



**LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ SAĞLIKLI KADINLARDA  
PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİLERİ İLE  
DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİDE  
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ROLÜ**

**İrem ELMAS**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İstanbul, Ağustos 2024**

**ÜREME ÇAĞINDAKİ SAĞLIKLI KADINLARDA  
PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİLERİ İLE  
DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİDE  
DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ROLÜ**

**İrem ELMAS**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZ DANIŞMANI**

Dr. Öğr. Üyesi Handan NOYAN

**YÜKSEK LİSANS TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ**

Prof. Dr. Hatice Gülsen ERDEN

Dr. Öğr. Üyesi Talat SARIKAVAK

# ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda premenstrüel sendrom belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün rolü incelenmiştir. Günümüzde çoğu kadın premenstrüel dönemde ruhsal ve fiziksel problem yaşamaları sebebiyle günlük yaşantılarını sürdürmekte zorlanmaktadır. Premenstrüel sendrom ile ilgili alanda yapılan çalışmaların kadınlara farkındalık kazandırması ve farmakolojik tedavilerin dışında psikoeğitim, psikoterapi ile desteklenebileceği bilincini kazandırılması adına yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır. Bu konuda mevcut tez çalışmasının, literatüre ve klinik uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Öncelikle tez sürecimde değerli paylaşımları ile desteğini ve yardımlarını esirgemeyen; tez çalışmama engin bilgi birikimiyle yol göstererek büyük katkı sağlayan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Handan Noyan'a teşekkür ederim.

Birlikte çalışmaktan onur duyduğum, hocalığına ve hekimliğine ilk günden beri saygı duyduğum, klinisyenlik sürecimde bilgi birikimi ile beni geliştiren, bana inanan ve her zaman tez sürecimde psikolojik olarak destek olan Prof. Dr. Sedat Özkan'a çok teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni her konuda destekleyerek yoluma ışık olan canım anneme; fiziksel olarak yanımda olamasada bugün olduğum kişinin en büyük mimarı olan ve ilk günden beri bana sevgiyi, güven duygusunu aşılayan canım babama sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak, çalışmama katkı sağlayan katılımcılara tüm kalbimle teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

|                                                      |      |
|------------------------------------------------------|------|
| ÖNSÖZ .....                                          | iii  |
| ÖZET .....                                           | viii |
| ABSTRACT .....                                       | ix   |
| KISALTMALAR.....                                     | x    |
| ŞEKİL LİSTESİ.....                                   | xi   |
| TABLO LİSTESİ.....                                   | xii  |
| 1 . GİRİŞ VE AMAÇ.....                               | 1    |
| 1.1 Araştırmanın Amacı.....                          | 3    |
| 1.2 Araştırmanın Hipotezleri .....                   | 4    |
| 1.2.1 Araştırmanın Alt Hipotezleri.....              | 4    |
| 2 . GENEL BİLGİLER .....                             | 5    |
| 2.1 Menstrüel Siklus .....                           | 5    |
| 2.2 PMS .....                                        | 6    |
| 2.2.1 Premenstrual Sendrom Tanımı .....              | 6    |
| 2.2.2 Klinik Yaklaşım .....                          | 6    |
| 2.2.3 PMS Tarihçesi .....                            | 7    |
| 2.2.4 PMS Etiyolojisi .....                          | 8    |
| 2.2.5 PMS Epidemiyolojisi .....                      | 10   |
| 2.2.6 Premenstrual Sendromu Etkileyen Faktörler..... | 11   |
| 2.2.6.1 Hormonal Değişimler .....                    | 11   |
| 2.2.6.2 Yaş .....                                    | 12   |
| 2.2.6.3 Stres .....                                  | 12   |
| 2.2.6.4 Genetik Faktörler .....                      | 12   |
| 2.2.6.5 Beslenme.....                                | 13   |
| 2.2.6.6 Sigara Tüketimi .....                        | 13   |
| 2.2.6.7 Diğer Risk Faktörleri .....                  | 13   |
| 2.2.7 Premenstrüel Sendrom ve Beslenme .....         | 14   |
| 2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü.....                     | 14   |
| 2.3.1 Duygunun Tanımı.....                           | 14   |
| 2.3.2 Duygu Kuramları.....                           | 15   |
| 2.3.2.1 James-Lange Kuramı .....                     | 15   |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2.2 Cannon-Bard Kuramı.....                                         | 16 |
| 2.3.2.3 Schachter-Singer Kuramı.....                                    | 16 |
| 2.3.2.4 Bilişsel Duygu Değerlendirme Kuramı .....                       | 16 |
| 2.3.3 Duygu Düzenlemenin Tanımı .....                                   | 17 |
| 2.3.4 Duygu Düzenleme Kuram ve Stratejileri .....                       | 18 |
| 2.3.4.1 Duygu Düzenleme Süreç Modeli.....                               | 18 |
| 2.3.4.2 Koole’a Göre Duygu Düzenleme Süreci .....                       | 19 |
| 2.3.4.3 Gratz ve Roemer’a Göre Duygu Düzenleme Süreci.....              | 20 |
| 2.3.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü .....                                     | 21 |
| 2.4 Duygusal Yeme Davranışı.....                                        | 21 |
| 2.4.1 Yeme Davranışı ve Beslenme .....                                  | 21 |
| 2.4.2 Yeme Bozuklukları.....                                            | 22 |
| 2.4.2.1 Anoreksiya Nervoza .....                                        | 23 |
| 2.4.2.2 Bulimiya Nervoza .....                                          | 24 |
| 2.4.2.3 Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu.....                               | 24 |
| 2.4.3 Duygusal Yeme Davranışı.....                                      | 25 |
| 2.4.3.1 Duygusal Yeme Davranışındaki Fizyolojik Mekanizmalar.....       | 26 |
| 2.4.3.2 Besin Seçimi ve Tüketimini Etkileyen Psikolojik Faktörler ..... | 27 |
| 2.4.5 Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar.....                  | 27 |
| 2.4.5.1 Psikosomatik Teori .....                                        | 28 |
| 2.4.5.2 İçsel-Dışsal Teori.....                                         | 29 |
| 2.4.5.3 Kısıtlama Teorisi .....                                         | 29 |
| 2.4.5.4 Kaçış Teorisi .....                                             | 30 |
| 2.4.6 Yeme Davranışı ile Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki .....      | 31 |
| 3 . GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                | 32 |
| 3.1 Prosedür .....                                                      | 32 |
| 3.2 Örneklem .....                                                      | 32 |
| 3.3 Araştırmada Kullanılacak Araç ve Gereçler .....                     | 34 |
| 3.3.1 Demografik Bilgi Formu .....                                      | 34 |
| 3.3.2 Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) .....                          | 35 |
| 3.3.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16).....           | 35 |
| 3.3.4 Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) .....                                  | 36 |
| 3.3.5 Duygusal İştah Anketi (DİA) .....                                 | 36 |

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4 İstatistiksel Değerlendirme .....                                                                                                               | 37 |
| 4.BULGULAR.....                                                                                                                                     | 41 |
| 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörleri.....                                                  | 41 |
| 4.2 Katılımcıların PMS ile İlişkili Bireysel Özellikleri ve Potansiyel Risk Faktörleri .....                                                        | 43 |
| 4.3 Çoklu Regresyon ve Korelasyon Analizi için Ölçeklerin Normallik Dağılımı Sınaması.....                                                          | 46 |
| 4.4. PMSÖ Puanlarına Göre Üreme Çağındaki Kadınların Değerlendirilmesi .....                                                                        | 48 |
| 4.4.1. PMSÖ Puanlarına Göre Kadınların PMS Yaşama Durumu ve Belirti Düzeylerinin İncelenmesi.....                                                   | 48 |
| 4.4.2 PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....                                                                                               | 49 |
| 4.5. Sosyo-Demografik ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörlere Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi .....      | 50 |
| 4.5.1 Eğitim Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                      | 50 |
| 4.5.2 Çalışma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                                    | 51 |
| 4.5.3 Medeni Duruma Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                 | 53 |
| 4.5.4 Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                           | 54 |
| 4.5.5 Yeme Problemi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                                | 56 |
| 4.5.6 Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                   | 58 |
| 4.5.7 Sigara Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                      | 59 |
| 4.6. PMS ile İlişkili Bireysel Özellikler ve Potansiyel Risk Faktörlerine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi ..... | 61 |
| 4.6.1 İlk Menarş Yaşına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                                                        | 61 |
| 4.6.2 Menstrüasyon Süresine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .                                                                        | 62 |
| 4.6.3 Oral Kontraseptif Öyküsüne Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                                | 63 |
| 4.6.4 Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                          | 63 |

