777$; $p=0<0.05$; $d=0,787$; $\eta^2=0,078$). İlk adet yaşını hatırlayanların ağrı puanları ($x=9,757$), ilk adet yaşını hatırlamayanların ağrı puanlarından ($x=8,046$) yüksek bulunmuştur ($t=3,122$; $p=0.002<0.05$; $d=0,514$; $\eta^2=0,035$). İlk adet yaşını hatırlayanların iştah değişimleri puanları ($x=9,177$), ilk adet yaşını hatırlamayanların iştah değişimleri puanlarından ($x=7,523$) yüksek bulunmuştur ($t=2,794$; $p=0.006<0.05$; $d=0,460$; $\eta^2=0,028$). İlk adet yaşını hatırlayanların şişkinlik puanları ($x=7,314$), ilk adet yaşını hatırlamayanların şişkinlik puanlarından ($x=5,091$) yüksek bulunmuştur ($t=3,770$; $p=0<0.05$; $d=0,621$; $\eta^2=0,050$). İlk adet yaşını hatırlayanların uyku puanları ($x=8,916$), ilk adet yaşını hatırlamayanların uyku puanlarından ($x=6,818$) yüksek bulunmuştur ($t=3,260$; $p=0.001<0.05$; $d=0,537$; $\eta^2=0,038$).

Düzenli adet görenlerin iştah değişimleri puanları ($x=8,481$), düzenli adet görmeyenlerin iştah değişimleri puanlarından ($x=9,868$) düşük bulunmuştur ($t=-2,929$; $p=0.004<0.05$; $d=0,386$; $\eta^2=0,031$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler,

ağrı, şişkinlik, uyku puanları düzenli adet görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Adet ağrısı çekenlerin premenstrual sendrom toplam puanları ($x=136,693$), adet ağrısı çekmeyenlerin premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=114,224$) yüksek bulunmuştur ($t=3,944$; $p=0<0.05$; $d=0,584$; $\eta^2=0,055$). Adet ağrısı çekenlerin depresif duygulanım puanları ($x=23,193$), adet ağrısı çekmeyenlerin depresif duygulanım puanlarından ($x=18,828$) yüksek bulunmuştur ($t=3,731$; $p=0<0.05$; $d=0,553$; $\eta^2=0,049$). Adet ağrısı çekenlerin anksiyete puanları ($x=17,793$), adet ağrısı çekmeyenlerin anksiyete puanlarından ($x=15,035$) yüksek bulunmuştur ($t=2,536$; $p=0.012<0.05$; $d=0,376$; $\eta^2=0,023$). Adet ağrısı çekenlerin yorgunluk puanları ($x=22,222$), adet ağrısı çekmeyenlerin yorgunluk puanlarından ($x=18,483$) yüksek bulunmuştur ($t=4,022$; $p=0<0.05$; $d=0,596$; $\eta^2=0,057$). Adet ağrısı çekenlerin sinirlilik puanları ($x=17,142$), adet ağrısı çekmeyenlerin sinirlilik puanlarından ($x=14,603$) yüksek bulunmuştur ($t=2,850$; $p=0.005<0.05$; $d=0,422$; $\eta^2=0,029$). Adet ağrısı çekenlerin ağrı puanları ($x=10,057$), adet ağrısı çekmeyenlerin ağrı puanlarından ($x=7,362$) yüksek bulunmuştur ($t=5,684$; $p=0<0.05$; $d=0,842$; $\eta^2=0,108$). Adet ağrısı çekenlerin iştah değişimleri puanları ($x=9,212$), adet ağrısı çekmeyenlerin iştah değişimleri puanlarından ($x=7,793$) yüksek bulunmuştur ($t=2,662$; $p=0.008<0.05$; $d=0,394$; $\eta^2=0,026$). Adet ağrısı çekenlerin şişkinlik puanları ($x=7,344$), adet ağrısı çekmeyenlerin şişkinlik puanlarından ($x=5,517$) yüksek bulunmuştur ($t=3,430$; $p=0<0.05$; $d=0,508$; $\eta^2=0,042$). Adet ağrısı çekenlerin uyku puanları ($x=8,854$), adet ağrısı çekmeyenlerin uyku puanlarından ($x=7,552$) yüksek bulunmuştur ($t=2,227$; $p=0.027<0.05$; $d=0,330$; $\eta^2=0,018$). Öğrencilerin depresif düşünceler puanları adet ağrısı çekme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku puanları adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alma durumu göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=146,191$), ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurmayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=129,228$) yüksek bulunmuştur ($t=2,586$; $p=0.01<0.05$; $d=0,434$; $\eta^2=0,024$). Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların depresif duygulanım puanları ($x=24,952$), ağrılı adet ile ilgili sağlık

kuruluşuna başvurmayanların depresif duygulanım puanlarından ($x=21,759$) yüksek bulunmuştur ($t=2,373$; $p=0.018<0.05$; $d=0,398$; $\eta^2=0,021$). Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların sinirlilik puanları ($x=19,333$), ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurmayanların sinirlilik puanlarından ($x=16,092$) yüksek bulunmuştur ($t=3,225$; $p=0<0.05$; $d=0,541$; $\eta^2=0,037$). Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların ağrı puanları ($x=10,691$), ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurmayanların ağrı puanlarından ($x=9,254$) yüksek bulunmuştur ($t=2,556$; $p=0.011<0.05$; $d=0,429$; $\eta^2=0,024$). Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların iştah değişimleri puanları ($x=10,071$), ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurmayanların iştah değişimleri puanlarından ($x=8,693$) yüksek bulunmuştur ($t=2,274$; $p=0.024<0.05$; $d=0,382$; $\eta^2=0,019$). Ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların şişkinlik puanları ($x=8,071$), ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurmayanların şişkinlik puanlarından ($x=6,746$) yüksek bulunmuştur ($t=2,169$; $p=0.031<0.05$; $d=0,364$; $\eta^2=0,017$). Öğrencilerin anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, uyku puanları ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=121,763$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=141,970$) düşük bulunmuştur ($t=-4,344$; $p=0<0.05$; $d=0,529$; $\eta^2=0,066$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların depresif duygulanım puanları ($x=20,444$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların depresif duygulanım puanlarından ($x=24,067$) düşük bulunmuştur ($t=-3,770$; $p=0<0.05$; $d=0,459$; $\eta^2=0,050$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların anksiyete puanları ($x=15,563$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların anksiyete puanlarından ($x=18,837$) düşük bulunmuştur ($t=-3,715$; $p=0<0.05$; $d=0,452$; $\eta^2=0,049$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların yorgunluk puanları ($x=20,000$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların yorgunluk puanlarından ($x=22,837$) düşük bulunmuştur ($t=-3,699$; $p=0<0.05$; $d=0,450$; $\eta^2=0,049$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların sinirlilik puanları ($x=15,682$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların sinirlilik puanlarından ($x=17,511$) düşük bulunmuştur ($t=-2,492$; $p=0.013<0.05$; $d=0,303$; $\eta^2=0,023$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların depresif düşünceler puanları ($x=18,882$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların depresif

düşünceler puanlarından ($x=22,089$) düşük bulunmuştur ($t=-3,305$; $p=0.001<0.05$; $d=0,402$; $\eta^2=0,039$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmeyanların ağrı puanları ($x=8,548$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların ağrı puanlarından ($x=10,407$) düşük bulunmuştur ($t=-4,692$; $p=0<0.05$; $d=0,571$; $\eta^2=0,076$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmeyanların iştah değışimleri puanları ($x=8,044$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların iştah değışimleri puanlarından ($x=9,770$) düşük bulunmuştur ($t=-4,005$; $p=0<0.05$; $d=0,487$; $\eta^2=0,056$). Regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmeyanların şişkinlik puanları ($x=6,267$), regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvuranların şişkinlik puanlarından ($x=7,637$) düşük bulunmuştur ($t=-3,121$; $p=0.002<0.05$; $d=0,380$; $\eta^2=0,035$). Öğrencilerin uyku puanları regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=138,319$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=122,903$) yüksek bulunmuştur ($t=3,221$; $p=0.001<0.05$; $d=0,397$; $\eta^2=0,037$). Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların anksiyete puanları ($x=18,159$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların anksiyete puanlarından ($x=15,867$) yüksek bulunmuştur ($t=2,532$; $p=0.012<0.05$; $d=0,312$; $\eta^2=0,023$). Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların sinirlilik puanları ($x=17,446$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların sinirlilik puanlarından ($x=15,416$) yüksek bulunmuştur ($t=2,734$; $p=0.008<0.05$; $d=0,337$; $\eta^2=0,027$). Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların depresif düşünceler puanları ($x=21,905$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların depresif düşünceler puanlarından ($x=18,513$) yüksek bulunmuştur ($t=3,454$; $p=0.001<0.05$; $d=0,426$; $\eta^2=0,043$). Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların ağrı puanları ($x=10,172$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların ağrı puanlarından ($x=8,513$) yüksek bulunmuştur ($t=4,093$; $p=0<0.05$; $d=0,505$; $\eta^2=0,059$). Ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olanların iştah değışimleri puanları ($x=9,535$), ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem olmayanların iştah değışimleri puanlarından ($x=8,035$) yüksek bulunmuştur ($t=3,406$; $p=0.001<0.05$; $d=0,420$; $\eta^2=0,041$). Öğrencilerin depresif duygulanım, yorgunluk, şişkinlik, uyku puanları ailede diğerkadınlarda adet öncesi problem varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Adet dönemi okula devamsızlık yapanların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=152,138$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=126,321$) yüksek bulunmuştur ($t=4,575$; $p=0<0.05$; $d=0,678$; $\eta^2=0,072$). Aadet dönemi okula devamsızlık yapanların depresif duygulanım puanları ($x=25,224$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların depresif duygulanım puanlarından ($x=21,443$) yüksek bulunmuştur ($t=3,210$; $p=0.001<0.05$; $d=0,476$; $\eta^2=0,037$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların anksiyete puanları ($x=20,931$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların anksiyete puanlarından ($x=16,179$) yüksek bulunmuştur ($t=4,477$; $p=0<0.05$; $d=0,663$; $\eta^2=0,070$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların yorgunluk puanları ($x=24,276$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların yorgunluk puanlarından ($x=20,637$) yüksek bulunmuştur ($t=3,908$; $p=0<0.05$; $d=0,579$; $\eta^2=0,054$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların sinirlilik puanları ($x=19,017$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların sinirlilik puanlarından ($x=15,934$) yüksek bulunmuştur ($t=3,487$; $p=0.001<0.05$; $d=0,517$; $\eta^2=0,043$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların depresif düşünceler puanları ($x=23,621$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların depresif düşünceler puanlarından ($x=19,627$) yüksek bulunmuştur ($t=3,383$; $p=0<0.05$; $d=0,501$; $\eta^2=0,041$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların ağrı puanları ($x=10,690$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların ağrı puanlarından ($x=9,146$) yüksek bulunmuştur ($t=3,131$; $p=0.002<0.05$; $d=0,464$; $\eta^2=0,035$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların iştah değişimleri puanları ($x=10,483$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların iştah değişimleri puanlarından ($x=8,476$) yüksek bulunmuştur ($t=3,814$; $p=0<0.05$; $d=0,565$; $\eta^2=0,051$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların şişkinlik puanları ($x=7,966$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların şişkinlik puanlarından ($x=6,675$) yüksek bulunmuştur ($t=2,398$; $p=0.017<0.05$; $d=0,355$; $\eta^2=0,021$). Adet dönemi okula devamsızlık yapanların uyku puanları ($x=9,931$), adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların uyku puanlarından ($x=8,203$) yüksek bulunmuştur ($t=2,977$; $p=0.003<0.05$; $d=0,441$; $\eta^2=0,032$).

Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuruların premenstrual sendrom toplam puanları ($x=138,039$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından ($x=126,385$) yüksek bulunmuştur ($t=2,444$; $p=0.015<0.05$; $d=0,298$; $\eta^2=0,022$). Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuruların depresif duygulanım puanları ($x=23,323$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların depresif duygulanım

puanlarından ($x=21,308$) yüksek bulunmuştur ($t=2,056$; $p=0.041<0.05$; $d=0,251$; $\eta^2=0,016$). Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuranların anksiyete puanları ($x=18,402$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların anksiyete puanlarından ($x=16,133$) yüksek bulunmuştur ($t=2,536$; $p=0.012<0.05$; $d=0,309$; $\eta^2=0,023$). Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuranların yorgunluk puanları ($x=22,449$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların yorgunluk puanlarından ($x=20,504$) yüksek bulunmuştur ($t=2,498$; $p=0.012<0.05$; $d=0,305$; $\eta^2=0,023$). Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuranların iştah değişimleri puanları ($x=9,465$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların iştah değişimleri puanlarından ($x=8,413$) yüksek bulunmuştur ($t=2,392$; $p=0.017<0.05$; $d=0,292$; $\eta^2=0,021$). Öğrencilerin sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, şişkinlik, uyku puanları okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin anksiyete puanları ($x=17,892$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin anksiyete puanlarından ($x=15,904$) yüksek bulunmuştur ($t=2,113$; $p=0.036<0.05$; $d=0,270$; $\eta^2=0,016$). Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin şişkinlik puanları ($x=7,301$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin şişkinlik puanlarından ($x=6,298$) yüksek bulunmuştur ($t=2,157$; $p=0.032<0.05$; $d=0,276$; $\eta^2=0,017$). Öğrencilerin premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku puanları okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.5 Adölesan Yaşam Biçimi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Adölesan yaşam biçimi puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Çizelge 4.6'da verilmiştir.