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.6.5 Premenstrüel Dönemdeki Duygu Duruma Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                                         | 64  |
| 4.6.6 Menstrüel Dönemde Yaşanan Şikâyetleri Azaltma Yöntemine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....                                     | 65  |
| 4.6.7 Şekerli Gıda Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                                                 | 65  |
| 4.6.8 Egzersiz Yapma Durumuna Göre Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....             | 67  |
| 4.6.9 Vücut Kitle İndeksine (VKİ) Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması .....                       | 68  |
| 4.7 PMS Varlığına Göre DYÖ, DDGÖ ve DİA Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi                                                                            | 71  |
| 4.8 Pearson Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular.....                                                                                                | 73  |
| 4.9 Premenstrüel Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü.....                                  | 95  |
| 4.10 Hiyerarşik Regresyon Analizi: PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü..... | 96  |
| 5. TARTIŞMA .....                                                                                                                                     | 99  |
| 5.1 Sosyodemografik Özellikler ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörlere Göre PMS, Duygusal Yeme ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....                 | 99  |
| 5.2 PMS ile İlişkili Bireysel Özellikler, PMS Potansiyel Risk Faktörleri, PMS, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Duygusal Yeme ve Duygusal İştah.....          | 104 |
| 5.3 PMS Varlığına Göre Duygu Düzenleme Güçlüğü, Duygusal Yeme ve Duygusal İştah.....                                                                  | 106 |
| 5.4 PMS, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkiler.....                                                                           | 107 |
| 5.5 PMS Belirtileri ve Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü.....                                        | 110 |
| 5.6 PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü .....                               | 112 |
| 5.7 Çalışmanın Önemi ve Sonuç .....                                                                                                                   | 113 |
| 5.8 Çalışmanın Güçlü Yönleri, Sınırlılıkları ve Öneriler.....                                                                                         | 115 |
| KAYNAKÇA .....                                                                                                                                        | 117 |
| EKLER .....                                                                                                                                           | 143 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                                                                                                                                        | 155 |

# ÖZET

## ÜREME ÇAĞINDAKİ SAĞLIKLI KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM BELİRTİLERİ İLE DUYGUSAL YEME DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİDE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜNÜN ROLÜ

Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel döngünün luteal fazında ortaya çıkan ve menstrüsyonun başlamasıyla azalan veya kaybolan; temelinde bir psikiyatrik hastalık olmaksızın kişide fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerle kendini gösteren bir durum olarak tanımlanmaktadır. PMS’de görülen hormonal değişikliklerin duygu durum dalgalanmalarında ve duygularımızın etkili olduğu duygusal yeme davranışı üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda, bilinen bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı kadınların PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü’nün aracı rolü incelenmiştir. Üreme çağındaki sağlıklı kadınlar (N=254) Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Duygu Düzenleme Güçlüğü-Kısa Form (DDGÖ-16), Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ) ve Duygusal İştah Anketi (DİA) bulguları açısından incelenmiştir. PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü’nün aracı rolü PROCESS Macro kullanılarak basit aracılık modeliyle test edilmiştir. Bunun sonucunda, toplam dolaylı etki anlamlı bulunmuş ( $p=0,000$ ) ve modele duygu düzenleme güçlüğü değişkeni eklendiğinde PMS’nin duygusal yeme davranışı üzerindeki doğrudan etkisinin azalması fakat, hala anlamlılığını koruması nedeniyle söz konusu ilişkiye duygu düzenleme güçlüğü’nün kısmi aracılık ettiği görülmüştür. Aracı değişken, duygusal yeme davranışına ait varyansın %11’ini açıklamıştır. Mevcut çalışmanın, duygusal yeme davranışı ile PMS arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü’nün aracı rolünü inceleyen ilk bulguları sunması ve gelecekte konuyla ilgili daha fazla sayıda araştırma yapılmaya gerek olduğunu ortaya koyması açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrüel sendrom, menstrüel döngü, duygusal yeme davranışı, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal iştah

**Tarih:** 02/08/2024



# **ABSTRACT**

## **THE ROLE OF DIFFICULTY IN EMOTION REGULATION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME SYMPTOMS AND EMOTIONAL EATING BEHAVIOR IN HEALTHY WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE**

Premenstrual Syndrome (PMS) occurs in the luteal phase of the menstrual cycle and decreases or disappears with the onset of menstruation; It is defined as a condition that manifests itself with physical, psychological and behavioral symptoms without an underlying psychiatric disease. It is thought that the hormonal changes seen in PMS may have an impact on mood fluctuations and emotional eating behavior, which is affected by our emotions. In this context, the mediating role of difficulty in emotion regulation in the relationship between PMS symptoms and emotional eating behavior in healthy women without a known psychiatric diagnosis was examined. Healthy women of reproductive age (N=254) were evaluated using the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-16), the Emotional Eating Scale (EES), and The Emotional Appetite Questionnaire (EAQ). The mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between PMS symptoms and emotional eating behavior was tested with a simple mediation model using PROCESS Macro. As a result, the total indirect effect was found to be significant ( $p=0.000$ ), and when the emotion regulation difficulty variable was added to the model, the direct effect of PMS on emotional eating behavior decreased, but it was still significant, and it was observed that the relationship in question was partially mediated by emotion regulation difficulty. The mediator variable explained 11% of the variance in emotional eating behavior. The current study is thought to be important in that it presents the first findings examining the mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between emotional eating behavior and PMS and reveals the need for more research on the subject in the future.

**Key Words:** Premenstrual syndrome, menstrual cycle, emotional eating behavior, difficulty in emotional regulation, emotional appetite

**Date:** 02/08/2024

# KISALTMALAR

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologist (Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği)

**APA:** American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

**CI:** Durum İndeksi

**DDGÖ-16:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Form

**DERS-16:** The Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form

**DİA:** Duygusal İştah Anketi

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu)

**DYÖ:** Duygusal Yeme Ölçeği

**EAQ:** The Emotional Appetite Questionnaire

**EES:** The Emotional Eating Scale

**GA:** Güven Aralığı

**GABA:** Gama Aminobutirik Asit

**HPA:** Hipotalamus-Pituiter-Adrenal

**ICD:** International Classification of Mental and Behavioural Diseases (Uluslararası Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması)

**MSS:** Merkezi Sinir Sistemi

**ORT:** Ortalama

**PMDB:** Premenstrüel Disforik Bozukluk

**PMS:** Premenstrüel Sendrom

**PMSÖ:** Premenstrüel Sendrom Ölçeği

**PMSS:** Premenstrual Syndrome Scale

**SPSS:** Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

**SS:** Standart Sapma

**VIF:** Varyans Büyütme Faktörü

**WHO:** The World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## ŞEKİL LİSTESİ

|                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 1 PMS Belirtileri ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolüne İlişkin Model .....                         | 40 |
| Şekil 2 Premenstrüel Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolüne İlişkin Model Sonuçları (Model 4)..... | 96 |



# TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörleri.....                                                                                                                   | 42 |
| Tablo 4.2 Katılımcıların PMS ile İlişkili Bireysel Özellikleri ve Potansiyel Risk Faktörleri .....                                                                                                                         | 44 |
| Tablo 4.3 Ölçeklerin Normallik Dağılımları .....                                                                                                                                                                           | 46 |
| Tablo 4.4 PMSÖ Puanlarına Göre Kadınların PMS Yaşama Durumu ve Belirti Düzeylerinin İncelenmesi .....                                                                                                                      | 49 |
| Tablo 4.5 PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....                                                                                                                                                                  | 49 |
| Tablo 4.6 Eğitim Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....                                                     | 50 |
| Tablo 4.7 Çalışma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....                                                    | 52 |
| Tablo 4.8 Medeni Duruma Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları .....                                              | 53 |
| Tablo 4.9 Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları .....                                        | 55 |
| Tablo 4.10 Yeme Problemi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA-Olumlu ve DİA-Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları.....               | 57 |
| Tablo 4.11 Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları..... | 58 |
| Tablo 4.12 Sigara Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....                                                  | 60 |
| Tablo 4.13 İlk Menarş Yaşına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....                                                                                             | 62 |

|                                                                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.14 Menstrüasyon Süresine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları.....                                                                                | 62 |
| Tablo 4.15 Oral Kontraseptif Öyküsüne Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Bağımsız Örneklemelerde T Testi Sonuçları .....                                                          | 63 |
| Tablo 4.16 Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Bağımsız Örneklemelerde T Testi Sonuçları....                                                      | 64 |
| Tablo 4.17 Premenstrüel Dönemdeki Duygu Duruma Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları .....                                                                 | 65 |
| Tablo 4.18 Şekerli Gıda Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları.....      | 66 |
| Tablo 4.19 Egzersiz Yapma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları.....      | 68 |
| Tablo 4.20 Vücut Kitle İndeksine (VKİ) Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Sonuçları.....                                     | 70 |
| Tablo 4.21 Kadınlarda Premenstrüel Sendroma Belirtisine Göre DYÖ, DDGÖ ve DİA Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Mann Whitney U Test Sonuçları ..... | 72 |
| Tablo 4.22 Üreme Çağındaki Kadınlarda PMSÖ Alt Boyutlarının DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Alt Boyutları ile Pearson Korelasyon Analizi .....                                                                                | 76 |
| Tablo 4.23 Hiyerarşik Regresyon Analizi: PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü.....                                                       | 98 |

# 1 . GİRİŞ VE AMAÇ

Menstrüel siklus insanlar dahil olmak üzere birçok canlıda (memelide) meydana gelen ve ortalama 28 gün süren üreme döngüsüdür (APA, 2018). Menstrüel siklusun ideal süresi 28 gündür ancak 21-35 gün arasında değişkenlik gösteren döngü uzunluğu normal kabul edilmektedir (Lenton ve ark., 1984). Kadınların üreme çağı doğumdan menapoza kadar süren yılları kapsamaktadır (Yalçın ve ark., 2023). Menstrüel siklus sürecinde, her ay overlerde (yumurtalar) yeni folliküller oluşur ve bu folliküllerden biri gelişime uğrar (Şişman, 2016). Ovulasyon genellikle döngünün 14. gününde gerçekleşir ve olgun bir yumurtanın overden serbest bırakılmasıyla karakterizedir (Wilcox ve ark., 1995). Ovulasyondan sonra, döngünün luteal fazı (döngünün ikinci yarısı ve yumurtlamadan sonra başlayan dönem) başlar ve eğer döllenme olmazsa, ovaryum hormon (progesteron ve östrojen) seviyelerinde belirgin bir azalma meydana gelir (Clarke ve Khosla, 2010). Bu hormonal düşüş ile menstrüel döngü sonlanır ve menstrüasyon başlamasıyla yeni bir döngü başlar (Şişman, 2016).

PMS, menstrüel siklustan önce kadınların bir hafta boyunca yaşadığı ve menstrüasyon ile birkaç gün içerisinde azalan fiziksel ve psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (APA,2013). Fizyolojik temele dayanan PMS'nin başlıca belirtileri psikolojiktir ve psikolojik etmenler PMS seyrinde rol oynamaktadır (Poyrazoğlu, 2010). PMS semptomlarının farkındalığı, Hipokrat tarafından 'Histeri' terimini, PMS'yi tanımlamak amacıyla kullanması üzerine olmuştur (Işgın ve Büyüktuncer, 2014). Psikolojik kuramlara bakıldığında en spekülative olanı psikososyal teorilerden psikanalitik görüştür. Psikanalitik kuram, PMS'nin kadınların annelik rolüne ilişkin bilinçdışı düşüncelerinin bu sorunun kaynağı olabileceğini ve fiziksel değişikliklerin kişilere hamile olmadığını anımsattığını, bu durumun da geleneksel kadın rolü algısını yerine getiremediğinin bir göstergesi olduğunu belirtmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Menstrüel siklusa bağlı gelişen hormonal değişiklikler, kadınların beslenme davranışlarında rutin yeme düzenlerinden farklı olarak sapmalara neden olabilmektedir (Güray ve Kızıltan, 2019). Buna bağlı olarak, PMS belirti ve bulguları arasında duygusal değişkenlik ve iştahta değişiklikleri yer almaktadır. Dalton'un kuramına göre PMS ve Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB), ovaryan hormonlar (östrojen, progesteron)

arasındaki denge değişikliği sebebiyle oluşmaktadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Bir başka açıklama ise, merkezi sinir sistemindeki (MSS) duyarlılık hipotezi olarak; gonadal steroidlerdeki "normal" değişikliklere karşı aşırı duyarlılığın bu duruma neden olduğunu söyler (Pearlstein ve Steiner, 2008).

Duygu düzenleme kavramı, kişilerin duygularının yoğunluğunu, sıklığını, süresini ve bu duyguları nasıl ifade edeceklerine dair süreçleri kapsamaktadır. Gross (1998) Duygu Düzenleme Süreç Modeli'nde davranış, duygu ve psikolojik tepkilerin sonucunda ortaya çıkan duygusal tepkileri sürdürme, arttırma veya azaltma adına kullanılan stratejiler olduğunu belirtmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü, koşullara uyumlu ve esnek bir şekilde duygu düzenleme becerisinin yapılamamasıyla çıkartmaktadır (Gross, 2013). Gelişimsel yaklaşıma göre duygu düzenleme; duygusal hedefleri gözlemlemek, değerlendirmek ve değiştirmekle görevli olan içsel ve dışsal süreçlerden oluşmaktadır (Thompson, 1994). Freud'a (1993) göre duygu düzenleme sürecinin başarılı sonuçlanması için gerekli becerilerin kazanılması bir gelişimsel başarı olarak görölmektedir. Duygu düzenleme becerisi özellikle yetişkinlikte arzu edilen bir özellik olmaktan ziyade kişilerin günlük işlevsellikleri için gerek bir hal haline gelmektedir (Bintaş-Zörer ve Yorulmaz, 2022).

Bireylerin pek çok seçimini, davranışını ve kararını duygular etkilemektedir. Günümüzde duygulardan etkilendiğine değinilen yeme davranışı ön plana çıkmaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2013). Duygusal yeme davranışı, kişilerin olumsuz duygu ve durumlara karşı verdikleri bir tepki, baş etme stratejisi olarak bahsedilmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Beslenme ile ilişkili olumsuz veya olumlu duygular, değerlendirmeler, düşünceler ve tutumlar bireylerin yeme davranışlarında büyük öneme sahiptir (Alvarenga ve ark., 2012). İlk kez Kaplan ve Kaplan'ın (1957) obezite tanısı olan bireylerde yürüttükleri çalışmada ele alınan duygusal yeme kavramı; yeme davranışının işlevini kaygı ve gerginlik gibi kişide olumsuz duygular uyandıran içsel deneyimlerin şiddetini azaltma olarak vurgulanmıştır (Canetti ve ark., 2002; Ganley, 1989). Kuramsal yaklaşımlar ve görgöl çalışma sonuçları, olumsuz duygular ile duygusal yeme davranışının tetiklendiğine vurgu yapmaktadır. Bruch (1974) duygusal yeme davranışını; olumsuz duygular ile başa çıkabilme amacıyla gerçekleştirilen yeme fenomeni olarak adlandırmaktadır.

Luteal fazda görülen yeme davranışlarındaki bozukluklar ile progesteron ve östrojen arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (Ongan ve ark.,2021). Östrojen ve progesteron hormonlarının dalgalanmalarına karşı menstrüel döngü boyunca PMDB'li kadınların daha duyarlı olabileceği ve bu hormonlar ile yeme davranışı, iştah, duygusal yeme arasındaki ilişkinin sağlıklı kadınlardan farklılık gösterebileceği vurgulanmaktadır (Çoban ve ark., 2021). Buna ek olarak, progesteron ve östrojenlerin luteal faz döneminde düzensiz yeme ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Yen ve ark., 2018). PMS belirtileri ile yeme davranışları arasındaki ilişkide, yeme bozukluğu riski taşıyan kadınların yumurtalık hormonlarına duyarlılığının olduğu vurgulanmıştır (Ongan ve ark.,2021).

Buradan yola çıkarak, araştırmamızın asıl amacı olan üreme çağındaki sağlıklı kadınlardan oluşan örnekleme PMS ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracılık etmesi beklenmektedir. Duygu düzenleme güçlüğünün, PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide rolüne bakılmasının; kadınlara farkındalık yaratması ve PMS'nin fizyolojik olduğu kadar psikolojik etkilerinin de pek çok parametre ile incelenmesi açısından yöntemsel olarak güçlü bir nitelik taşıyacağı düşünülmektedir.

### **1.1 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın temel amacı, bilinen psikiyatrik ve nörolojik bir hastalık tanısı olmayan sağlıklı popülasyonda PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünü test etmektir. Ayrıca, sosyodemografik faktörlere ve PMS ile ilişkili olabilecek bireysel özelliklere ve risk etmenlerine göre PMS, duygusal yeme, duygusal iştah ve duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin bulguların farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Bunlara ek olarak, katılımcılar Premenstrüel Sendrom Ölçeğinin (PMSÖ) kesme puanlarına göre PMS belirtisi olan ( $\geq 132$ ) ve PMS belirtisi olmayan ( $< 132$ ) olarak iki alt gruba ayrılmış ve duygusal yeme davranışları ile duygu düzenleme güçlükleri açısından PMS'e göre farklılıklar değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmaların yanı sıra, çalışma değişkenleri arasındaki ikili ilişkiler test edilmiştir.

Alan yazında yer alan çalışmalarda daha yaygın olarak PMS tanısı almış kişilerle çalışıldığından mevcut çalışmada sağlıklı popülasyon ile elde edilecek veriler sayesinde PMS belirtisi ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkinin açıklanması ve duygu



düzenleme güçlüğü'nün bu ilişkideki etkisinin incelenmesi sonucunda konunun kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele alınması amaçlanmaktadır. Duygusal yeme davranışı ve PMS arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar olmasına rağmen duygu düzenleme güçlüğü'nün bu ilişkideki rolünü saptayan çalışmalara rastlanılmaması sebebiyle mevcut çalışmadan elde edeceğimiz bulguların bu konuda yapılacak daha sonraki çalışmalara yol göstereceği öngörülmektedir. Bu çalışmanın sonucundan elde edilecek bulguların psikoloji alanına akademik katkı sağlayacağı ve klinik psikolojinin uygulamalı alanında karşılaşılan sorunlara müdahaleler için yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

## **1.2 Araştırmanın Hipotezleri**

**H1 (Araştırma Hipotezi):** Üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda premenstrüel sendrom belirtisi ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü vardır.

### **1.2.1 Araştırmanın Alt Hipotezleri**

**H2:** Sosyodemorafik faktörlere göre ölçüm araçları açısından farklılıklar gözlenecektir.

**H3:** PMS ile ilişkili bireysel faktörlere göre PMS ölçüm puanları açısından anlamlı bir fark vardır.

**H4:** PMS ile ilişkili risk faktörlerine (şeker tüketimi, egzersiz, VKİ) göre PMS, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve duygusal iştah ilişkili ölçüm puanları açısından anlamlı bir fark vardır.