Çizelge 4.6: Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Sınıf		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
9	60	110,950±16,138	14,883±3,031	13,200±3,644	17,633±3,919	17,050±3,306	17,817±3,149	16,200±3,002	14,167±3,330
10	86	108,174±15,699	14,907±3,198	13,128±2,836	16,837±2,748	16,535±3,429	17,337±3,043	16,000±2,963	13,430±3,209
11	71	106,887±13,047	14,507±2,761	11,916±2,994	15,958±3,002	17,127±3,116	17,380±3,470	15,606±2,702	14,394±3,077
12	53	105,943±16,155	14,566±3,279	12,396±3,712	16,113±2,826	15,906±4,221	17,434±3,214	15,472±2,893	14,057±2,912
F=		1,201	0,321	2,499	3,771	1,527	0,302	0,840	1,366
p=		0,310	0,810	0,060	0,011	0,208	0,824	0,473	0,254
PostHoc=					1>3, 1>4 (p<0.05)				
Nerede Yaşadığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Aile	224	107,522±15,157	14,603±2,990	12,540±3,268	16,656±3,160	16,513±3,509	17,469±3,217	15,866±2,857	13,875±3,103
Yurt	46	110,413±15,694	15,348±3,328	13,370±3,275	16,565±3,257	17,500±3,411	17,500±3,175	15,696±3,069	14,435±3,384
t=		-1,171	-1,510	-1,567	0,177	-1,745	-0,060	0,364	-1,097
p=		0,243	0,132	0,118	0,860	0,082	0,952	0,716	0,274
Anne Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar Değil	81	108,494±15,963	14,815±2,881	12,593±3,270	17,086±2,980	16,765±3,638	17,469±2,890	15,741±3,093	14,025±3,041
Okuryazar	41	107,195±12,205	14,342±2,614	12,512±3,203	16,195±2,848	17,146±3,222	17,537±3,465	15,732±2,721	13,732±3,082
İlköğretim	95	107,000±15,971	14,632±3,196	12,368±3,236	16,316±3,193	16,547±3,578	17,274±3,394	15,884±2,794	13,979±3,094
Lise ve Üzeri	53	109,736±15,199	15,076±3,402	13,509±3,378	16,887±3,598	16,434±3,439	17,793±3,164	15,981±2,932	14,057±3,538
F=		0,428	0,497	1,480	1,246	0,387	0,301	0,100	0,099
p=		0,733	0,684	0,220	0,293	0,762	0,824	0,960	0,961
Anne Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	11	103,455±18,801	15,546±2,544	13,727±4,628	14,455±2,464	15,727±4,268	17,364±4,225	14,909±3,208	11,727±3,319
Hayır	259	108,209±15,105	14,695±3,076	12,637±3,213	16,734±3,168	16,722±3,474	17,479±3,164	15,876±2,875	14,066±3,117
t=		-1,012	0,904	1,081	-2,355	-0,921	-0,117	-1,088	-2,431
p=		0,312	0,367	0,456	0,019	0,358	0,907	0,278	0,016
Baba Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazar Değil	20	106,100±16,921	14,900±3,177	11,400±4,285	17,700±3,614	15,250±4,051	16,500±2,646	16,150±2,870	14,200±3,105
Okuryazar	68	108,353±14,941	14,485±3,165	12,838±3,299	16,456±3,193	16,971±3,468	17,647±3,166	15,794±2,773	14,162±3,175
İlköğretim	96	106,354±13,394	14,646±2,920	12,729±2,947	16,635±2,855	16,427±3,414	17,146±3,033	15,365±2,719	13,406±2,922
Lise	62	109,952±15,415	15,081±2,971	12,532±3,109	16,387±3,236	17,048±3,064	18,065±3,387	16,274±2,982	14,565±3,108
Üniversite	24	110,292±20,848	14,708±3,544	13,500±3,879	16,958±3,782	17,125±4,387	17,583±3,787	16,458±3,514	13,958±3,951
F=		0,752	0,344	1,218	0,773	1,348	1,303	1,344	1,417
p=		0,558	0,848	0,303	0,544	0,252	0,269	0,254	0,229

Çizelge 4.6: (Devamı) Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Baba Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	207	108,164±15,263	14,778±3,103	12,614±3,203	16,488±3,179	16,754±3,478	17,478±3,165	15,937±2,832	14,116±3,151
Hayır	63	107,524±15,358	14,571±2,917	12,905±3,532	17,143±3,115	16,444±3,614	17,460±3,354	15,508±3,068	13,492±3,136
t=		0,291	0,468	-0,617	-1,438	0,612	0,039	1,033	1,378
p=		0,771	0,640	0,538	0,151	0,541	0,969	0,303	0,169
Günlük Çay Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	39	107,539±15,103	14,974±3,208	12,282±3,332	15,513±3,178	17,128±3,473	17,359±3,048	16,256±3,274	14,026±3,460
Günde 1-2 Fincan	123	108,472±14,786	14,561±2,872	12,789±3,302	16,919±2,977	16,683±3,481	17,626±2,935	16,033±2,713	13,862±3,025
Günde 3 Fincan ve Üstü	52	108,692±14,189	14,731±2,891	12,500±3,556	17,519±3,190	16,654±3,480	17,327±3,485	15,635±2,897	14,327±3,092
Haftada 1-2 Fincan	56	106,714±17,516	14,929±3,521	12,893±2,958	16,000±3,297	16,393±3,666	17,357±3,650	15,304±2,960	13,839±3,318
F=		0,217	0,285	0,365	4,198	0,336	0,169	1,186	0,304
p=		0,884	0,836	0,778	0,006	0,799	0,917	0,316	0,822
PostHoc=					2>1, 3>1, 3>4 (p<0.05)				
Günlük Kahve Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	68	108,765±15,056	14,662±3,189	12,838±3,331	16,927±2,989	17,015±3,622	17,691±2,938	15,838±3,175	13,794±2,858
Günde 1-2 Fincan	80	109,575±14,015	15,063±2,771	12,738±3,441	16,663±3,073	16,900±3,216	17,688±3,267	16,025±2,756	14,500±3,237
Günde 3 Fincan ve Üstü	15	105,000±20,075	14,933±3,474	12,600±3,225	15,733±3,105	16,267±4,166	16,867±4,984	15,333±2,870	13,267±3,262
Haftada 1-2 Fincan	107	106,794±15,589	14,495±3,133	12,551±3,166	16,570±3,373	16,365±3,559	17,262±3,032	15,766±2,827	13,785±3,242
F=		0,755	0,556	0,118	0,610	0,667	0,556	0,284	1,198
p=		0,520	0,644	0,950	0,609	0,573	0,644	0,837	0,311
Günlük Gazlı İçecek Tüketme Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	50	110,060±15,161	14,680±3,310	12,220±3,291	16,880±3,311	17,320±3,449	18,160±3,389	16,380±3,174	14,420±3,143
Günde 1-2 Bardak	48	106,563±16,430	14,479±3,202	12,542±3,482	16,958±2,783	16,438±3,690	17,042±3,389	15,479±2,576	13,625±3,647
Günde 3 Bardak ve Üstü	18	105,500±15,485	13,778±2,942	13,833±4,605	16,167±3,618	15,222±4,166	16,889±3,306	15,778±2,415	13,833±2,036
Haftada 1-2 Bardak	154	108,097±14,947	14,935±2,939	12,740±3,018	16,520±3,200	16,721±3,360	17,455±3,062	15,779±2,936	13,948±3,108
F=		0,606	0,925	1,118	0,462	1,689	1,261	0,856	0,542
p=		0,612	0,429	0,342	0,709	0,170	0,288	0,464	0,654

Çizelge 4.6: (Devamı) Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	29	114,621±18,175	15,069±3,116	15,724±4,148	18,138±3,953	17,724±2,776	16,931±3,605	16,035±3,257	15,000±3,964
Hayır	208	106,284±14,600	14,466±3,007	12,072±2,957	16,370±3,019	16,510±3,636	17,375±3,211	15,750±2,872	13,740±3,039
Bazen	33	113,121±14,265	16,091±3,014	13,849±2,551	17,030±3,036	16,849±3,144	18,576±2,574	16,212±2,701	14,515±2,906
F=		6,129	4,327	20,861	4,345	1,576	2,494	0,438	2,624
p=		0,002	0,014	0,000	0,014	0,209	0,084	0,645	0,074
PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)	3>2 (p<0.05)	1>2, 3>2, 1>3 (p<0.05)	1>2 (p<0.05)				
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	13	118,385±19,168	16,231±2,351	14,692±4,837	19,154±3,738	17,308±3,376	19,077±1,847	16,923±3,252	15,000±4,528
Hayır	257	107,490±14,890	14,654±3,072	12,580±3,159	16,514±3,094	16,650±3,516	17,393±3,239	15,782±2,865	13,918±3,070
t=		2,537	1,823	2,285	2,972	0,659	1,857	1,392	1,208
p=		0,012	0,069	0,144	0,003	0,510	0,008	0,165	0,410
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	21	114,143±17,188	16,000±2,387	14,714±4,197	16,714±3,594	17,333±4,139	19,143±3,214	15,619±3,186	14,619±3,485
Hayır	249	107,498±15,010	14,623±3,086	12,510±3,139	16,635±3,140	16,627±3,451	17,333±3,170	15,855±2,869	13,916±3,125
t=		1,926	1,994	3,003	0,110	0,887	2,510	-0,360	0,982
p=		0,055	0,047	0,003	0,912	0,376	0,013	0,719	0,327
İlk Adet Yaşım Hatırlama Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	226	107,509±14,261	14,659±3,013	12,659±3,175	16,571±3,119	16,593±3,444	17,469±3,097	15,739±2,691	13,819±3,071
Hayır	44	110,614±19,603	15,091±3,284	12,796±3,801	17,000±3,437	17,136±3,819	17,500±3,745	16,341±3,741	14,750±3,478
t=		-1,236	-0,857	-0,252	-0,821	-0,940	-0,059	-1,266	-1,800
p=		0,218	0,392	0,802	0,412	0,348	0,953	0,314	0,073
Düzenli Adet Görme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	187	109,412±15,619	14,808±3,103	12,845±3,283	16,872±3,139	16,941±3,559	17,642±3,396	15,973±2,880	14,332±3,214
Hayır	83	104,868±14,000	14,554±2,960	12,313±3,257	16,121±3,198	16,096±3,330	17,096±2,703	15,530±2,902	13,157±2,865
t=		2,275	0,628	1,231	1,804	1,835	1,292	1,164	2,863
p=		0,024	0,531	0,219	0,072	0,068	0,160	0,246	0,005

Çizelge 4.6: (Devamı) Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Adet Ağrısı Çekme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	212	107,491±15,690	14,698±3,078	12,623±3,350	16,580±3,144	16,609±3,564	17,458±3,244	15,637±2,897	13,887±3,118
Hayır	58	109,931±13,523	14,845±3,002	12,897±3,019	16,862±3,284	16,948±3,300	17,535±3,079	16,569±2,760	14,276±3,286
t=		-1,080	-0,323	-0,563	-0,599	-0,653	-0,162	-2,193	-0,832
p=		0,281	0,747	0,574	0,550	0,514	0,872	0,029	0,406
Adet Öncesi Problemlerle İlgili Bilgi Alma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	171	110,140±15,187	15,222±3,156	12,866±3,329	16,930±2,976	16,918±3,377	17,620±3,201	16,105±3,004	14,480±3,036
Hayır	99	104,343±14,750	13,879±2,685	12,364±3,180	16,141±3,440	16,273±3,700	17,222±3,209	15,374±2,629	13,091±3,172
t=		3,054	3,555	1,213	1,980	1,461	0,983	2,017	3,563
p=		0,002	0,000	0,226	0,049	0,145	0,327	0,045	0,000
Ağrılı Adet ile İlgili Sağlık Kuruluşuna Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	42	108,786±13,503	15,500±2,634	12,357±3,326	16,500±3,110	16,548±2,856	18,024±3,024	15,786±2,992	14,071±3,204
Hayır	228	107,873±15,584	14,588±3,113	12,741±3,273	16,667±3,188	16,706±3,618	17,373±3,232	15,847±2,876	13,952±3,150
t=		0,356	1,785	-0,697	-0,313	-0,269	1,211	-0,125	0,226
p=		0,722	0,075	0,486	0,755	0,753	0,227	0,901	0,822
Regli Ağrısı Problemini Gidermek İçin Yönteme Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	135	107,585±16,627	14,533±3,129	12,652±3,353	16,859±3,196	16,674±3,553	17,141±3,317	15,852±3,114	13,874±3,433
Hayır	135	108,444±13,806	14,926±2,982	12,711±3,213	16,422±3,142	16,689±3,472	17,807±3,063	15,822±2,657	14,067±2,855
t=		-0,462	-1,055	-0,148	1,133	-0,035	-1,716	0,084	-0,501
p=		0,644	0,292	0,882	0,258	0,972	0,087	0,933	0,617
Ailede Diğer Kadınlarda Adet Öncesi Problem Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	157	108,554±13,920	14,828±3,140	12,809±3,144	16,701±2,969	16,803±3,507	17,452±3,081	15,892±2,733	14,070±2,955
Hayır	113	107,266±16,982	14,593±2,945	12,504±3,462	16,558±3,443	16,513±3,513	17,504±3,381	15,761±3,103	13,832±3,417
t=		0,684	0,623	0,752	0,365	0,668	-0,132	0,366	0,612
p=		0,495	0,534	0,453	0,715	0,505	0,895	0,715	0,541