**H5:** Üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda PMS belirtisi olan ve olmayanların duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve duygusal iştah alt boyutlarına ilişkin puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşacaktır.

**H6:** PMSÖ alt boyutları ile duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme davranışı, duygusal iştah ölçümleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki vardır.

## 2 . GENEL BİLGİLER

### 2.1 Menstrüel Siklus

Üreme çağındaki kadınlarda periyodik olarak her ay tekrarlayan kanamalara menstrüel döngü denir (Gawron ve Gan, 2018). Menstrüel döngü, kadın üreme sisteminde (özellikle rahim ve yumurtalıklarda) meydana gelen ve üremeyi mümkün kılan düzenli doğal değişiklikleri ifade etmektedir (APA, 2018). Menstrüasyonun başlamasından bir sonraki menstrüasyona kadarki geçen süreyi kapsar. İdeal olarak 28 gün olan menstrüel siklusun, 21-35 gün arasında değişkenlik göstermesi normal kabul edilmektedir (Lenton ve ark. 1984). Menstrüel döngülerin %7'si yaklaşık olarak 26 günden az sürerken (Brodin ve ark. 2008); 21 gün altı Polimenore, 35 gün ve üstü Oligomenore olarak adlandırılmaktadır (Treloar ve ark. 1967; Chiazz ve ark. 1968). Normal menstrüel döngü işlevleri bakımından üçe ayrılmaktadır. Bunlar foliküler faz (1 ile 5. gün), ovulasyon fazı (11 ile 16. gün) ve luteal faz (15 ile 26.gün) olarak bilinmektedir (Tüzün ve ark., 2004). Menstrüel döngünün başlangıcındaki erken foliküler faz (2-3. günler), östrojen ve progesteron hormonlarının düşük seviyeleri ile karakterizedir (Emami ve ark., 2018). Geç foliküler fazda (7-14. günler) ise östrojen seviyeleri zirve yapar ve ovulasyondan bir ya da iki gün önce düşer (Emami ve ark., 2018). Hormon salınımı menstrüel siklusun sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesini etkiler; bu nedenle östrojen ve progesteron seviyeleri döngü boyunca değişir (Clarke ve Khosla, 2010). Folikülün olgunlaşmasında salgılanan Östrojen önemli bir hormondur ve her yeni menstrüel siklusa progesteron ve östrojen konsantrasyonları düşer, bunun sonucunda Lüteinizan Hormon (LH) ve Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) salgıları yeniden başlar (Şişman, 2016). Bu süreçten sonra yeni folikül oluşum evresine girilmektedir (Şişman, 2016). FSH üretimini menstrüasyon başlangıcında Östrojen baskılar ve LH üretimini uyarır (Baerwald, 2003). Kandaki östrojen seviyesi ovulasyondan 1-2 gün önce en yüksek seviyeye ulaşmaktadır (Baerwald, 2003). Ovülasyon ile FSH, LH ve östrojen düzeyleri hızla düşer ve döngünün sonunda bazal değerlere iner (Kunduk ve ark., 2017).

## **2.2 PMS**

### **2.2.1 Premenstrual Sendrom Tanımı**

PMS menstrüel siklusun geç luteal döneminde ortaya çıkan; davranışsal, psikolojik ve fiziksel belirtiler ile karakterize bir bozukluktur. Psikolojik belirtileri arasında depresif duygudurum, anhedoni, duygu durumunda dalgalanmalar, sinirlilik ve gerginlik hali, konsantrasyonda azalma, irritabilite; fiziksel belirtileri baş ağrısı, bulantı veya kusma, halsizlik, bağırsaklarda huzursuzluk, kilo alımı, ciltte akne oluşumu ve memelerde şişkinlik; davranışsal belirtileri ise uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, cinsel dürtülerde değişiklik, iştah seviyesinde artma (kalorisi yüksek veya tuzlu yiyeceklere artan istek) ya da azalma ve baş dönmesi olarak gözlemlenmektedir (ACOG, 2019). Fiziksel, ruhsal ve davranışsal semptomların ortaya çıktığı bu tablo genellikle menstrüasyonun başlamasıyla ortadan kalkar (ACOG, 2019). PMS belirtileri menarş ile başlar, yaş ile orantılı olarak artış gösterir; menopoza yaklaştıkça da bu belirtiler azalır ve üreme çağının bitmesi ile son bulur (Steiner, 2000). PMS tanısı koyabilmek için Amerikan Kadın Doğum Birliğine göre, belirtilerin menstrüasyondan beş gün önces görülmesi ve menstrüasyon başlangıcından dört gün sonra bitmesi gerekmektedir (Ezeh ve Ezeh, 2016). Kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu belirtiler toplumun %80'inde görülmektedir ve kadınların %5'inde ise klinik olarak şiddetlidir (Miyako ve ark 2011).

### **2.2.2 Klinik Yaklaşım**

Premenstrüel sendrom tanısı günümüzden üç farklı yaklaşım tarafından ele alınmaktadır. Bu yaklaşımlar ICD-10 (Uluslararası Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması), ACOG (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji) ve DSM-V (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu) tarafından yapılan tanımlara dayanmaktadır.

PMS, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) tarafından herhangi bir organik hastalığa bağlı olmayan duygusal ve fiziksel belirtilerin döngüsel varlığı ile karakterize edilen bir klinik durum olarak tanımlanmaktadır. ACOG (2015) tanı kriterlerine göre menstrüasyon öncesi beş gün boyunca somatik (abdominal şişkinlik, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, ekstremitelerin şişmesi) ve duygusal (öfke patlamaları, sinirlilik, depresif ruh hali, kaygı, sosyal geri çekilme) semptomlarının en az birinin menstrüasyon siklusunda ardaşık üç kere görülmesi gerekmektedir (Jarvis ve ark.,

2008). Uluslararası Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD-10) tarafından PMS premenstrüel dönemde görülen ve menstrüasyonu takiben yatışan bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Deveci, 2012). 2013 yılında PMS Depresif Bozukluklar başlığı altında DSM-V'e 'Prementrül Disforik Bozukluğu' olarak eklenmiştir ve günümüzde PMS tanısı için en yaygın olarak kullanılan kaynaktır (Özdemir ve ark., 2017). DSM-IV'e göre PMDB tanısı koyabilmek için kişilerin en az iki ardışık menstrual siklusa aşırı sinirlilik hali, belirgin duygusal karmaşa, memelerde şişlik, iştah değişikliği gibi psikolojik ve bedensel değişikliklerin bulunduğu belirtilerden en az beş tanesinin bulunması ve buna ek olarak işlevsellikte bozulmaya neden olması gerekmektedir (APA, 2013). PMDB, DSM-5'te Depresyon Bozuklukları altında yer almaktadır ve PMS'ye benzer semptomlara sahiptir. PMS'den farklı olarak PMDB'de semptomlar daha şiddetli ve kişinin işlevselliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Kaplan ve Sadock, 1995).

PMS tanısı için özel geliştirilen labortatuar testleri ve fiziksel muayene bulguları bulunmamakla beraber kişinin kan tahlilleri sonucunda hipo/hipertiroidizm, polikistikover, menapoz, anemi gibi diğer rahatsızlıkların tetiklemediği tespit edildiğinde tanı konusunda faydalı olabilmektedir (Ismail ve O'brien, 2001). Hastaların bütünsel açıdan ele alınması, pelvik muayenesi de dahil olmak üzere fiziksel muayenesi, geçmiş ve güncel öyküsü önemlidir (Öncel ve Pınar 2006). PMS tanısını doğrulamak adına menstrüel siklukta yaşadıkları semptomlar kişilerin kendi kendine uygulayabileceği bir günlük semptom çizelgesine kaydetmeleri yardımcı olabilmektedir (Demir ve ark. 2006).

### **2.2.3 PMS Tarihçesi**

Tarihi gelişimine bakıldığında PMS hakkında ilk yazılı kayıtlara Antik Yunan'da rastlanmıştır ve yirminci yüzyılın ortalarında PMS tanımı tıp terminolojisine girmiştir. Yunan filozof Hipokrat ilk kez PMS semptomlarını farkındalığını 'Histeri' terimini tanımlayarak ve kadınlarda menstrüasyon öncesi intihar düşüncelerinin arttığı, şiddetli duygudurum değişiklikleri olduğunu belirtmiştir (Güleç ve ark., 2007; Gerrish, 2010). 1931 yılında Dr. Rober T. Frank ilk tanımlayıcı araştırmayı yaparak; premenstrual dönemde deneyimlenen şiddetli mutsuzluğa, aile içi fikir ayrılıklarına sebep olan belirli aralıklarda meydana gelen atakların sosyal ve duygusal yönden etkilerine dikkat çekmiştir. Hormonların ise bu durumda etkili ilgili olduğunu ifade etmiştir (Frank, 1931). On birinci yüzyılda yaşayan hekim ve bilim insanı Trotula of Salerno, 'Passionibus Mulierum Curandorum (The Diseases of Women)' adlı eserinde PMS

semptomlarını; kadının memesinde oluşan ağrının menstruasyonun başlaması ile sona erdiğini ifade ederek dikkat çekmiştir (Rodin, 1992). İtalyan doktor Da Monte ise vücut ısısında artış, halsizlik ve bunalma hissi gibi şikayetlerin menstrual dönemde olabildiğini belirtmiştir. Karında oluşan bir şişliğin ise menstruasyona dair bir maddeden kaynaklandığı bunun sonucunda kadının hamile gibi görünebileceğini ifade ederek premenstrual sendrom belirtilerine dikkat çekmiştir.

İngiliz Doktor Henry Maudsley ilk kez 1873 yılında döngüsel over aktivitesi ile PMS arasında bir ilişkilendirme yapmıştır (Strange, 2001). ‘Psychosis Menstrualis’ isimli eserinde (1882) Richard von Krafft Ebbing menstrüel dönemde kadınların anormal sinirlilik hali, duygusal patlamalar, melankoli atakları, kaygı hali ve iletişim problemleri gibi problemler deneyimlediklerine dikkat çekmiştir (Avila, 2009). Frank 1931 yılında gerilim, baş ağrısı, vücutta ödem, kilo artışı, kişilerin rahatlamak amacıyla sergiledikleri tutarsız davranışların menstrüasyonun başlamasıyla ortadan kalktığını göz önünde bulundurarak bu belirtileri ilk kez PMS olarak adlandırmıştır (Greene ve Dalton, 1953). Frank tarafından PMS’ye dair yapılan ilk tanımlayıcı araştırmada; premenstrual dönemde periyodik atakların yoğun mutsuzluk ve aile içi anlaşmazlıklara yönelik sosyal ve duygusal etkilerine dikkat çekilmiştir. Bu durumun ise kadınların o dönemdeki hormonlarıyla ilişkili olduğuna vurgu yapmıştır (Anson, 1999). 1953 yılında 84 hastalık serisini yayınlayan Greene ve Dalton, en sık görülen belirti olarak baş ağrısını vurgulamıştır ve buna eşlik eden irritabilite, bulantı, ödem, depresif duygudurum, epileptik nöbet, sürekli uyku hali ve vertigo gibi belirtileri gözlemlediklerini belirtmiştir.

Tarihsel sürece bakıldığında, 11. Yüzyılda PMS memelerde hassasiyet ve ağrı olarak ele alınırken, 16.yüzyılda birtakım fiziksel semptomların olabileceği üzerinde durulmaktadır. 18. yüzyılda ise bu sendromun psikolojik belirtileri ele alınmaktadır. Dünya’da ilk defa College Üniversitesi Hastanesi’nde PMS kliniği açılarak medikal yönden bu sendromun tanınması adına önemli bir gelişme kaydedilmiştir (Lu,2001).

#### **2.2.4 PMS Etiyolojisi**

Geçmişten günümüze birçok tanım yapılmasına rağmen PMS etiyolojisine ilişkin bilgi azınlıktadır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber PMS oluşumunu fizyolojik hormonal değişiklikler tetiklemektedir (Armour ve ark.,2018). PMS’de tiroid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, hormonal dengesizlikler, stres, sıvı retansiyonu ve genetik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (Türkçapar ve Türkçapar,2011). Gonadal

hormonlar ve metabolitler, nörotransmitter ve nörohormon ile PMS'nin ilişkili olduğunu savunan yaklaşımlar yaygın olarak kabul görmektedir (Deveci, 2012).

PMS belirtileriyle menstrüel siklus sürecindeki dalgalanmalar ve gonadal hormonların metabolitleri ilişkilidir (Emans ve ark., 2005). Bu durumu anovülatuar (yumurtlamanın olmaması) kadınlarda menstrual şikayetlerin olmaması destekler niteliktedir (Steiner ve Macdougall, 2015). Gonadal hormonların dalgalanması ile gelişen renin-anjiyotensin-aldesteron (RAA) mekanizmasının bozulması, PMS şikayetlerine zemin hazırlayarak vücutta tuz ve su tutulmasına yol açmaktadır (Deveci, 2012). Buna ek olarak, yapılan bazı çalışmalarda korpusluteum ile lüteinizan hormonunun (LH) haberleşmesinde PMS'li kadınlarda bir bozukluk olabileceği düşünülerek ovulasyondan sonra beklenen progesteron seviyesine ulaşılamadığı ileri sürülmektedir (Deveci, 2012).

PMS'nin yaygın olarak kabul edilen etiyojisi Ovarial Siklus merkezli olduğudur (O'Brien ve ark., 2011). Gonadotrophin-Releasing Hormone (GnRH) analogları ile yapılan tedavi sonucunda ve menopozdan sonra, hamilelik boyunca, puberteden önce belirtilerin azalması ile vurgulanmaktadır (Walsh ve ark., 2015; O'Brien ve ark., 2011; Spinelli, 2004).

Kan beyin bariyerini kolaylıkla geçebilen cinsiyet hormonları ele alındığında bu hormonların Amigdala ve Hipotalamus olmak üzere beynin birçok alanında reseptörleri bulunmaktadır (Walsh ve ark., 2015; O'Brien ve ark., 2011). Pregnanolone ve Allopregnanolone adı verilen iki psikoaktif madde kan beyin bariyerini geçebilmektedir. Bunlardan Allopregnanolone, bilişsel değişiklikler ve ruh hali ile ilişkili olan Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) reseptörlerini uyarmaktadır (Walsh ve ark., 2015; Spinelli, 2004). Yüksek konsantrasyona maruz kalan GABA reseptörleri bir süre sonra allopregnanolone karşı daha az duyarlı hale gelmektedir ve buna bağlı olarak luteal fazda görülen belirtilerin artış gösterildiği belirtilmektedir (Walsh ve ark., 2015).

Aldesteron seviyesinin ise ovulasyonun başlamasıyla birlikte yükseldiği ve luteal faz boyunca devamlı olarak yüksek seyrettiği belirtilmektedir. Aldesteron seviyesinin yüksek seyretmesinin ekstremitelerde, karın bölgesinde sodyum ve su tutulumuna yol açtığı ve kadınların çoğunluğunda PMS döneminde şişkinlik ve kilo artışı hissiyatının bundan kaynaklandığı vurgulanmaktadır (Szmuiłowicz ve ark., 2006; N-Wihlbäck ve ark., 2006).

1925 yılında Hipoglisemiye ilişkin ilk kez bir teori ortaya konularak menstruasyon süresince uzamış hipoglisemi oluştuğu belirtmiştir (Okey ve Robb, 1925). Hipoglisemi teorisine göre, insülin reseptör sayısının luteal dönemde foliküler fazdakinin iki katına çıktığı ve buna bağlı olarak karbonhidrat toleransını arttırdığı belirtilmektedir. Uzamış hipogliseminin kadınların bu dönemde tatlı yeme isteklerinin sebebi olabileceği düşünülmektedir (N-Wihlbäck ve ark.,2006; Okey ve Robb,1925; Reid ve Yen,1981).

Beyindeki nörotransmitter sistemler üzerinde over kökenli steroidlerin döngüsel değişikliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Dickerson ve ark., 2003; Indusekhar ve O'Brien, 2007; Yücel ve ark., 2009). Progesteron dengesindeki negatif artış, östrojen, endorfin aktivitesinde değişiklik, serotonin seviyesi, endorfin aktivitesinde değişiklik, prostaglandin, aldosteron ve prolaktin salgısında artış gibi hormonal faktörlerin etkisi tartışılmaktadır (Breckwoldt ve Keck 2003; Ismail ve O'Brien 2001; Rosenfeld ve ark., 2008). Mineral ve vitamin yetersizliğinin de bir başka neden olabileceği düşünülmektedir ancak bu konuya yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Daugherty 1998; Ismail ve O'Brien 2001).

Östrojen ve progesteron beyindeki serotonerjik sistemi etkilemektedir (Schmidt ve Rubinow, 2009). Progesteron 5-Hidroksitriptamin seviyesini azaltırken, Monoamin Oksidazı (MAO) seviyesini arttırmaktadır. 5-Hidroksitriptamin seviyesindeki düşüş ise depresif duruma neden olmaktadır (Kanes ve ark., 2020). Östrojen ise Monoamin Oksidaz (MAO)'ın dejenerasyonunu arttırarak beyindeki 5-Hidroksitriptamin alanlarını uyarır. Bunun sebebi beyindeki serbest triptofan kullanılabilirliğini ve serotonin taşıyımını arttırmasıdır. Beyindeki 5- Hidroksitriptamin alanlarındaki uyarılma antidepresan etkisi oluşturmaktadır (Walsh ve ark.,2015; Hunter ve ark.,2002).

Günümüzde PMS etyolojisini biyolojik açıdan ele alan Dalton'un kuramı ise, PMDB'nin ovaryan hormonlar arasındaki dengesizliklerle ilişkili olduğu ve progesteron eksikliğinin de östrojen progesteron dengesindeki değişiklikten kaynaklandığını savunmaktadır.