Çizelge 4.6: (Devamı) Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Adölesan Yaşam Biçimi Toplam	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Pozitif Yaşam Algısı	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	Spiritüel Sağlık
Adet Dönemi Okula Devamsızlık Yapma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	58	107,207±16,928	14,931±3,254	12,259±3,467	16,138±2,982	16,259±3,841	17,862±3,181	15,759±2,952	14,000±3,392
Hayır	212	108,236±14,806	14,675±3,006	12,797±3,223	16,778±3,213	16,797±3,409	17,368±3,209	15,859±2,878	13,962±3,092
t=		-0,454	0,566	-1,109	-1,365	-1,037	1,041	-0,233	0,081
p=		0,650	0,572	0,268	0,173	0,301	0,299	0,816	0,936
Okul Hemşiresine Adet Öncesi Problemler İçin Başvurma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	127	108,575±14,569	15,197±3,215	12,598±3,386	16,449±3,219	16,528±3,425	17,709±2,990	15,835±3,034	14,260±2,772
Hayır	143	107,518±15,882	14,315±2,857	12,755±3,189	16,811±3,129	16,818±3,583	17,266±3,380	15,839±2,765	13,713±3,445
t=		0,568	2,388	-0,392	-0,937	-0,679	1,134	-0,013	1,425
p=		0,571	0,018	0,696	0,350	0,498	0,258	0,990	0,150
Okul Hemşiresinin Yardımcı Olduğunu Düşünme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	176	110,381±14,854	15,421±3,025	12,994±3,462	16,773±3,247	16,841±3,321	17,886±3,023	16,074±2,959	14,392±2,853
Hayır	94	103,585±15,096	13,436±2,686	12,096±2,829	16,394±3,024	16,383±3,830	16,702±3,401	15,394±2,713	13,181±3,532
t=		3,561	5,335	2,160	0,936	1,022	2,934	1,852	3,053
p=		0,000	0,000	0,032	0,350	0,307	0,004	0,065	0,005

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Çizelge 4.6'da Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelendiğinde; öğrencilerin beslenme puanları sınıfa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,771$; $p=0.011<0.05$; $\eta^2=0,041$). Farkın nedeni 1. Sınıfların beslenme puanlarının 3. Sınıfların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 1. Sınıfların beslenme puanlarının 4. Sınıfların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları sınıfa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları nerede yaşandığına, anne eğitim durumuna, baba eğitim durumuna ve baba çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin annelerinin çalışma durumuna göre incelendiğinde; annesi çalışanların beslenme puanları ($x=14,455$), annesi çalışmayanların beslenme puanlarından ($x=16,734$) düşük bulunmuştur ($t=-2,355$; $p=0.019<0.05$; $d=0,725$; $\eta^2=0,020$). Annesi çalışanların spiritüel sağlık puanları ($x=11,727$), annesi çalışmayanların spiritüel sağlık puanlarından ($x=14,066$) düşük bulunmuştur ($t=-2,431$; $p=0.016<0.05$; $d=0,748$; $\eta^2=0,022$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puanları anne çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin beslenme puanları günlük çay tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,198$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,045$). Farkın nedeni günlük çay tüketme sıklığı günde 1-2 fincan olanların beslenme puanlarının günlük çay hiç tüketmeyenlerin beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük çay tüketme sıklığı günde 3 fincan ve üstü olanların beslenme puanlarının günlük çay hiç tüketmeyenlerin beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Günlük çay tüketme sıklığı günde 3 fincan ve üstü olanların beslenme puanlarının günlük çay tüketme sıklığı haftada 1-2 fincan olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık

puanları günlük çay tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları günlük kahve tüketme ve günlük gazlı içecek tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=6,129$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,044$). Farkın nedeni düzenli egzersiz yapanların adölesan yaşam biçimi toplam puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapma durumu bazen adölesan yaşam biçimi toplam puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,327$; $p=0.014<0.05$; $\eta^2=0,031$). Farkın nedeni düzenli egzersiz yapma durumu bazen sağlık sorumluluğu puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin fiziksel aktivite puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=20,861$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,135$). Farkın nedeni düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların fiziksel aktivite puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapma durumu bazen fiziksel aktivite puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların fiziksel aktivite puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapanların fiziksel aktivite puanlarının düzenli egzersiz yapma durumu bazen fiziksel aktivite puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin beslenme puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,345$; $p=0.014<0.05$; $\eta^2=0,032$). Farkın nedeni düzenli egzersiz yapanların beslenme puanlarının düzenli egzersiz yapmayanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Öğrencilerin pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Kronik hastalığı olan öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam puanları ($x=118,385$), kronik hastalığı olmayanların adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından ($x=107,490$) yüksek bulunmuştur ($t=2,537$; $p=0.012<0.05$; $d=0,721$;

$\eta^2=0,023$). Kronik hastalığı olanların beslenme puanları ($x=19,154$), Kronik hastalığı olmayanların beslenme puanlarından ($x=16,514$) yüksek bulunmuştur ($t=2,972$; $p=0.003<0.05$; $d=0,845$; $\eta^2=0,032$). Kronik hastalığı olanların kişilerarası ilişkiler puanları ($x=19,077$), Kronik hastalığı olmayanların kişilerarası ilişkiler puanlarından ($x=17,393$) yüksek bulunmuştur ($t=1,857$; $p=0.008<0.05$; $d=0,528$; $\eta^2=0,013$). Öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerden sürekli kullanılan ilaç olmayanların sağlık sorumluluğu puanları ($x=16,000$), sürekli kullanılan ilaç olanların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=14,623$) yüksek bulunmuştur ($t=1,994$; $p=0.047<0.05$; $d=0,453$; $\eta^2=0,015$). Sürekli kullanılan ilaç olmayanların fiziksel aktivite puanları ($x=14,714$), sürekli kullanılan ilaç olanların fiziksel aktivite puanlarından ($x=12,510$) yüksek bulunmuştur ($t=3,003$; $p=0.003<0.05$; $d=0,682$; $\eta^2=0,033$). Sürekli kullanılan ilaç olmayanların kişilerarası ilişkiler puanları ($x=19,143$), sürekli kullanılan ilaç olanların kişilerarası ilişkiler puanlarından ($x=17,333$) yüksek bulunmuştur ($t=2,510$; $p=0.013<0.05$; $d=0,570$; $\eta^2=0,023$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları sürekli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları ilk adet yaşını hatırlama durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Düzenli adet görenlerin adölesan yaşam biçimi toplam puanları ($x=109,412$), düzenli adet görmeyenlerin adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından ($x=104,868$) yüksek bulunmuştur ($t=2,275$; $p=0.024<0.05$; $d=0,300$; $\eta^2=0,019$). Düzenli adet görenlerin spiritüel sağlık puanları ($x=14,332$), düzenli adet görmeyenlerin spiritüel sağlık puanlarından ($x=13,157$) yüksek bulunmuştur ($t=2,863$; $p=0.005<0.05$; $d=0,378$; $\eta^2=0,030$). Öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puanları düzenli adet görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Adet ağrısı çekenlerin stres yönetimi puanları ($x=15,637$), adet ağrısı çekmeyenlerin stres yönetimi puanlarından ($x=16,569$) düşük bulunmuştur ($t=-2,193$; $p=0.029<0.05$; $d=0,325$; $\eta^2=0,018$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam,

sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık puanları adet ağrısı çekme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların adölesan yaşam biçimi toplam puanları ($x=110,140$), adet öncesi problemlerle ilgili bilgi almayanların adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından ($x=104,343$) yüksek bulunmuştur ($t=3,054$; $p=0.002<0.05$; $d=0,386$; $\eta^2=0,034$). Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların sağlık sorumluluğu puanları ($x=15,222$), adet öncesi problemlerle ilgili bilgi almayanların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=13,879$) yüksek bulunmuştur ($t=3,555$; $p=0<0.05$; $d=0,449$; $\eta^2=0,045$). Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların beslenme puanları ($x=16,930$), adet öncesi problemlerle ilgili bilgi almayanların beslenme puanlarından ($x=16,141$) yüksek bulunmuştur ($t=1,980$; $p=0.049<0.05$; $d=0,250$; $\eta^2=0,014$). Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların stres yönetimi puanları ($x=16,105$), adet öncesi problemlerle ilgili bilgi almayanların stres yönetimi puanlarından ($x=15,374$) yüksek bulunmuştur ($t=2,017$; $p=0.045<0.05$; $d=0,255$; $\eta^2=0,015$). Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların spiritüel sağlık puanları ($x=14,480$), adet öncesi problemlerle ilgili bilgi almayanların spiritüel sağlık puanlarından ($x=13,091$) yüksek bulunmuştur ($t=3,563$; $p=0<0.05$; $d=0,450$; $\eta^2=0,045$). Öğrencilerin fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler puanları adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları ağırlı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurma, regl ağrısı problemini gidermek için yöntem başvurma, ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem varlığı, adet dönemi okula devamsızlık yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuran öğrencilerin sağlık sorumluluğu puanları ($x=15,197$), okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurmayanların sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=14,315$) yüksek bulunmuştur ($t=2,388$; $p=0.018<0.05$; $d=0,291$; $\eta^2=0,021$). Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres

yönetimi, spiritüel sağlık puanları okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvurma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin adölesan yaşam biçimi toplam puanları ($x=110,381$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin adölesan yaşam biçimi toplam puanlarından ($x=103,585$) yüksek bulunmuştur ($t=3,561$; $p=0<0.05$; $d=0,455$; $\eta^2=0,045$). Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin sağlık sorumluluğu puanları ($x=15,421$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin sağlık sorumluluğu puanlarından ($x=13,436$) yüksek bulunmuştur ($t=5,335$; $p=0<0.05$; $d=0,682$; $\eta^2=0,096$). Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin fiziksel aktivite puanları ($x=12,994$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin fiziksel aktivite puanlarından ($x=12,096$) yüksek bulunmuştur ($t=2,160$; $p=0.032<0.05$; $d=0,276$; $\eta^2=0,017$). Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin kişilerarası ilişkiler puanları ($x=17,886$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin kişilerarası ilişkiler puanlarından ($x=16,702$) yüksek bulunmuştur ($t=2,934$; $p=0.004<0.05$; $d=0,375$; $\eta^2=0,031$). Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin spiritüel sağlık puanları ($x=14,392$), okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin spiritüel sağlık puanlarından ($x=13,181$) yüksek bulunmuştur ($t=3,053$; $p=0.005<0.05$; $d=0,390$; $\eta^2=0,034$). Öğrencilerin beslenme, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi puanları okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.6. Öğrencilerin Yaş, İlk Adet Yaşı ve Regl Dönemi İle Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği İlgili Verilerin Karşılaştırılması

Öğrencilerin yaşı, ilk adet yaşı, regl dönemi süresi ortalamaları ve adölesan yaşam biçimi ölçeği, premenstrual sendrom ölçeği ve ölçüm araçlarının alt boyut puanları arasında korelasyon analizleri aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4. 7: Yaş, İlk Adet Yaşı, Regl Dönemi Süresi ile Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Yaş	İlk Adet Yaşı	Regl Dönemi Süresi
Adölesan Yaşam Biçimi	r	-0,081	0,123	-0,023
Toplam	p	0,185	0,064	0,712
Sağlık Sorumluluğu	r	-0,063	0,145*	-0,007
	p	0,304	0,030	0,913
Fiziksel Aktivite	r	-0,116	0,106	-0,022
	p	0,057	0,111	0,722
Beslenme	r	-0,170**	0,062	0,039
	p	0,005	0,351	0,524
Pozitif Yaşam Algısı	r	-0,049	0,122	-0,061
	p	0,424	0,068	0,319
Kişilerarası İlişkiler	r	0,024	-0,003	0,049
	p	0,693	0,960	0,423
Stres Yönetimi	r	-0,064	0,118	-0,143*
	p	0,295	0,077	0,019
Spiritüel Sağlık	r	0,049	0,022	0,029
	p	0,425	0,747	0,633
Premenstrual Sendrom	r	0,090	0,013	0,049
Toplam	p	0,139	0,846	0,420
Depresif Duygulanım	r	0,110	0,005	0,013
	p	0,072	0,944	0,834
Anksiyete	r	0,106	-0,020	0,016
	p	0,083	0,770	0,797
Yorgunluk	r	0,130*	0,051	0,013
	p	0,033	0,447	0,827
Sinirlilik	r	0,007	-0,027	0,052
	p	0,915	0,686	0,393
Depresif Düşünceler	r	0,054	0,039	0,070
	p	0,378	0,560	0,250
Ağrı	r	0,124*	-0,008	0,054
	p	0,042	0,899	0,376
İştah Değişimleri	r	0,014	0,093	0,042
	p	0,817	0,161	0,490
Şişkinlik	r	0,061	-0,042	0,063
	p	0,319	0,530	0,305
Uyku	r	-0,028	-0,005	0,046
	p	0,649	0,940	0,447

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Öğrencilerin yaşı, ilk adet yaşı, regl dönemi süresi ortalamaları ve adölesan yaşam biçimi ölçeği ve alt boyutları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık, premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; sağlık sorumluluğu ile ilk adet yaşı arasında $r=0.145$ pozitif çok zayıf ($p=0,030<0.05$), beslenme ile yaş arasında $r=-0.17$ negatif

çok zayıf ($p=0,005<0.05$), stres yönetimi ile regl dönemi süresi arasında $r=-0.143$ negatif çok zayıf ($p=0,019<0.05$), yorgunluk ile yaş arasında $r=0.13$ pozitif çok zayıf ($p=0,033<0.05$), ağrı ile yaş arasında $r=0.124$ pozitif çok zayıf ($p=0,042<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Çizelge 4.7).