## **2.2.5 PMS Epidemiyolojisi**

PMS'un epidemiyolojisine bakıldığında, üreme çağındaki kadınlarda PMS'nin yaygın olduğu fakat şiddetli formu olan PMDB'nin daha az görüldüğü belirtilmektedir (APA,2013). Çeşitli yöntemler kullanılarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda tanısal güçlük sebebiyle gerçek sıklığı bilinmese de PMS'nin %6,5-%95 arasında değişkenlik

gösterdiği; şiddetli formu olan PMDB’de ise bu oranın %2-%10 aralığında olduğu belirtilmektedir (Bhatia ve Bhatia, 2002). Kadınların çoğunluğu doğurganlık çağında menstrüasyonun sonucunda bazı sağlık problemleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Tekrarlayan PMS semptomlarından şikâyet eden kadınların oranı %70-90 aralığındadır (ACOG, 2015). PMS’nin semptomları otuzlu yaşlarda daha sık görülmekle beraber üreme çağındaki tüm kadınlarda görülebilir. Kadınların %2-8 oranında ağır belirtiler gözlenmektedir (Chumpalova ve ark.,2020). Geriye dönük PMS belirtilerin sorgulandığı çalışmalarda menstrüasyon gören kadınların üçte birinde PMS yakınması tespit edilmiştir (Halbreich ve Borenstein, 2003). Amerika Birleşik Devletleri’ndeki üreme çağındaki kadınların %3,4 ile %4,6’sında DSM-IV’in tanımladığı şekilde PMDB belirtileri görülmektedir (Eriksson ve ark. 2000). Türkiye’de yapılan çalışmalarda PMS yaygınlığı %5,9-76 aralığında iken PMDB yaygınlığı %4-8 olarak bulunmuştur (Adıgüzel ve ark. 2007). PMS belirtileri 25-35 yaş aralığında daha yüksek şiddette görülmektedir ve menopoza yaklaştıkça bu şiddetlerin azaldığı düşünülmektedir (Ruiz, 2000). Yapılan çalışmalarda genç, çalışan ve bekar kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve ailesinde benzer şikâyet bulunan, sigara tüketen ve dismenore yaşayan kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur (Bertone-Johnson ve ark., 2005; Demir ve ark., 2006). Buna ek olarak, diğer psikiyatrik hastalıklar ile PMS’nin ilişkili olduğu düşünülmektedir (Adıgüzel ve ark. 2007).

## **2.2.6 Premenstrual Sendromu Etkileyen Faktörler**

### **2.2.6.1 Hormonal Değişimler**

Progesteron ve Östrojen gibi hormonlardaki değişikliklere bağlı olarak normal menstrüasyon döngüsü gerçekleşmektedir. Premenstruel sendromun temel sebeplerinden biri hormonal değişimlerdir. PMS semptomlarına menstrüel döngünün ikinci yarısında progesteron ve östrojen düzeylerindeki dalgalanmaların neden olduğu belirtilmektedir. Buna ek olarak, Önal (2011) menstrüasyon döngüsünün farklı evrelerindeki progesteron ve östrojen seviyelerindeki değişikliklerin PMS belirtilerini etkilediğini ifade etmektedir. Premenstrüel dönemde östrojen seviyeleri düşerken progesteron seviyeleri artmaktadır. Bireyin ruhsal ve duygusal durumunu bu değişiklikler düzensiz hale getirmektedir. Serotonin nörotransmitterinin seviyesi de PMS’yi etkilemektedir (Rapkin ve Akopians, 2012). Serotonin düzeyinde ovaryan steroid hormonların siklik farklılaşması yüksek etkiye sahiptir. Duygudurum düzenlemede önemli bir rolü olan serotonin seviyesindeki



düşüş ise anksiyete ve depresyon gibi duygusal semptomlara neden olmaktadır. Döngü boyunca hormonların yarattığı bu etkileşim, kadınlarda hem vücutta sıvı tutumuna hem de şişkinlik gibi fiziksel belirtilere yol açmaktadır (Önal, 2011).

#### **2.2.6.2 Yaş**

PMS ile ovulatuvar menstrüel döngü ilişkili görüldüğünden menarştan sonra menopoza kadarki herhangi bir süreçte başlayabileceği düşünülmektedir (Vichnin ve ark.,2006). Bazı çalışmalarda gençlikte yaşanan semptomların şiddet ve sayı olarak arttığını gösterilirken bazı çalışmalar semptom şiddetinin otuzlu yaşlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (Deuster ve ark.,1999; Sternfeld ve ark., 2002). Tedaviye başvuran hastaların çoğunluğu yirmili yaşların ortaları ile otuzlu yaşların sonları arasında olmaktadır (Vichnin ve ark.,2006).

#### **2.2.6.3 Stres**

PMS risk faktörleri arasında yoğun stres algısı ve stres seviyesindeki artış çalışmalarda ele alınmıştır. Travmatik olayların özellikle premenstrüel hastalıkların ortaya çıkma riskini dört kat arttırdığı düşünülmektedir (Perkonigg ve ark.,2004). Kadınların fizyolojik dengesini stresli olayların etkilediği düşünülmektedir. Bu durum menstrual yaşantıyı değiştirmektedir ve kadınların premenstrual belirtilere karşı daha hassas olmalarına neden olmaktadır (Logue ve Moos,1986). Lustyk ve arkadaşları (2004) PMS düzeylerine ilişkin verilere baktıkları çalışmada, PMS şiddeti yüksek olan kadınların, PMS şiddeti düşük olan kadınlara oranla daha fazla stres yaşadıklarını saptamışlardır.

#### **2.2.6.4 Genetik Faktörler**

Aile geçmişinde veya mevcut üyelerinde PMS öyküsünün bulunması PMS geliştirme olasılığını etkileyebilmektedir ve bu kişilerin daha yatkın oldukları belirtilmektedir. Genetik ve PMS ilişkisini ele alan bir çalışmada, adolesan kızlar ile annelerinin PMS semptomlarını benzer şekilde yaşadıkları tespit edilmiştir (Ayhan ve ark., 2008). İkizler üzerinde yapılan bir çalışmada ise monozigotik ikizlerin, dizigotik ikizlere oranla PMS sıklığının iki kat fazla olduğu bulunmuştur (Kendler ve ark., 1998).

### **2.2.6.5 Beslenme**

Yaşam tarzında etkisi olan beslenme alışkanlıkları, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve fiziksel aktivite düzeyi PMS semptomlarında rol oynayabilmektedir. Menstrualsiklusa bağlı hormonal dalgalanmalar, kadınların yeme davranışını ve iştah kontrollerini etkileyebilmektedir (Erbil, 2014). Özellikle bazı besinlerin tüketim miktarındaki artış veya azalma ile PMS varlığı ilişkilendirilmiştir. Bu besinler arasında ön plana çıkanlar ise kahve, asitli içecekler, çay, alkollü içecekler, şeker ve çikolata gibi içeriği zengin atıştırılmalıklar ve süttür (Bianco ve ark.,2014). Meme hassasiyeti, sinirlilik ve uykusuzluk gibi olumsuzluklara sebep olabileceğinden çay, asitli içecekler ve kahve gibi kafein açısından zengin içeceklerin aşırı tüketilmesinin önlenmesi önerilmektedir (Erbil, 2014; Bianco ve ark.,2014). Yapılan çalışmalarda kafein tüketiminin azaltılmasının premenstrual sendrom belirtilerini anlamlı ve pozitif yönden hafifletici bir etkisi olduğu düşünülmektedir (London ve ark.,1983). Farklı bir çalışmada ise kafein tüketimi ile PMS arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Önal, 2011).

### **2.2.6.6 Sigara Tüketimi**

Nagata ve arkadaşları'nın (2004) yaptığı çalışmada, sigara kullanmayan kadınların sigara kullananlara oranla premenstrüel dönemde sıvı retansiyonu, ağrı, davranış değişiklikleri, dikkat, otonom reaksiyonları ve negatif duygulanım şikayetlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. PMS gelişimi ile sigara kullanımının incelendiği bir çalışmada ise sigara içen kadınların iki ila dört yıl içerisinde PMS geliştirme riskinin sigara kullanımı olmayan kadınlara oranla 2,1 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Bertone-Johnson ve ark.,2008).

### **2.2.6.7 Diğer Risk Faktörleri**

Medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu gibi demografik bilgilerin PMS ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada kadınlarda ekonomik faktörlerin, premenstrual semptomların artış göstermesinde etkili olduğu belirlenmiştir (Demir ve ark.,2006). Çalışma durumu ile PMS semptomlarının görülmesine yönelik yapılan çalışmalarda, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara oranla PMS belirtilerinin önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Güneş ve ark.,1997). Gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması ile premenstrual sendrom görülme olasılığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Erbil ve ark., 2011). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise eğitim

düzeyi düşük kadınlarda algılanan stres ile PMS ilişkisine sahip oldukları ve PMS belirtilerinin yaygın ve ciddi oranda olduğu gösterilmiştir (Mitchell ve ark.,1994; Khella,1992). Medeni durum ele alındığında, PMS belirtilerinin evli kadınlarda bekar kadınlara oranla görülme sıklığının daha az olduğu belirtilmektedir (Erbil ve ark.,2011). İsviçre’de Tschudin ve arkadaşları (2010) tarafından yürütülen bir çalışmada, PMS prevelansının evli olmayan kadınların, evli olan kadınlara oranla daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