5. TARTIŞMA

• Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımının Tartışması

İnsan yaşamının kritik dönemlerinden biri olan adölesan dönemi, bireyin hızlı değişim ve gelişim gösterdiği zorlu ve stresli bir dönemdir. Yapılan bu araştırma da zor bir süreç olan adölesan dönemdeki bireylerde premenstrual sendrom ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya göre öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; öğrencilerin %69,3'ü düzenli adet görürken, adet ağrısı çekenlerin oranı %78,5 olarak bulunmuştur. Adet öncesi problemlerle ilgili bilgi alanların oranı %63,3 iken adet ağrısı için sağlık kuruluşuna başvuranların oranı %15,6'dır. Erbaş ve Altunbaş'ın (2021) 207 lise öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %68,6' sının düzenli adet gördüğü, Elkin'in (2015) 426 öğrenci ile yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %82,6' sının düzenli bir şekilde adet gördüğü, adet ağrısı çekenlerinin oranının %70,1 olduğu, %78,2'sinin adetten önceki problemlerle ilgili daha önceden bilgi aldığı sonucu ortaya çıkmıştır (Elkin, 2015; Erbaş ve Altunbaş, 2021). Erdoğan ve Özsoy'un (2012) 325 hemşirelik bölümü öğrencisiyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %53,8'inin bazı adet dönemlerinde, %46,2'sinin ise her adet döneminde adet ağrısı yaşadığı belirtilmiştir (Erdoğan ve Özsoy, 2012).

Bu araştırmada öğrencilerin %50'si regl ağrısını gidermek için farmakolojik ya da nonfarmakolojik yöntemler kullanmaktadır. Bu yöntemler arasında ilaç kullanma %70,4, bitkisel ürünler kullanma %38,5 ve hastaneye gitme %11,1 oranında tercih edilmektedir. Erbaş ve Altunbaş'ın (2021) 207 lise öğrencisiyle yaptığı araştırmaya göre semptomlara yönelik herhangi bir uygulamaya yapmayanların oranı %21,7 iken ilaç kullananların oranı %25,1 olarak bulunduğu belirtilmiştir (Erbaş ve Altunbaş, 2021). Kısa ve ark., (2011) çalışmasında öğrencilerin %48,7'sinin PMS ile baş etmede en sık analjezik kullanımına başvurdukları tespit edilmiştir (Kısa ve ark.,2011). Erdoğan ve Özsoy'un (2012) 325 hemşirelik bölümü öğrencisiyle yaptığı çalışmaya göre %23,7'sinin bitkisel ürün kullandığı ifade edilmiştir (Erdoğan ve Özsoy, 2012). Satioğlu ve Kabakçı'nın

(2023) 364 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışma da ise öğrencilerin %15,4'ü bitkisel ürün kullandıkları, %31,04'ü farmakolojik tedavi aldıkları belirtilmiştir (Satioğlu ve Kabakçı, 2023). Weisz ve Knaapen'nin 2009 yılında yaptığı araştırma da, Fransa'da PMS semptomlarının tedavisi için en çok hormonal tedavi ve analjezik kullanımının, Almanya'da daha çok bitkisel tedavinin kullanıldığı belirtilmektedir (Weisz ve Knaapen, 2009). Yapılan bu çalışmada ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem olanların oranı %58,1 iken, adet döneminde okula devamsızlık yapanların oranı %21,5 olarak bulunmuştur. Yaşar'ın (2020) 92 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada öğrencilerin annelerinde ve kız kardeşlerinde adet öncesi sendrom bulunma durumu %60,9 oranında bulunmuş Elkin'in (2015) 426 öğrenci ile yaptığı çalışmada ise katılımcıların % 49.3'ünün adet öncesi problemlerin ailedeki diğer kadınlarda mevcut olduğu bildirilmiştir (Yaşar, 2020; Elkin, 2015). Sule ve Ukwenya (2007) yaptığı bir çalışmada ise öğrencilerin %15'inin dismenore ve %8'inin premenstruel semptom nedeni ile okula devamsızlık yaptığını ve bu kız öğrencilerin % 50'sinden fazlasının yine bu nedenle her ay devamsızlık yaptığı saptamıştır (Sule ve Ukwenya, 2007). Ayrıca bu çalışma sonucuna göre okul hemşiresine adet öncesi problemler için başvuruların oranı %47 ve okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin oranı ise %65,2'dir. Bu konu üzerinde yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

- **Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması**

Yapılan bu çalışmada PMS yaşayan öğrencilerin Premenstrual Sendrom ölçeğinden aldığı toplam puan $131,867 \pm 39,469$ olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre öğrencilerin PMS şikayetlerinin var olduğu ve bu belirtileri orta şiddette yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Koyucu ve Yalazı'nın (2021) üniversite öğrencileriyle yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların Premenstrual Sendrom ölçeğinden ortalama $173,00 \pm 40,73$ puan aldıkları ve PMS semptomlarını yüksek şiddette yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır (Koyucu ve Yalazı 2021). Bakır ve Kızılkaya Beji (2021) yaptıkları çalışmada ise üniversite öğrencilerinin PMSÖ puan ortalaması $119,25 \pm 35,52$ orta seviyede PMS olarak bulunmuştur (Bakır ve Kızılkaya Beji, 2021). Topatan ve Kahraman (2020) yaptığı çalışmada öğrencilerin PMS ölçeği toplam puan ortalamasının $118,4 \pm 32,4$ olduğu saptanmıştır. Aba ve ark., (2018) yaptıkları çalışmada, Premenstrual Sendrom ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasını $122,14 \pm 32,60$ olarak belirlemiştir (Aba ve ark., 2018). Bu çalışmanın

PMS alt boyutlarına bakıldığında, depresif duygulanım ortalaması $22,256 \pm 8,085$, anksiyete ortalaması $17,200 \pm 7,412$, yorgunluk ortalaması $21,419 \pm 6,448$, sinirlilik ortalaması $16,596 \pm 6,089$, depresif düşünceler ortalaması $20,485 \pm 8,118$, ağrı ortalaması $9,478 \pm 3,380$, iştah değişimleri ortalaması $8,907 \pm 3,638$, şişkinlik ortalaması $6,952 \pm 3,666$ ve uyku ortalaması $8,574 \pm 3,975$ olarak saptanmıştır. Topatan ve Kahraman (2020) yaptığı çalışmada PMS alt boyutlarının depresif duygulanım $18,21 \pm 7,42$; anksiyete $12,56 \pm 5,11$; sinirlilik $14,53 \pm 5,13$; yorgunluk $17,84 \pm 5,91$; ağrı $9,10 \pm 3,02$; iştah değişimi $9,93 \pm 3,78$; şişkinlik için $9,61 \pm 3,55$ ve uyku değişimi $7,85 \pm 2,96$ puan ortalamasına sahip oldukları sonucuna varılmıştır (Topatan ve Kahraman, 2020). Aba ve ark., (2018) yaptıkları çalışmada PMS alt boyutlarının depresif duygulanım alt boyutundan $20,42 \pm 6,76$; ağrı alt boyutundan $8,10 \pm 3,27$; iştah değişimi alt boyutundan $9,33 \pm 3,48$; şişkinlik alt boyutundan $9,53 \pm 3,79$; uyku değişimi alt boyutundan ortalama $8,39 \pm 3,52$; anksiyete alt boyutundan $16,51 \pm 6,18$; yorgunluk alt boyutundan $17,68 \pm 5,50$ puan; sinirlilik alt boyutundan $14,26 \pm 5,33$ puan; depresif düşünceler alt boyutundan $17,89 \pm 6,89$ puan aldıkları belirlenmiştir (Aba ve ark., 2018). Yapılan bu çalışma diğer çalışmaların sonuçlarına benzerlik göstermekte olup literatürle uyumlu sonuçlar vermektedir. Çalışmada depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk ve sinirlilik puanları diğer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni adölesanların sınava hazırlık döneminde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir ve PMS döneminde ise bu puanlar daha da artmaktadır.

- **Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışması**

Bu çalışmada Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeğinden alınan toplam puan incelediğinde puan ortalamasının $108,015 \pm 15,259$ olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Çıkan bu sonuca göre AYBÖ'den alınan toplam puan literature sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. AYBÖ'nin Alt boyutları incelendiğinde, "sağlık sorumluluğu" ortalaması $14,730 \pm 3,057$, "fiziksel aktivite" ortalaması $12,682 \pm 3,278$, "beslenme" ortalaması $16,641 \pm 3,171$, "pozitif yaşam algısı" ortalaması $16,682 \pm 3,506$, "kişilerarası ilişkiler" ortalaması $17,474 \pm 3,204$, "stres yönetimi" ortalaması $15,837 \pm 2,889$ ve "spiritüel sağlık" ortalaması $13,970 \pm 3,153$ olarak saptanmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre öğrenciler en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan almıştır. Bunun yanı sıra öğrenciler fiziksel aktivite alt boyutundan ise en düşük puanı almıştır. Literatüre baktığımız zaman Altunkörek ve Özçoban (2020)

lisedeki 236 kız öğrencisiyle yaptığı çalışmada AYBÖ'den aldığı toplam puan ortalaması $115,6 \pm 18,6$ olarak bildirilmiştir (Altunkörek ve Özçoban, 2020). Çiçek ve Çetinkaya 2017 yılında 490 lise öğrencisiyle yaptığı araştırma sonucunda adölesanların sahip olduğu sağlık davranışlarının düzeyini gösteren AYBÖ toplam puanı $117,5 \pm 19,8$ olarak bulunmuştur ve bu çalışmada pozitif yaşam algısı alt boyutundan en yüksek puanı alırken, en düşük puanı ise yapılan bu araştırmaya paralel olarak fiziksel aktivite alt boyutundan almıştır (Çiçek ve Çetinkaya, 2017). Asma ve ark., (2022)'nin yaptığı çalışmada ise AYBÖ'nden alınan toplam puan incelediğinde puan ortalamasının $116,09 \pm 17,33$ olduğu ve AYBÖ alt boyutlarından en yüksek puanı pozitif yaşam algısından aldığı, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutundan aldığı saptanmıştır (Asma ve ark., 2022). Yapılan bu çalışma da AYBÖ'nden alınan toplam puan, literatür taramasına göre diğer araştırma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. En yüksek puan ortalamasına sahip olan kişilerarası ilişkiler ile onu takip eden pozitif yaşam algısı alt boyutları literatürle uyumlu sonuçlar vermiştir. Kız çocuklarımızın kişilerarası ilişkiler puanlarının yüksek olması ergenlik döneminde olmalarından kaynaklı arkadaşları ve çevreleri ile olan iletişime çok önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Bunun yanında en düşük puanın fiziksel aktiviteden alması literatür sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Fiziksel aktivite puanının düşük olmasının nedeni ise buldukları ortam, fiziksel aktivite alanlarının kısıtlı olması yada sınav kaygısı ile fiziksel aktiviteye daha az zaman ayırdıkları düşünülebilir.

- **Adölesan Yaşam Biçimi ve Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanları Arasında Korelasyon Analizi Tartışması**

Adölesan yaşam biçimi toplam ve alt boyutları ile premenstrual sendrom toplam ve alt boyutlarının puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; premenstrual sendrom toplamının beslenme ile pozitif yaşam algısı arasında arasında negatif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hashim ve ark., 2019 da yaptığı çalışmasında üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi davranışlarının adet öncesi sendromu ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, katılanların birçoğunun adetten önceki dönemde beslenme değişiklikleri görüldüğü ve özellikle şeker içeren gıdaların (çikolata, pasta vb.) tüketilmesinde artış olduğu rapor edilmiştir (Hashim ve ark.,2019). Özkan ve ark., (2022) araştırmasında da adölesanların (%88,8) menstruasyon döneminin öncesinde tatlı gıdaların tüketiminin

arttığı ifade edilmiştir. Bu çalışmaya katılan öğrencilerin pms şikayetlerini şiddetli yaşamalarından dolayı beslenme düzenleri bozulmuş ve iştahları kesilmiş olabilir. Buna bağlı olarak pozitif yaşam algıları da bu faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Bu çalışmada yapılan korelasyon analizine göre adölesan yaşam biçimi ölçeğinin alt boyutu olan beslenme ile premenstrual sendrom alt boyutları olan depresif duygulanım ve sinirlilik arasında negatif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Pozitif yaşam algısı ile PMS toplam, depresif duygulanım, sinirlilik ve depresif düşünceler arasında negatif çok zayıf ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyde depresif haller ve sinirlilik durumları yükseldikçe iştahta kesilme, beslenme durumunda bozulma, pozitif düşünme de azalmalar meydana gelmektedir şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmadaki verilerin sonuçlarına bakıldığında PMS toplam ile adölesan yaşam biçimi toplam puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı korelasyon ilişkisi bulunamamıştır. Bunun nedeni olarak katılımcıların ergenlik döneminde oldukları, hızlı değişim ve gelişme gösterdikleri, sınava hazırlık dönemi olduklarından dolayı sadece sınava odaklanmaları gibi etkenler gösterilebilir.

- **Premenstrual Sendrom Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu tartışılması**

Premenstrual Sendrom Ölçeği puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşması incelendiğinde; anneleri çalışan öğrencilerin PMS belirtileri üzerine etkisi olduğu saptanmıştır (çizelge 6). Anneleri çalışan öğrencilerin anneleri çalışmayan öğrencilere göre PMS belirtilerini daha şiddetli yaşadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeninin anneleri çalışan öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenme konusunda eksik kaldıkları yada anne ilgisinden mahrum kaldıkları şeklinde yorumlanabilir. Literatüre baktığımızda ise bu konuda herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmanın sonucuna göre iştah değişimleri günlük çay tüketme sıklığına göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Günlük 1-2 fincan çay tüketenlerin iştah değişimleri puanı, hiç çay tüketmeyenlerin ile günlük 3 fincan ve daha fazla çay tüketenlerin iştah değişimleri puanlarından yüksek olmasıdır. Bununla beraber kahve tüketenlerin kahve tüketmeyenlere göre şişkinlik puanları daha yüksek bulunmuştur. Günlük gazlı içecek tüketenlerin günlük gazlı içecek tüketmeyenlere göre

premenstrual sendrom toplam puanları, depresif duygulanım puanları, anksiyete puanları, sinirlilik puanları, depresif düşünceler puanı, ağrı puanları ve uyku puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara baktığımızda çay, kahve ve gazlı içeceklerin PMS'yi etkilediği görülmektedir. Bu çalışmanın sonucu literatürdeki araştırmalara paralel göstermektedir. PMS belirtilerinin hafifletilmesi için kafein alımının kısıtlanmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Scholten ve Purcell, 2010; Kohnle ve Puzanov, 2010). Kafeinin uyarıcı etkisi olduğu için stres, anksiyete, gerginlik ve duygudurum değişikliğini arttırmaktadır (Deuster et al., 1999). Thu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre PMS prevalansı ve şiddetinin artan kafein alımıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Thu ve ark.,2006). Daşıkın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çay ve kahve tüketen kadınların PMS şikayetleri daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Daşıkın ve ark., 2014). Literatürde bu sonuçlara benzerlik göstermeyen sonuçlarda bulunmaktadır. Hashim ve arkadaşlarının (2019) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada kafein alımı ile PMS belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna benzer olarak Bakır ve Yangın'ın 2019 da yaptığı çalışmada kahve alımının yapılan ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı çıktığı, fakat lojistik regresyonda PMS semptomlarını etkilemediği görülmüştür (Bakır ve Yangın, 2019). Demir ve arkadaşlarının araştırmasında ise çay, kafein, kolalı içeceklerin tüketimi ile PMS arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Demir ve ark., 2006).

Bu araştırma da premenstrual sendrom ve alt boyutları ile düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (çizelge 6). Literatürdeki buna benzer araştırmalar bulunurken bunun tam tersi araştırmalarda mevcuttur. Ünal ve Dündar (2016)'ın yaptığı çalışmada, düzenli egzersiz yapma ile PMS semptomları arasındaki ilişkiyi incelemiş fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Ünal ve Dündar, 2016). Aganoff ve Boyle (1994) ise çalışmalarında düzenli egzersiz yapan kadınlarda PMS'yi incelemiş ve düzenli egzersiz yapan grubun egzersiz yapmayanlara göre daha düşük şiddette PMS semptomlarının yaşadığını belirtmiştir (Aganoff ve Boyle, 1994). Bayram (2007) araştırmasında, sporcu kadınlar ile spor yapmayan kadınlarda görülen premenstrual şikayetlerin karşılaştırmasını yapmış ve sporcu kadınlarda PMS semptomlarının daha az görüldüğünü tespit etmiştir (Bayram, 2007).

Yapılan bu çalışma kapsamında ilk adet yaşını hatırlayanların PMS ve alt boyutlarının puanları hatırlamayanlara göre yüksek bulunmuştur. İlk adet yaşını hatırlayanların hatırlamayanlara göre pms semptomlarını daha şiddetli yaşadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $15,720\pm 1,155$ ve ilk adet yaş ortalaması $12,840\pm 0,905$ 'dir. Yücel ve ark.'nın (2009) çalışmasında öğrencilerin ortalama menarj yaşı $13\pm 1,3$ olarak bulunmuştur. Lee ve arkadaşları Malezya'da ortalama ilk adet görme yaşını $12,3\pm 1,1$ olarak bulmuştur. Chau ve arkadaşları ise ortalama ilk adet görme yaşını $12,05\pm 1,24$ olarak bulmuştur.

Öğrencilerin adet ağrısı çekme durumu ile pms ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık sonucu ortaya çıkmaktadır. Adet ağrısı çekenlerin, adet ağrısı çekmeyenlere göre premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, depresif düşünceler, ağrı, yorgunluk, sinirlilik, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku puanları yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucunu destekleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Birçok kadında dismenore ile PMS semptomlarının birlikte görüldüğü tespit edilmiştir (Demir ve ark., 2006; Taşçı, 2006). Bakır ve Yangın'ın 2019 da yaptığı çalışmada öğrencilerde PMS görülme riski ağırlı adet yaşayan öğrencilerde, adet ağrısı çekmeyen öğrencilere göre 1,62 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Bakır ve Yangın, 2019). Bu çalışma sonucunu destekler nitelikte olan Yamamoto ve arkadaşlarının öğrenciler ile birlikte yaptıkları araştırmada adet ağrısı çekenlerin premenstrual belirtileri daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Yamamoto ve ark., 2009). Pınar ve arkadaşları, hemşirelik öğrencileri ile birlikte yaptığı çalışmada, adet ağrısı olanlarda PMS görülme sıklığını anlamlı ölçüde yüksek bulmuşlardır (Pınar ve ark., 2010). Ailede ağırlı adet sorunu olma durumuna göre dismenore yaşama bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0.05$). Erenel ve Şentürk'ün (2007) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada ailesinde adet döneminde ağrı şikayeti olan öğrencilerin daha çok ağırlı adet dönemi yaşadıkları belirlenmiştir (Erenel ve Şentürk, 2007).

Ağırlı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuranların premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik puanları başvurmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bununla beraber regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurmayanların premenstrual sendrom toplam, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik puanları yonteme başvuranların puanların düşük

bulunmuştur. Erbaş ve Altunbaş'ın lise öğrencileriyle yaptığı çalışmasında öğrencilerin premenstrual belirtiler ile baş etmek için ilaç kullanıldığı, sıcak uygulama yaptığı veya hiçbir yöntem kullanmadığı belirlenmiştir (Erbaş ve Altunbaş, 2021). Aşçı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise en çok kullanılan baş etme yöntemleri, istirahat etme, yalnız kalma, analjezik kullanma, medikal tedavi uygulama, tatlı ve çikolata tüketme, rahat ve bol kıyafetler giyme gibi yöntemlerdir (Aşçı ve ark., 2011). Keskin ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında öğrencilerin regl ağrısını gidermek için en sık kullandıkları yöntemlerin ise masaj uygulama, sıcak uygulama, bitkisel ürünler kullanma ve fiziksel egzersiz olduğunu belirtmişlerdir (Keskin ve ark., 2016). Regl ağrısı için ve adet öncesi problemler için bir sağlık kurumuna başvurmada kullanılan diğer bir yöntemdir (Takeda ve ark., 2017).

Ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem olanların premenstrual sendrom toplam puanları, ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem olmayanların premenstrual sendrom toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına baktığımızda literatüre benzerlik göstermiş, genetik faktörlerin PMS'yi etkilediği sonucu ortaya çıkmıştır. Elkin'in (2015) çalışmasına göre, ailedeki diğer kadınlarda adet öncesi problem ile öğrencilerinin yaşadığı premenstrual sendrom arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş, aile öyküsü olanlarda PMS şikayetleri daha yüksek bulunmuştur (Elkin, 2015). Kısa ve ark.'ının yaptığı çalışmada kendisinin ve annesinin premenstrual şikayetler yaşadığını belirten öğrencilerin yarısından fazlası PMS yaşadığı belirlenmiştir. Analizlerin sonucuna göre annenin premenstrual belirtiler yaşaması ile öğrencilerde PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir (Kısa ve ark., 2012).

Adet dönemi okula devamsızlık yapanların PMS toplam puanları ile pms alt boyutlarının puanları, adet dönemi okula devamsızlık yapmayanların PMS toplam puanlarından ve pms alt boyutlarının puanlarından yüksek bulunmuştur. Bu araştırma kapsamında ortaya çıkan sonuca göre PMS'nin okul başarısını etkilediği görülmektedir. Yılmaz ve Başer'in (2016) çalışmasında katılımcıların %78,6'sının adet ağrısı olduğu, adet dönemi ağrısı nedeniyle %41,7'sinin okula gidemediği belirtilmiştir (Yılmaz ve Başer, 2016). Sule ve Ukwenya (2007) yaptığı bir çalışmada ise kız öğrencilerin %15'inin dismenore ve %8'inin premenstruel semptom nedeni ile okula devamsızlık yaptığını ifade etmiştir.

- **Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tartışması**

Bu araştırmanın sonuçlarına baktığımızda AYBÖ puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelendiğinde; öğrencilerin beslenme puanları sınıfa göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. 1.sınıfların beslenme puanlarının 3. ve 4. sınıfların beslenme puanlarından yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; öğrencilerin yaşları ilerledikçe bağımsız olma isteklerinin artmasıyla aileden uzaklaşmaları, evde daha az zaman geçirmeleri ve neticesinde arkadaşlarıyla daha çok zaman geçirdiklerinden dolayı beslenme alışkanlıklarının değişmeye başladığı şeklinde yorumlayabiliriz. Öğrencilerin AYB toplam ve adölesan yaşam biçimi alt boyutlarının puanları ile sınıf puanları arasında herhangi bir önemli farklılık göstermemektedir.

Bu araştırma kapsamında öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişilerarası ilişkiler, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları nerede yaşandığına, anne eğitim durumuna, baba eğitim ve çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde bu çalışmanın aksine araştırmalar bulunmaktadır. Ardıç'ın (2008) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmasında öğrencilerin annelerinin eğitim durumu ile fiziksel aktivite ve sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin babalarının eğitim durumları ile stres yönetimi, kişiler arası ilişkiler, pozitif yaşam bakışı, fiziksel aktivite ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur(Ardıç, 2008). Yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ile beslenme, fiziksel aktivite ve adölesan yaşam biçimi toplam puanı arasında istatistiksel yönden önemli bir farklılık olduğu saptanmıştır (Çiçek ve Çetinkaya, 2017).

Öğrencilerin günlük çay tüketme sıklığı ile beslenme puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Günlük çay tüketenlerin beslenme puanları hiç çay tüketmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, pozitif yaşam algısı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, spiritüel sağlık puanları günlük kahve tüketme ve günlük gazlı içecek tüketme sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Öğrencilerimizin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme puanları ile düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermiştir. Düzenli egzersiz yapanların yapmayan öğrencilere göre adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme puanları yüksek bulunmuştur. Sağlıklı bir hayat için düzenli egzersiz yapmak önemlidir. Özellikle büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu adölesan dönemde düzenli egzersiz yapmak sağlıklı yaşam biçiminin önemli adımlarındandır. Literatür taramasında bu çalışmayı destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. Ruiz-Hernández ve ark., (2022) yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinde egzersiz yapma durumunun düşük olmasının sonucu olarak psikopatoloji ve sağlıksız yaşam tarzı davranışları puanlarının yüksek çıktığını tespit etmişlerdir (Ruiz-Hernández ve ark., 2022). Ali ve ark., (2021) yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun fiziksel aktivitenin yetersiz olduğunu, beslenme alışkanlıklarının da kötü olduğunu bunun sonucu olarak da sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olduklarını belirlemişlerdir (Ali ve ark., 2021). Çakır ve Kalkavan (2020) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada spor öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının spor yapmayan öğrencilere kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek bulmuşlardır (Çakır ve Kalkavan, 2020).

Kronik hastalığı olan öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, beslenme ve kişiler arası ilişkiler puanları kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sürekli ilaç kullanmayanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkiler puanları sürekli ilaç kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Özakgöl ve ark., 2016 yılında lise son sınıf öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerinin kronik hastalığı olma durumu ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır (Özakgöl ve ark., 2016).