### **2.2.7 Premenstrüel Sendrom ve Beslenme**

Yapılan çalışmalar premenstrüel dönemde iştahın önemli ölçüde arttığını ve bu durumun özellikle PMS’li kişilerde yaygın olduğunu göstermiştir (Reed ve ark. 2008; Wurtman ve ark. 1989; Both-Orthman ve ark., 1988). Yapılan bazı çalışmalara bakıldığında, PMS semptomlarını tetikleyen unsurlar olarak alkol, asitli içecekler, çikolata ve kafein tüketiminin fazla olmasına vurgu yapılmıştır. Buna bağlı olarak menstrüasyonunluteal fazında yapılacak besin kısıtlanmalarının semptomları azaltacağı düşünülmektedir. (Eke ve ark. 2011; Panay 2005). Işgın ve Büyüktuncer (2017), 383 adolesan ile yürüttükleri bir çalışmada, PMS’li kadınların %23,8’inde yeme davranış bozukluğu olduğunu saptamıştır. Bazı besin tüketimleri ile PMS belirtileri arasında da ilişki olduğu gösterilmiştir. Asitli içecekler, çikolata, çay, kahve, alkol, yoğun şeker içeren atıştırmalıklar ve süt ön plana çıkmaktadır (Eke ve ark. 2011; Derman ve ark.2004; Salamat ve ark.2007; Sule ve ark.2007; Cross ve ark. 2001; Cheikh ve ark. 2009; Sohrabi ve ark. 2013)

## **2.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü**

### **2.3.1 Duygunun Tanımı**

İnsanların ve hayvanların tutumlarında, yaşadıkları toplum ve doğaya uyum sağlayabilmesi adına duyguların önemli bir işlevi vardır. İnsan sosyal bir varlıktır ve yaşamını sürdürebilmesi, kaliteli yaşayabilmesi, varoluş düzeyini arttırabilmesi için motivasyon kaynağı olarak duygulara ihtiyaç duymaktadır (Dökmen, 2000).

Literatürde duygunun tanımına yönelik bir fikir birliği bulunmamaktadır (Cabanac, 2002; Çakar ve Arbak, 2004; Moors, 2009; Mulligan ve Schere, 2012). Duygu, Zimbardo ve Gerrig’ e (2012) göre fiziksel uyarılma, bilişsel süreç, his ve kişisel anlamda önemli görülen bir duruma karşı ortaya çıkan davranışlardan oluşan bedensel ve zihinsel

değişimleri kapsamaktadır. Bazı çalışmalar duyguyu çevredeki düşüncelere ve olaylara karşı anlık gelişen olumsuz veya olumlu tepkiler olarak tanımlamaktadır (Gazzaniga ve ark., 2016; Turan, 2019). Smith ve arkadaşları (2003) tarafından yazılan kitapta, duygu birden fazla bileşenli, karmaşık ve kişileri hareket etmeye hazırlayan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Amerikan Psikoloji Birliği tarafından ise davranışsal, fizyolojik ve deneyimsel unsurları kapsayan karmaşık bir tepki olarak tanımlanmaktadır. TDK (2020) ise duyguyu “Belirli olay, nesne ya da kişilerin insanın iç dünyasında uyandırdığı izlenim.” olarak tanımlamaktadır. Duygu ve düşünce etkileşimleri, nörobiyolojik sistemler, duygu durum, düşünceler, ortaya koyulan tepkiler ve dışarıdan gelen uyaranlar farklı tanımlarda söz edilen ortak özellikler olarak ifade edilmektedir (Izard, 2010). Duygulanım ve duygu durum terimleri arasında bir kavram karmaşası bulunmaktadır. Russell’e (2003) göre duygulanım aniden ortaya çıkar ve bireylerin duygularını gösterme biçimidir. Duyguyu ne ifade ettiğini ve nasıl oluştuğunu açıklayan bazı kuramcıların görüşlerine değinilmektedir.

### **2.3.2 Duygu Kuramları**

#### **2.3.2.1 James-Lange Kuramı**

19. yüzyılın sonlarında William James tarafından ortaya koyulan, Carl Lange tarafından desteklenen kuram, duyguların oluşumunda biyolojik faktörlerin rol oynadığını savunmaktadır. Duygusal bir uyaran dışarıdan geldiğinde kişilerin vücutlarında fiziksel bir uyarılma ile hareketlenme başlamaktadır (Gazzaniga ve ark., 2016). Bu uyarılma sonrası beyin devreye girerek fiziksel değişikliği yorumlamaktadır ve kişinin duygusunu ortaya koymaktadır (Gazzaniga ve ark., 2016; Barnes, 2017). Bu kurama göre, duyguları hissetmenin temelinde bir uyarana karşı tepki olarak ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin olduğunu vurgulamaktadır. Otonom sinir sisteminin duygunun ortaya çıkış sürecindeki önemli rolünü vurguladığından ‘Vücut tepkisi kuramı’ ‘Periferik kuram’ ya da ‘çevresel duygu kuramı’ olarak da tanımlanmaktadır (Zimbardo ve Gerrig, 2014; Plotnik, 2009). Diğer duygu kuramlarına oranla karmaşık duygusal yapıların anlaşılmasında yeterli olmadığından ve daha basit bir yapıda olduğu için araştırmacılar tarafından bir bilgi alanı olarak kullanılmakla birlikte daha az önemsenmektedir (Barnes, 2017)

### **2.3.2.2 Cannon-Bard Kuramı**

20. yüzyılın başlarında Walter Cannon ve Philip Bard tarafından ortaya konulan kuramda, beynin veya vücudun duygusal uyarılmadan sonra duygu üretmesine yönelik bir neden-sonuç ilişkisi bulunmamaktadır (Barnes, 2017) Bu süreçte eş zamanlı bir ilişkiden söz edilmektedir. Bu teoriye göre, beyin bilgiyi bir uyarı ile karşılaştığımızda işler ve bağımsız olarak hem duygusal bir deneyim hem de fizyolojik bir tepki üretmektedir. Beynin çalışma hızının otonom sinir sistemini algılama ve çalışmasından daha hızlı olduğu ve beynin ise duyguyu üretmek adına otonom sinir sisteminden bir uyarıyı algılamasını beklemediği belirtilmektedir (Gazzaniga ve ark., 2016). Duygusal bir uyarı ile karşılaşıldığında korteks aracılığıyla bireysel duygu deneyimi açığa çıkarken, fiziksel bir uyarı ile sempatik sinir sistemi aracılığıyla oluşmaktadır (Zimbardo ve Gerrig, 2014; Gazzaniga ve ark., 2016).

### **2.3.2.3 Schachter-Singer Kuramı**

Cannon-Bard kuramına ve James-Lange kuramına katılan Stanley Schacter ve Jerome Singer'in 1960'lı yıllarda geliştirdikleri bu kuram kişilerin geçmiş deneyimlerinin, duygularını anlama ve ifade etme süreçleri için gerekli sınırları çizdiğini vurgulamaktadır (Barnes, 2017: 240). Cannon ile Bard'ın farklı birçok duygunun var olması ile her duyguya hizmet eden birbirinden benzersiz bir otonomik model olamayacağını ve James ile Lange'in vücut tepkisini duyguya bir tutması görüşünü desteklemektedir (Gazzaniga ve ark., 2016). Bu kuram, duyguların hem fizyolojik uyarılma hem de bu uyarılmanın bilişsel yorumlanma sonucu ortaya çıktığını savunmaktadır (Barnes, 2017; Gazzaniga ve ark., 2016). Fizyolojik bir uyarılma sonucunda bu uyarılmanın nedenini yorumlamak adına çevreye bakılmaktadır ve bu yorumlama sonucunda bir duygu deneyimi ortaya çıkmaktadır. Bilişsel yorumlama ve biyolojik tepki duyguların ortaya çıkması için gerekli faktörlerdir. "Bilişsel duygu değerlendirme Teorisi" nin ise bu kuramdan temel alındığı belirtilmektedir (Plotnik, 2009; Zimbardo ve Gerrig, 2014).

### **2.3.2.4 Bilişsel Duygu Değerlendirme Kuramı**

Bilişsel değerlendirmenin rolünü vurgulayan ve Richard Lazarus tarafından geliştirilen bu teori, bir durumu yorumlama ve değerlendirme sonucu olarak duyguların ortaya çıktığını savunmaktadır. Farklı duygusal tepkiler ise yaşanan bir durumu farklı

değerlendirmek ile mümkündür. Lazarus’a göre değerlendirmeler çoğu zaman bilinçli bir şekilde ortaya koyulan düşünceler olmamaktadır (Zimbardo ve Gerrig, 2014). Bu kurama göre, kişilerin duygusal tepkilerinin anlaşılması için deneyimledikleri durumlara ilişkin nasıl bir değerlendirmede bulunduklarının bilinmesinin önemli bir etken olduğunu ifade edilmektedir (Lazarus ve Smith, 1990). Kişilerin değerlendirme sürecinde çevreleriyle devam eden etkileşimlerinin dikkate alındığı belirtilmektedir. Lazarus (1984) duygu deneyimleme sürecinde psikolojik ve fizyolojik süreçlerin ayrı olduğunu savunan yaklaşımların daha az verimli açıklamaya sahip olduğunu; duygusal deneyimlerin kişilerin yalnızca beyinlerinde veya iç organlarında meydana gelen tepkiler ile anlaşılamadığını savunmuştur.