Düzenli adet görme durumu, adetten önceki dönemde ortaya çıkan problemlerle ilgili bilgi alma durumu ve okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünme durumunun adölesan biçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünenlerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve spiritüel sağlık puanları okul hemşiresinin yardımcı olduğunu düşünmeyenlerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Son olarak öğrencilerin adölesan yaşam biçimi toplam, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, pozitif yaşam algısı, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, spiritüel sağlık puanlarının ilk adet yaşını hatırlama durumu, ağrılı adet ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurma, regl ağrısı problemini gidermek için yonteme başvurma, ailede diğer kadınlarda adet öncesi problem varlığı ve adet dönemi okula devamsızlık yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Yapılan bu çalışmanın sonuçlarına baktığımızda;

- Öğrencilerin PMS semptomlarından yakındıkları, adet dönemi ile ilgili bilgi aldıkları fakat PMS semptomlarını ve adet ağrılarını gidermek için öğrencilerin yarısı hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Öğrencilerin diğer yarısı ise ağrı ile baş etmede en çok farmakolojik tedavi seçeneğini tercih etmektedirler.
- Çalışmanın sonucunda öğrencilerin düzensiz beslendikleri, egzersiz konusunda çok eksik kaldıkları görülmektedir. Bundan dolayı sağlıklı bir yaşam söz konusu değildir.
- PMS puanları ile AYBÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına baktığımızda PMS toplam puanı ile pozitif yaşam algısı puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Öğrencilerin PMS yakınmaları arttıkça pozitif düşünceleri maalesef yok olmaktadır. Bununla beraber depresif duygulanım ile beslenme ve pozitif yaşam algısı arasında yine negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ki premenstrual semptomlardan kaynaklı depresif düşünceler arttıkça dengeli beslenme durumları bozulmakta ve pozitif düşünceleri değişmektedir.
- Tüm bunların sonucunda yaşadıkları PMS belirtilerinin yaşam enerjilerini azalttığı, yaşam kalitelerinin düşürdüğü ve sağlıklı yaşam biçimini etkilediği görülmektedir.
- Bu araştırma kapsamında öğrencilerin %50'sinin PMS şikayetlerini ve adet ağrılarını gidermek için herhangi bir yönteme başvurmadıkları tespit edilmiştir. Bunun nedeni ise çoğu kadınlarımızın ve kız çocuklarımızın, PMS'nin sadece kadın olmanın getirdiği, dayanılabilir ve tolere edilmesi

gereken bir durum olduğunu düşünmeleri ve bundan dolayı herhangi bir tedaviye gerek duymamalarıdır.

6.2. Öneriler

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Adet öncesi ve adet dönemine ilişkin daha önce bilgi almayan öğrencilerin daha çok PMS yaşadığı tespit edilmesiyle okul sağlığı hemşirelerinin öğrencilere premenstrual sendrom, menstruasyon ve fizyolojisine ilişkin bilgi verilmesi sağlanmalı,
- PMS; depresyon, stres ve sinirlilik düzeylerini yükselttiği için bu dönemde stresle baş etme metotları hakkında kız çocuklarımıza gerekli eğitimler verilmeli,
- PMS teşhisi konulan öğrencilerin PMS semptomları ile mücadele etmede mutlaka sağlık profesyonellerinden yardım alması sağlanmalı,
- PMS ile baş etme de farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlere yönelik özel hizmet verecek üniteler açılmalı,
- PMS yaşayan öğrencilere gevşeme teknikleri, stres yönetimi, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, sodyum ve kafein kısıtlaması gibi sağlıklı yaşam biçimi konusunda eğitimler verilmeli,
- Hemşirelerin PMS şikayetlerinin günlük aktiveleri ile kişilerarası ilişkiler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmalı, semptomların iyileştirilmeli veya ortadan kaldırmalarına yardım ederek öğrencilerin yaşam kalitelerini arttırmalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmalı,
- Okul sağlığı personeli tarafından genç kızlarımız için tarama programları, sağlıklı yaşam ve PMS eğitimleri ile fiziksel aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalı,
- Bu konu hakkında adölesan dönemdeki yaş grubuyla daha çok çalışmanın yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aba, Y., Ataman, H., Dişsiz, M., Sevimli, S. (2018). Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(2), 75 - 82. 10.5222/jaren.2018.075
- Abacı, A., Büyükgebiz, A. (2011). Cinsellik ve cinsel eğitim. Puberte fizyolojisi. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 155-162.
- Ahioğlu, E. (2011). Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim. Kastamonu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Kastamonu Eğitim Dergisi 19(1), 1-10.
- Akçay, D. (2016). Okul ortamında bulaşıcı hastalıklardan korunmada okul hemşiresinin rolü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 84-94.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset Matbaacılık. 2005;146.
- Akgül, E., Ergün, A. (2021). Toplum sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireliği, *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 141-153.
- Aksoy, T. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Hemşirelik Esasları Programı Yüksek lisans tezi, Ankara.
- Aksoy, Z., Erol, S. (2017). Adölesanlarda Oyun Bağımlılığı, Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 5-8 Kasım, Ankara
- Aktan, C. C., Işık, A. K. 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Sağlık 21 Hedef. www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/.../herkes-icin.pdf. Erişim: 07.09.2014.
- Alikaşifoğlu, M. (2008). Ergenlerde Davranışsal Sorunlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63, 55-59.
- Alikaşifoğlu, M., Ercan, O. (2009). Ergenlerde riskli davranışlar. Çağrılı Editör. *Türk Pediatri Arşivi*, 44(1), 1-6.
- Al-Kandari, F. ve Vidal, V.L. (2007). Correlation of the Health-Promoting Lifestyle, Enrollment Level and Academic Performance of Collage of Nursing Students in Kuwait. *Nursing and Healt Science*. 9:112-119
- Alp Yılmaz, F. ve Başer, M. (2016). Dismenorenin Okul Performansına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 29-33.
- Alper, Y., Akçakoyun, F., Pündük, Z., ve Göktaş, Z. (2017). Balıkesir Fen Lisesi Öğrencilerinde Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4 (2), 101-110, 2017, 4(2), 101–110.
- Altinkaya, Z. (2014). Değişik Vücut Kitle İndeksine Sahip Bireylerin Fiziksel Aktivite Seviyelerinin Ve Yürüme Parametrelerinin Karşılaştırılması.

Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı,
Yüksek Lisans Tezi, Mersin (Danışman: Doç. Dr. Uğur DAL).

- Altunkürek, Ş. ve Özçoban, K. (2020). Lise Öğrencilerinin İnternet Bağımlılıkları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Bağımlılık Dergisi*. Aralık 2020;21(4):275-284.
- Anandha Lakshmi SPM, Saraswathi I, Saravanan A, Ramamchandran C. Prevalence of premenstrual syndrome and dysmenorrhoea among female medical students and its association with college absenteeism. *Int J Biol Med Res*. 2011;2:1011-6.
- Ardıç, A. (2008). Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ardic, A., & Esin, M. N. (2015). The Adolescent Lifestyle Profile scale: reliability and validity of the Turkish version of the instrument. *The journal of nursing research: JNR*, 23(1),33-40.
- Arıkan, A. (2020). Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Arslan, C. (2010). Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2010;7-43.
- Arslan, G. (2012). Ortaöğretimde öğrenim gören ergenlerde görülen problem davranışların aile sorunları ve aile yapısı açısından incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli (Danışman: Yar. Doç. Dr. Murat Balkıs).
- Asma, MB, Andan, H., Kurt, ME, Ceylan, A. (2022). Adölesan analizinde fiziksel aktivite ve obezitenin adölesan yaşam biçimi, pedometre ve BİA ile değerlendirilmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 7(3), 188-202.
- Ayhan, A., Durukan, T., Gunalp, S. ve ark. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. *Ankara Günes Tıp Kitabevleri* 2008;851-61.
- Bahtiyar, T. (2017). Hipertansiyon Tanısı İle İzlenen Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bakır, N. ve Balcı Yangın, H. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(5), 39-51.
- Bakır, N. ve Kızılkaya Beji, N. (2021). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 264-277.
- Bayram, E. (2018). Ergenlerin öznel iyi oluş düzeyleri ile kişilerarası ilişki tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2018, Bolu.

- Bayram, G (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3(3), 104 - 110.
- Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, KILIC S (2015). Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığıneğitim davranışın incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(2), 129 - 135.
- Bebiş H, Özdemir Ö (2013). Kreşlerde okul sağlığı hizmetleri ve hemşirelik. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 11(3), 186 - 196.
- Bianco, V., Cestari, A. M., Casati, D., Cipriani, S., Radici, G., & Valente, I. (2014). Premenstrual syndrome and beyond: lifestyle, nutrition, and personal facts. *Minerva ginecologica*, 66(4), 365–375
- Bobo, N. Kımel, L. ve Bleza, S. (2012). Promoting Health at School (ed) Selekman, J. in *School Nursing: A comprehensive text* (s. 440-472).FA Davis Company. Ebook.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 13- 21.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*, Ankara: Pegem Akademi.
- Call,K.T., Riedel, A.A., Hein, K., McLoyd, A., Petersen, A. Ve Kipke, m. (2002). Adolescent Health and Well-Being in The Twenty-First Century: A Global Perspective. *Journal of Research on Adolescence*. 12(1):69-98.
- Carey CJ, Rayburn WF, Çeviri; Güner H. *Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2006:301-305.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adolescent and School Health. Accessed July 20, 2022, at <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview>
- Cheikh Ismail, L.I., Al-Hourani, H., Lightowler, H.J., Aldhaheri, A.S., Henry, C.J. (2009). Energy and nutrient intakes during different phases of the menstrual cycle in females in the United Arab Emirates. *Ann Nutr Metab*, 54 (2), 124-128.
- Choate, LH. (2014) *Adolescent girls in distress: a guide for mental health treatment and prevention*. New York, Springer Publishing
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
- Coşkun, S. (2015). Adölesanların Sağlığı Geliştirme Davranışına Web Destekli Eğitim ve Danışmanlığın Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara.
- Çağırın Yılmaz, F. ve Çağırın, D. (2023). Adolesan Dönemde Adet Öncesi Sendromun Obezite İle İlişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 713-718.

- Çakır, G. ve Altay, N. (2021). Kronik hastalığı olan çocukların bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14(1), 55-61.
- Çıtak, N. ve Terzioğlu, F. (2002). Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sağlık ve Toplum Dergisi, 12(3):69-80.
- Çiçek, E. ve Çetinkaya, F. (2017). Seçilmiş İlçe Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 26(1), 29-38.
- Daşıkın Z, Taş Çay G, Sözen G. (2014). Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 11(2), 98 - 104.
- Davoodvandi, M., Navabinejad, S., Lotfi Kashani, F. (2011). Grup bilişsel-davranışsal eğitiminin adet öncesi sendromun fiziksel semptomlarını azaltmadaki etkinliği. Tıp Bilimleri 21 (2):114-120
- Demir, B., Yıldız Algül, L. ve Güvendağ Güven, E.S. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(4), 262-270.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Bäckström, TC., Heinemann, K. (2010). The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. Fertility and Sterility, 94(3):1059-64.
- Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 63, 19-21.
- Doğan, T. ve Sapmaz, F. (2012). Kişilerarası ilişki tarzları ve öznel iyi oluş. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 10(3), 585-601
- Dolgin, K.G. (2014). Ergenlik Psikolojisi: Gelişim, İlişkiler ve Kültür. (Çev D. Özen). İstanbul: Kaknüs Yayınları
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., Yavuz, M. (2011). Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. F.Ü. Saü. Bil.Tıp.Derg. 25(1): 11-15.
- Duyan, G.Ç. (2008). Gençlik Çağı ve Gençlik Psikolojisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu.
- Duyan, V. (2016). Sosyal Hizmet Kuram ve Yaklaşımları; Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Erzurum, 11-16 ve Ewan Ingleby; Applied Psychology for Social Work; Learning Matters, Exeter, 2006, 7-8.
- Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köken G. (2014). Premenstrual sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 12(1), 10-17
- Eke, A.C., Akabuike, J.C., Maduekwe, K. (2011). Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. Int J Gynaecol Obstet, 112 (1), 63-64.

- El Kosery, S., Saleh, A., Farouk, A. (2006). Efficacy of Mitchell's Simple Physiological Relaxation Technique in Alleviating Primary Dysmenorrhea. *Bull Fac Phys Ther.* 11:247-255.
- Elahi, N., Ghannad, N., Haghhighizadeh, M. H. (2018). The Relationship between Health Promoting Lifestyle with Life Satisfaction in Postmenopausal Women. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(5), 139-144.
- Elizabeth R, Bertone-Johnson, Hankinson S, Johnson S, Manson J. (2008). Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol.* 168 (8): 938–945.
- Elkin, N. Sağlık Bilimleri Yüksekokulu istenilende Adet Öncesi Sendrom Görülme Sıklığı. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* Ağustos 2015;1(2):94-11
- Erbaş, N. ve Altunbaş, N. (2021). Bazı değişkenlere göre bir lisedeki kız öğrencilerde premenstrual sendrom şiddetinin ve algılanan stres düzeyinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2),479–486.
- Ercan, O. (2005). Adolesanın Psikososyal Gelişimi. *Adölesan Sağlığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 43, 17-21.
- Erdoğan, M. ve Özsoy, S. (2012). Genç Kızların Dismenore İçin Kullandığı Non-Farmakolojik Yöntemler. *Maltepe tıp dergisi*, 4(4):13-4.
- Ergün, A., Gür, K., Erol, S., ve Kadioğlu, H. (2012). Okul temelli fiziksel etkinlik programının çocukların fiziksel etkinlik bilgi ve davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 17-28.
- Eryılmaz, A. (2014). *Herkes İçin Mutluluğun Başucu Kitabı: Kuramdan Uygulamaya Pozitif Psikoloji*. Ankara: Pegem A Yayınevi.
- Gaete, V. (2015). [Adolescent psychosocial development]. *Rev Chil Pediatr*, 86 (6), 436-443.
- Geckil, E. ve Yıldız, S. (2006). Adolescent health behaviors and problems. *Journal of Hacettepe University School of Nursing*, 13: 26-34.
- Geçtan, E. (2012). *Psikanaliz ve sonrası*. İstanbul:Metis yayınları.
- Genç Koyucu, R. ve Ölmez Yalazı, R. (2021). COVID19 sürecinde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 496-501.
- George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Goodman, L.R., ve Warren, M.P. (2005). The female athlete and menstrual function. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 17(5): 466-70.
- Gökçe, G. (2006). *Bir grup çalışan kadında premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Güenalp, S. ve Tuncer, S. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*. Ankara. Freyal Matbaacılık San Ve Tic. Ltd. Şti, 2004: 391-392.

- Güney, E., Ünver, H., Derya, Y.A., Uçar, T. (2017). Fiziksel Egzersiz Düzeylerinin Menstrual Siklusa Etkileri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 137-142.
- Gürses, İ. ve Kılavuz, M.A. (2011). "Erikson'un psiko-sosyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklararası din eğitimi ve iletişiminin önemi." *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 20(2): 153-166.
- Hacıoğlu, N. (2019). Adölesan (Ergen) Sağlığı. Erci, B. (Ed.), *Halk Sağlığı Hemşireliği* (122-136). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevler.
- Hall, J. (2006). Spirituality at the beginning of life. *Journal of Clinical Nursing* 15, 804–810.
- Han, J. (2010). "Childhood obesity". *Lancet*, 375 (9727), 1737-1748.
- Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA. ve ark. (2019). Premenstrual syndrome is associated with dietary and lifestyle behaviors among university students: A cross-sectional study from Sharjah, UAE. *Nutrients*. 2019; 11(8):1939
- Hay, L. (2017). *Düşünce Gücüyle Tedavi*. (45. Baskı). (Çev. N. Gün). İstanbul: Altın Kitaplar.
- Hoch, A.Z., Pajewski, N.M., Moraski, L., Carrera, G.F., Wilson, C.R. , ve ark. (2009). Prevalence of the female athlete triad in high school athletes and sedentary students. *Clin J Sport Med*, 19(5): 421-28.
- Hollins-Martin, C.J., van den Akker, O.B.A., Martin, C.R.,Preedy, V.R. (2014). *Handbook of diet and nutrition in the menstrual cycle, periconception and fertility*: Wageningen Academic Publishers.
- Höbek-Akarsu, R., ve Yalman, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Fiziksel Aktivite Düzeyi. *Eurasian Journal of Sport Sciences and Education*, 1(1), 18-29.
- Işgın, K. ve Büyüktuncer, Z. (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hij Den Biyol Derg.* 74(3):249-60.
- Izadi-Mazidi, M., Davoudi, I., Mehrabizadeh, M. (2016). Effect of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Health-Related Quality of Life in Females With Premenstrual Syndrome. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016 Mar 15;10(1):e4961.
- İlhan, N. (2012). *Adolesanlarda Davranış İmaj Modeline Dayanan Kısa Görüşmelerin Sağlık Davranışlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- İlhan, N. (2018). *Improving Adolescent Health*. Ozcanarlan, F., Shapekova, N. L., Sancar, B. Özdemir, A. (Eds.), *Recent Developments in Nursing and Midwifery*. Cambridge Scholars Publishing: UK.
- Jeong, BS., Lee, JH., Chang, N., Kang, BM., Joe, SH., Kim, CY., Han, OS. (2001). Treatment-Seeking Behaviors among Korean University Women with Premenstrual Symptoms. *Korean J Psychopharmacol*, 12(3):201-210.
- Johnson, SR. (2004). Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical primer for practitioners. *Obstetrics & Gynecology*, 104:845-859.

- Jose, A., Nayak, S., Rajesh, A., Kamath, N., Nalini, M. (2022). Impact of relaxation therapy on premenstrual symptoms: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2022 Dec 28;11(1):401.
- Kahvacı, R., ve Amanak, K. (2024). Premenstrual Sendrom ile Algılanan Stres ve Gece Yeme Sendromu İlişkisi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 102-112.
- Kalaycı, Şeref. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.
- Kan, Öntürk. ve Ulus, B. (2014). Okul Çağı ve Adolesan Değerlendirilmesi. Eti. Aslan, F. (Ed.), *Sağlığın Değerlendirilmesi (267-291)*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Karaca, P. ve Beji, N. (2015). Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bil Derg.* 4 (3): 178-186.
- Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, M. (2014). Ergenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 17(3), 131 - 139.
- Karaküçük, S., Sönmez, M. ve Kenç, İ. (2022). Üniversitede Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Günlüğü ile Premenstrual Sendrom vakalarının Sıklığının Belirlenmesi ve Başlama Yöntemleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 419-430.
- Kelderhouse, K. and Taylor, JS. (2013). A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nurs Womens Health.* 17(4):294-305.
- Kınık, E. (2000). Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. *Katki Pediatri Dergisi Adolesan Sayısı.* 21(6):720-740
- Kırcan, N., Ergin, F., Adana, F., Arslantaş, H. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg.* 13:19-25.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Güler, N. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 1(4):284-97.
- Kopetz, C., Woerner, J. I., Macpherson, L., Lejuez, C. W., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., and Fox, N. A. (2019). Early psychosocial deprivation and adolescent risk-taking: The role of motivation and executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148(2), 388-399.
- Köse, D. (2011). Orta ve geç adolesanlarda beslenme alışkanlıklarının beden kitle endeksi ve kan basıncı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köse, S. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Erzurum. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kulbok, PA., Cox, CL. (2002). Dimensions of adolescent health behavior. 31: 394-400

- Kurtar, G. (2011). Adölesanların yaşam tutum profilleri ile adölesan sorunlarını tanıma arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Behice Erci).
- Lane, T. and Francis, A. (2003). Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. Arch Womens Ment Health 6:127-138.
- Lee LK, Chen PCY, Lee KK, Kaur J. (2006). Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. Singapore Med 47:869-874
- Lui, Q., Wang, Y., Heck, CH., Qiao, W. (2017). Stress reactivity and emotion in premenstrual syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat. 13:1597- 602
- Makhija, N. (2002). Spiritual nursing. Nursing Journal of India 93, 129-130.
- Martínez, I. Garcia, F., Fuentes. M. C., Veiga, F., Garcia, O. F., Rodrigues, Y., ve Serra, E. (2019). Researching parental socialization styles across three cultural contexts: Scale ESPA29 bidimensional validity in Spain. Portugal. and Brazil. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(2), 197.
- Memiş, U. A. ve Yıldırım, İ. (2008). "Çocukluk ve Ergenlikteki Fiziksel Aktivite Deneyimleri İle Yetişkinlikteki Fiziksel Aktivite Düzeyi Arasındaki İlişki," *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*,13(1), 13-32.
- Meydanlıoğlu, A. ve Gözüm, S. (2019). Türkiye'de okul sağlığını geliştiren uygulama ve programlar. Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics, 5(1), 16-23.
- Mohebbi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Sadeghi Goghary S. (2018). The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study. BMC Womens Health. 31,18(1):80.
- Mohebbi, M., Akbari, SAA., Mahmodi, Z., Nasiri, M. (2017). Comparison between the lifestyles of university students with and without premenstrual syndromes. Electronic Physician. 9(6):4489.
- MoradiFili, B., Ghiasvand, R., Pourmasoumi, M., Feizi, A., Shahdadian, F., Shahshahan, Z. (2020). Dietary patterns are associated with premenstrual syndrome: evidence from a case-control study. Public Health Nutr. 2020 Apr;23(5):833-842.
- Morino, S., Egawa, M., Hirata, H., Nishimura, H., and Aoyama, T. (2016). Association between premenstrual syndrome and daily physical activity levels. J Womens Health, Issues Care, 5(5): 1- 4.
- National Association of School Nurses. (2012). NASN position statement: Role of the school nurse. NASN School Nurse, 27(2), 103-104.
- Nisar, N., Zehra, N., Haider, G. ve ark. (2008). Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. J Coll Physicians Surg Pak 2008;18:481-4.
- Ocakçı, A. (2003). Sağlığın korunma ve kesiştirilmesinde hemşirelik hizmetlerinin rolü. Sağlık ve Toplum Dergisi, 10(2), 20-7.

- Oldnall, A. (1996) A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing* 23, 138-144.
- Ölçer, Z., Bakır, N., Aslan, E. Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikâyetlere Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017; 7(1): 30-37.
- Özdamla, Elif Eda. (2019). Sigmund Freud, İstanbul: EZR Yayıncılık.
- Özdemir, Osman., Güzel Özdemir, P., Kadak, M.T. ve ark. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (4): 566-589.
- Özdoğan, Y. ve Beşler, Z.N. (2023). Adet Öncesi Dönemde Beslenme Değişikliklerinin Adet Öncesi Sendrom Durumuna Göre Değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 8 (4), 1137–1147.
- Özmermer, T. (2017). Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı, baş etme yolları ve etkileyen faktörler/Premenstrual syndrome expansion, pathways and effectiveness factors at, university students in Şanlıurfa (Doctoral dissertation).
- Öztürk, S. ve Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual Sendrom ve Başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13 (3): 57-61
- Panay, N. (2011). Management of premenstrual syndrome: evidence based guidelines *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2011; 21(8): 221-7.
- Parlaz, A., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme. *Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. Turkish Family Physician Dergisi*, 4(6), 10-16.
- Pekcan, H. (2006). Adölesan (Delikanlı) Sağlığı ‘ İçinde’. Güler,Ç. , Akın,L. (Ed). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* , Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara : 482-506.
- Peker, H. (2017). Din Psikolojisi. İstanbul:Çamlıca yayınları.
- Pinar, G., Colak, M., Oksuz, E. (2011). Premenstrual syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sex Reprod Healthc* 2:21-27.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated metaanalysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873- 932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Polat, Y., Tatlı, S., Yavuzekinci, M., Öztürk, M., İpekçi, N.N., Yurdagül, G., & Süzölmüş, S. (2017). Okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin çocukluk çağı aşmaları hakkındaki görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 131-137.
- Pontes, N. and Ayres, C. (2017) Use of Theory to Examine Health Responsibility in Urban Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*. 38 40–45.
- Rad, M, Sabzevary, M.T, and Dehnavi, Z.M. (2018). “Factors associated with premenstrual syndrome in female high school students”. *Journal of Education and Health Promotion*, 7 (1), 64.

- Raipure, A. and Patil, S. (2023). Comparative Efficacy of Mitchell's and Benson's Relaxation Techniques in Alleviating Pain and Improving Quality of Life Among Patients With Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Cureus*. 2023 Aug 21;15(8):e43877.
- Reid RL. Premenstrual dysphoric disorder (formerly premenstrual syndrome). *Endotext- Comprehensive Free Online Endocrinology Book*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279045/>
- Rizk, D.E., Mosallam, M., Alyan, S. ve ark. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand* 85:589-98.
- Sağlan, Y., ve Bilge, U. (2018). Adolesan ve Okul Sağlığı. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(6), 11-16.
- Sahoo, K, Sahoo, B, Choudhury, A.K, Sofi, N.Y, Kumar, R, and Bhadoria, A.S. (2015). "Childhood obesity: causes and consequences". *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4 (2), 187.
- Salamat, S., Ismail, K.M.K.,Brien, S.O. (2007). Premenstrual Syndrome. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18 (2), 29-32.
- Savcı, S., D. Öztürk, M., Arıkan, H., İnce, D. (2006). Üniversite Öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 33(3), 166-172.
- Sawyer, S.M., Afifi, R.A, Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezeh, A.C., Patton, G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. 379(9826), 1630-40.
- Seifi L, Najafi Ghezalje T, Haghani H. Comparison of the effects of Benson muscle relaxation and nature sounds on the fatigue in patients with heart failure. *Holistic Nursing Practice*. 2018;32(1):27-34.
- Selekman, J., & Coates, J. (2012). Disease Prevention (ed) Selekman, J. in *School nursing: A comprehensive text* (s. 473-515).FA Davis Company. Ebook
- Serena S, Khaled MKI, O'Brien S (2001). Premenstrual syndrome. *Current Obstetrics Gynaecology* 11: 251–255.
- Sohrabi, N., Kashanian, M., Ghafouri, S.S.,Malakouti, S.K. (2013). Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome: "a pilot trial". *Complement Ther Med*, 21 (3), 141-146.
- Stanhope, M., and Lancaster, J. (2008). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. Elsevier Health Sciences.
- Şahinöz, T., Şahinöz, S. ve Kıvanç, A. (2017). Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: Okul sağlığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 303-312.ISO 690
- Şanver T, Özvarış B. (2023). Adölesan Dönemde Riskli Sağlık Davranışları: Ebeveyn, Okul, Akranların Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. DOI: 10.17942/sted.1184826
- Şen, M., Ceylan, A., Kurt, M., Palancı, Y., Adın, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2017;44 (1) :1-11.

- Şimşek, D., Duman, FN ve Gölbaşı, Z. (2022). Sağlık Bilimleri Fakültesi İçeriğın Premenstrual Sendrom İle Baş Etmede Kullanıldığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi, 12(1), 116-125. <https://doi.org/10.31020/mutfd.984778>
- Şişman, F. N., Kadioğlu, H., Ergün, A. ve Erol, S. (2013). Okul Çocuklarında Somatizasyon ve Somatik Belirtiler Nedeniyle Okul Revirine Başvuru Durumu. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi, 4(3),131-136.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı, Erişim Tarihi: 10.04.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulmesikligi.html>
- Taşcı, K.D. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2006;5:434-43.
- Taşkın, L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 2. baskı, Özyurt Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara.
- Taşkın, L. Premenstrual Sendrom. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sekizinci Basım Ankara; Sistem Ofset Yayıncılık. 2007;332-3.
- Teixeira, A.L.S., Oliveira, E.C.M., ve Dias, M.R.C. (2013). Relationship between the level of physical activity and premenstrual syndrome incidence. Rev Bras Ginecol Obstet, 35(5): 210-4.
- Thu, M., Diaz, E., Kapaw, S. Tayland'daki kadın üniversite öğrencileri arasında adet öncesi sendromu. *AU JT*. 2006; 9 :158–162.
- Topatan, S. ve Kahraman, Ş. (2020). Premenstrual sendrom yaşayan üniversite öğrencilerinin yaşam kaliteleri ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *JANHS*, 23(1), 35-44.
- Törüner, E., ve Büyükgöneç, L. (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul: Göktuğ Yayıncılık.
- Tümkaya, S., Çelik, M. ve Aybek, B. (2010). Ergenlerin kişilerarası ilişkilerini etkileyen sosyal yaşantı değişkenlerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (24), 163-178.
- Türkçapar, F. ve Türkçapar, M.H. (2011). Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden Geçirme Klinik Psikiyatri. 14(4): 241-53
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022
- Uçar, M. (2014). Konya ili yetiştirme yurtlarında barınan 14-18 yaş grubu kız ve erkek öğrencilerin fiziksel aktivite ve uygunluk düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Uğur, E. ve Murat, M. (2014). Lise öğrencilerinin kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları ve saldırganlık tepkileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 13 (2), 525-543

- Ünal, S. ve Erbay, P. (2016).Manisa'da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25 (6), 240-246.
- Ünsar S, Kostak M, Kurt S Erol. (2011). Ö.Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(1),2- 6
- Vaghela, N., Mishra, D., Sheth, M., Dani, VB. (2019). To compare the effects of aerobic exercise and yoga on Premenstrual syndrome. *J Educ Health Promot.* 2019 Oct 24;8:199. doi: 10.4103/jehp.jehp_50_19. PMID: 31867375; PMCID: PMC6852652.
- Victor, F. F., Souza, A. I., Barreiros, C., Barros, J., Silva, F., & Ferreira, A. (2019). Quality of life among university students with premenstrual syndrome. *qualidade de vida entre estudantes universitárias com síndrome pré-menstrual. Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 41(5), 312–317. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688709>
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* (London, England), 379(9826), 1641–1652.
- Weisz, G. and Knaapen, L. (2009). Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *Social Science & Medicine* 68(8): 1498– 505.
- World Health Organization (2019). Coming of age: Adolescent health, Retrieved October 30, 2019, from <https://www.who.int/healthtopics/adolescents/coming-of-age-adolescenthealth>
- World Health Organization (2020). Obesity and overweight, Retrieved April 25, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesityand-overweigh>
- World Health Organization (2020). Physical activity, Retrieved April 23, 2020, from <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/physicalactivity>
- World Health Organization (2020). Physical activity, Retrieved December 26, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physicalactivity>
- World Health Organization (2022). Adolescent country profile. Turkey. Accessed July, at <https://platform.who.int/data/maternalnewborn-child-adolescent-ageing/staticvisualizations/adolescent-country-profile>
- World Health Organization (2023). Adolescent and young adult health. Accessed September 26, 2023, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Updated on: 28 April 2023.
- Wu, WL., Lin, TY., Chu, IH., Liang, JM. (2015). The acute effects of yoga on cognitive measures for women with premenstrual syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(6), 364-369.
- Yalçın Irmak A, Erdoğan S (2016). Ergen ve Genç Erişkinlerde Dijital Oyun Bağımlılığı: Güncel Bir Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(2), 128 - 137.

- Yamamoto, K., Okazaki, A., Sakamoto, Y., and Funatsu, M. (2009). The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. *Journal of Physiological Anthropology*, 28(3), 129-136
- Yaşar, B. (2020). Tıp Fakültesi 1.ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaygınlığı,Öğrencilerin Konu ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Uzmanlık Tezi, Erzurum.
- Yazgan, Y. (2019). 99 Sayfada Ergenlikten Gençliğe. İstanbul:Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 5. Basım.
- Yeşilfidan, D., Adana, F. (2019). Halk Sağlığı Hemşireliği Bakış Açısı ile Ergenlerde Obezite. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2(2), 38-44.
- Yeşiltepe Ü, Şahin N. (2004). Genç Kızların Premenstrüel Sorunları. *Sağlık ve Toplum* 4:55-9.
- Yıldız, E., & Erci, B. (2013). Anne Baba Tutumları İle Adölesan Saldırganlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 6-11.
- Yıldız-Akkuş, S. ve Bütün-Ayhan, A. (2018). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1-7.
- Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, MA., Gençdoğan B, Özveren Ö. (2009). Adolesanlarda premenstrüel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1):55-61.
- Zaafrene, F., Faleh, R., Melki, W. (2007). An overview of premenstrual syndrome. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Biology*. 36: 642-652
- Zaybak, A. ve Fadıoğlu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20(1):77-95

EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1) Kaç yaşındasınız?
 14
 15
 16
 17
- 2) Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?
 9.Sınıf
 10.Sınıf
 11.Sınıf
 12.Sınıf
- 3) Şu anda nerede yaşıyorsunuz ?
 Ailesi
 Yakını
 Yurt
- 4) Annenizin eğitim düzeyi nedir?
 Okuryazar değil
 Okuryazar
 İlköğretim
 Lise
 Üniversite ve üzeri
- 5) Annenin çalışma durumu nedir?
 Çalışıyor
 Çalışmıyor
- 6) Babanın eğitim düzeyi nedir?
 Okuryazar değil
 Okuryazar
 İlköğretim
 Lise
 Üniversite ve üzeri
- 7) Babanın çalışma durumu nedir?
 Çalışıyor
 Çalışmıyor
- 8) Sigara kullanıyor musunuz?
 Evet
 Hayır

9)Günlük hayatta hangi sıklıkta çay tüketirsiniz?

- Hiç
 Günde 1-2 fincan
 Günde 3 fincan ve üstü
 Haftada 1-2 fincan

10)Günlük hayatta hangi sıklıkta kahve tüketirsiniz?

- Hiç
 Günde 1-2 fincan
 Günde 3 fincan ve üstü
 Haftada 1-2 fincan

11) Günlük hayatta hangi sıklıkta gazlı içecek tüketirsiniz?

- Hiç
 Günde 1-2 bardak
 Günde 3 bardak ve üstü
 Haftada 1-2 bardak

12)Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Bazen

13) Herhangi bir kronik (6 aydan uzun süren) hastalığınız var mı?

- Evet (Açıklayınız:.....)
 Hayır

14) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

- Evet (Açıklayınız:.....)
 Hayır

15) İlk adet görme yaşınızı hatırlıyor musunuz?

- Evet (Açıklayınız:.....)
 Hayır

16) Düzenli adet görüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

17)Regl döneminiz kaç gün sürüyor?

.....

18) Adet ağrısı çekiyor musunuz?

- Evet
 Hayır

- 19) Adet öncesi problemlerle ilgili daha önceden hiç bilgi aldınız mı ?
 () Bilgi aldım
 () Hiç bilgi almadım
- 20) Ağrılı adet görme ve adet öncesi problemler için hiç sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu ?
 () Evet
 () Hayır
- 21) Regl dönemindeki ağrı problemini gidermek için hangi yöntemlere başvurursunuz?
 () İlaç kullanırım(farmakolojik yöntem)
 () Bitkisel ürünleri kullanırım(non-farmakolojik yöntem)
 () Hastaneye giderim
 () Hiçbir şey yapmam
- 22) Adet öncesi problemler ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkıyor mu?
 () Evet
 () Hayır
- 23) Adet dönemi boyunca okula devamsızlık yapıyor musunuz?
 () Evet (Açıklayınız :.....)
 () Hayır
- 24) Adet dönemi problemleri okul sağlığı hemşiresine başvuruyor musunuz?
 () Evet
 () Hayır
- 25) Okul sağlığı hemşiresinin regl dönemi problemleri ile ilgili size yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz?
 () Evet
 () Hayır

Ek-2: Premenstrual Sendrom Ölçeği

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

Hiçbir soruyu boş bırakmayınız

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

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

Ek-3: Adolesan Yaşam Biçimi Ölçeği II

Aşağıda yazılı ifadeleri dikkatlice okuyun ve her bir davranışı ne sıklıkla yaptığınızı işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Her zaman
1. Ailemle sohbet ederek zaman geçiririm.				
2. Ailemle aktif olarak(yürüyüş, oyun oynamak) zaman geçiririm.				
3. Kendimi iyi hissetmediğim zaman en yakın sağlık kurumuna giderim.				
4. Haftada 3 gün 20 dakika ya da daha fazla fiziksel aktivite(aerobik dans, hızlı yürüyüş, koşu, ip atlama, bisiklete binme, yüzme) yaparım.				
5. Geceleri 6-8 saat uyurum.				
6. Başkaları iyi şeyler yaptığı zaman onları tebrik ederim.				
7. Tatlılardan veya içinde fazla şeker olan yiyeceklerden uzak dururum.				
8. Sağlıkla ilgili yazılar okurum.				
9. Yaşam değerlerimi / hedeflerimi başkalarıyla konuşurum.				
10. Az yağlı süt ve süt ürünlerini (yoğurt, peynir,dondurma) tüketirim.				
11. Her gün dinlenmek için kendime zaman ayırırım.				
12. Başkalarının duygularına karşı hassas olmaya çalışırım.				
13. Kahvaltı ederim.				
14. Doktora ya da hemşirenin önerilerini daha iyi anlamak için onlara sorular sorarım.				
15. Yaşamımı yönlendiren üstün bir güç olduğun hissediyorum.				
16. Spor veya eğlenceli aktivitelere katılırım.				
17. Hayatımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Gelecekle ilgili heyecanlıyım.				
19. Yakın arkadaşlarımla zaman geçiririm.				
20. Yaşam değerlerimin / hedeflerimin aynı olduğu gruplara katılırım.				
21. Her gün 2- 4 porsiyon meyve yerim.				
22. Sağlık sorunlarını önleyen ve sağlığı geliştiren programlara katılırım.				
23. Kendimle barışığım /mutluyum.				
24. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				

25. Sevdiğim şeyleri yapmak için kendime zaman ayırırım.				
26. Hayatımdaki önemli hedeflere ulaşmak için çalışırım.				
27. Boş zamanlarımda yürürüm ya da aktif faaliyetlerde bulunurum.				
28. Her yeni günü sabırsızlıkla beklerim.				
29. Yaşam hedeflerimin / değerlerimin gelişmesine yardım edecek faaliyetlerde bulunurum.				
30. Et çeşitlerini(dana eti, tavuk, balık) yerim.				
31. Anlaşmazlıkları kavga etmek yerine konuşarak çözerim.				
32. Arkadaşlarımla aktif oyunlar (basketbol, futbol, voleybol, tenis) oynarım.				
33. Gerektiğinde okuldaki rehber öğretmenden yardım alırım.				
34. Sağlığımı geliştirmek için doktor ya da hemşireye sorular sorarım.				
35. Kendimi rahatlatmak(meditasyon) ve dua etmek için zaman ayırım.				
36. Uykuya dalarken güzel şeyler düşünmeye çalışırım.				
37. Başkalarına yardımcı olmak için özel çaba gösteririm.				
38. Ulaşabileceğim hedefler koyarım.				
39. Bir şeyi iyi yaptığım zaman kendimi iyi hissederim.				
40. Kalp atışlarım hızlanıp terleyene kadar egzersiz yaparım.				
41. Yaptığım şeylerde yaşam değerlerimi / hedeflerimi rehber olarak kullanırım.				
42. Her gün 6 bardak veya daha fazla su içerim				
43. Sorunlarımı bana yakın olan birisi ile konuşmaya ve çözmeye çalışırım.				
44. Sağlığıma zarar verecek davranışlardan uzak dururum (sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, korunmasız cinsel ilişki... gibi				

ÖZGEÇMİŞ

Dilek ZEREN

Eğitim Düzeyi:

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Mardin Artuklu Üniv. Hemşirelik Fakültesi	2020
Lisans	Munzur Üniversitesi Mühendislik Fakültesi	2014
Lise	Cizre Anadolu Lisesi	2010

Mesleki Deneyimi:

Görevi	Kurum	Süre(Yıl)
2.Okul Hemşireliği	H.Fettah Kadooğlu Anadolu Lisesi	2023 - ...
1.Sağlık Bilgisi Öğretmenliği	Cizre Sağlık Meslek Lisesi	2021 (1 yıl)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta
	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puanı	73,11	62,34	51,51

Bilgisayar Bilgisi:

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	Çok iyi
Powerpoint	Çok İyi
Excel	İyi