### **2.3.3 Duygu Düzenlemenin Tanımı**

Duygu düzenleme kişinin duygusal tepkilerini gözlemleyebilmesi, değerlendirebilmesi, kontrol edebilmesi ve değiştirmesidir. Açık ve örtük olmak üzere duygu düzenleme iki şekilde gerçekleşebilmektedir. Kişilerin içinde bulundukları duruma alternatif bir bakış açısı getirebilmesi ve bunları farklı yorumlayarak duygularını olumlu sonuçlara ulaştırabilecek şekilde düzenleyebilmesine açık duygu düzenleme denir. Açık duygu düzenlemeye sahip kişiler duygusal bir durumla karşılaştıklarında verecekleri davranış tepkilerinin farkında olurlar. Örtük duygu düzenlemede kişiler farkındalığa gerek kalmadan otomatik bir şekilde duygularının süresini ve yoğunluğunu kontrol edebilirler (APA, 2020). Thompson (1991)’a göre duygusal düzenlemenin görevi duygusal tepkileri gözlemlemek, onlarla ilgili değerlendirme yapabilmek ve bu tepkileri değiştirmek adına sürdürülen içsel ve dışsal süreçlerdir. Bazı çalışmalar ise duyguların akışını ve bunların davranışları nasıl etkilediğini değiştirmek veya farklı yönlendirmek adına gösterilen bir çaba olarak tanımlamaktadır (Koole, 2009; Campos ve ark., 2004).

Duygu düzenlemeye çeşitli yönden bakan ve duygu düzenleme kuramını, stratejilerini ortaya koyan bazı araştırmacılar vardır. Duygu düzenleme kavramının ortaya çıkmasına, Lazarus ve arkadaşlarının ileri sürdüğü “duygu odaklı başa çıkma” kavramı zemin hazırlamıştır (Gross, 1999). Baş etme ve duygu düzenleme birbirine yakın iki kavramdır fakat duygu düzenleme olası bir durumda ortaya çıkabilecek duyguları ele alırken, baş etme becerisi kişinin çevresiyle olan ikili ilişkilerini ve tepki verme becerilerini anlatmaktadır (Gross ve ark., 2006).

Duygu düzenlemenin üç temel özelliği ön plana çıkmaktadır.

- 1- Kişilerin duygularını olumlu ya da olumsuz yönde düzenleyebilmeleridir.
- 2- Duyguyu düzenleyen faktörlerin bilinçli olarak var olduğu fakat sonrasında bilinçsiz bir şekilde gelişebilmesidir.
- 3- Duygu düzenleme süreci ayrımının kişiye olumlu ya da olumsuz etkilerinin dikkate alınarak yapılması gerektiğidir (Gross ve Thompson, 2007).

Duygular zaman içerisinde ortaya çıkan çok bileşenli süreçlerdir. Buna bağlı olarak, duygu düzenleme süreci duygu dinamiklerinin ya da fizyolojik, davranışsal alanlardaki tepkilerin şiddeti, gecikme veya yükselme süresi ve dengeye gelmesindeki tüm değişiklikleri içermektedir (Thompson, 1990; Gross, 2002). Kişilerin duygularını daha iyi anlamlandırması, duygusal tepkilerini etkili bir şekilde yönetebilmesi ve duygu düzenleme becerilerini geliştirebilmeleri adına çeşitli yöntemler ve stratejiler bulunmaktadır.

### **2.3.4 Duygu Düzenleme Kuram ve Stratejileri**

#### **2.3.4.1 Duygu Düzenleme Süreç Modeli**

Gross (2002) bu alanda yaygın olarak kabul edilen Duygu düzenleme Süreç Modeli kuramını ortaya koymuştur ve duygu düzenleme strateji ve kuramlarının zorlu bir uğraş olduğunu belirtmiştir. James Gross tarafından öne sürülen duygu düzenleme süreç modeli, kişilerin zaman içerisinde farklı anlarda duygularını kontrol etmek adına hareket edebileceklerini ve hem bir duyguyu hissetmeden önce hem de duygusal tepki vermeye başladıktan sonraki tüm süreçleri kapsadığını vurgular. Gross'a göre duygu düzenleme, bireylerin sahip olduğu duyguları, bu duyguları nasıl deneyimlediklerini ve nasıl tanımladıklarını etkileyen bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bu model verilen duygusal tepkilerin belirli bir süreç sonucunda ortaya çıktığını ve bu sürecin tüm aşamalarında yeniden yapılandırıldığını savunmaktadır. Sürece bağlı olarak kişilerin kullandıkları duygu düzenleme mekanizmaları tepki odaklı duygu düzenleme ve öncül odaklı duygu düzenleme olarak iki farklı stratejiden söz edilmektedir (Gross, 2002). Tepki odaklı duygu düzenleme stratejisi, kişilerin yaşadıkları olay sonucunda hissettikleri duygularını değiştirmeye ya da bastırmaya çalışması ile o duygunun yeniden yapılandırılmasıdır. Öncül odaklı duygu düzenleme stratejisi ise kişilerin yaşadıkları olay karşısında verecekleri duygusal tepkinin ortaya çıkmasından önce o olaya ilişkin ilgi düzeyini duygusal yönden istediği biçimde düzenleyerek yeniden yapılandırmasıdır.

Gross (1998) duygu düzenlemenin beş aşaması olduğunu ifade etmektedir:

- I. Durum Seçimi: Bazı mekanlara, kişilere ya da başka şeylere kaçınmayı veya yaklaşmayı ifade eden duygu düzenleme sürecidir. Gross (2002) bunu kişinin gireceği önemli bir sınavdan önce grup ile tekrar yapmak yerine keyifli vakit geçirdiği birisiyle yemek yemeyi tercih etmesi ile örneklendirmektedir.
- II. Durum Değişimi: Durum seçiminin ardından ortaya çıkan duygusal tepkinin yeniden yapılandırılma veya değiştirilme sürecidir. Gross (2002) bunu kişinin yemeye çıktığı bir arkadaşının sınavla ilgili soru yöneltmesi üzerine kişinin konuyu değiştirme çabası olarak örneklendirmektedir.
- III. Dikkat Odağı: Durumların var olan farklı yönlerinden kişinin odaklanacağı yönü seçmesidir. Buna ek olarak, bir göreve ya da soruna yoğun şekilde odaklanmayı ve kişilerin görevi yerine getirme veya sorunu çözme çabalarını kapsamaktadır (Gross, 1998). İstenmeyen bir sohbet dinlerken çevredeki farklı şeylere odaklanmak bu aşamaya örnek olarak verilmektedir.
- IV. Bilişsel Değişim: Kişinin odaklanacağı yönü belirledikten sonra seçtikleri yöne ilişkin yorum ve anlamlardan hangisini seçeceği aşamadır. Gross (2002) duygusal tepkiyi değiştirmek, azaltmak ve büyütme amacıyla bilişsel değişim kullanılabildiğini belirtmektedir. Hangi deneyimlerden yola çıkarak tepki verileceğini ve tepkilerin biyolojik, davranışsal karşılıklarının neler olduğunu belirlemek adına duruma yüklenen öznel anlamın önemli olduğunu vurgulamaktadır.
- V. Tepki Düzenleme: Durum sonucunda sergilenen tepkinin veya ortaya çıkan duygunun ifade edilme biçiminin yeniden yapılandırılması en son aşamadır. Gross (1998) bu aşamayı kişinin kötü geçirdiği bir sunum deneyiminin ardından yaşadığı üzüntü ve utancı belli etmemesi olarak örneklendirmektedir.

#### **2.3.4.2 Koole'a Göre Duygu Düzenleme Süreci**

Koole (2009) duygu düzenleme sürecini, kişilerin bir durum ya da olay karşısında gösterdikleri dikkat sonucunda gösterdikleri bilişsel, davranışsal ve fiziksel tepkilerini yeniden yapılandırmak adına gösterdikleri çaba olarak ifade etmektedir. Kişilerin duygularını yönetme aşamasında kullandıkları somut yaklaşımı ise duygu düzenleme stratejileri olarak belirtmektedir.



İstenmeyen duyguların nasıl yönetebileceği konusunda duygu düzenleme stratejilerini, kişilerin hedeflerine ulaşma arzusu, kişiliğine katkıda bulunması ve mutluluk sağlayan ihtiyaçlarını gidermesine göre “ihtiyaç yönelimli”, “kişi yönelimli” ve “amaç yönelimli” olarak üç gruba ayırmaktadır:

- I. İhtiyaç Yönelimli: Kişiler strateji olarak duygularını ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yolunu seçmektedir. Duygusal olarak kötü hissettiren bir durumla karşılaşıldığında kişilerin yemek yeme davranışı sergilemesi ya da stresli olayların ardından yakınlık kurma talebi örnek olarak verilmektedir (Koole, 2009).
- II. Kişi Yönelimli: Kişiler strateji olarak duygularını kendi amaçları, ihtiyaçları ve diğer özellikleri ile kişiliğini oluşturan bütün unsurları kapsayacak şekilde düzenleme yolunu seçmektedir (Koole, 2009).
- III. Amaç Yönelimli: Kişiler strateji olarak duygularını kendi amaçları doğrultusunda düzenleme yolunu seçmektedir. Rahatsızlık uyandıran duygu ve düşüncelerin bastırılması, dikkatin başka yöne çevrilmesi ve bilişsel yeniden yapılandırma yapılması amaç yönelimli kişilerin kullandığı stratejilere örnek olarak verilmektedir (Koole, 2009).

#### **2.3.4.3 Gratz ve Roemer’a Göre Duygu Düzenleme Süreci**

Gratz ve Roemer (2004) duygu düzenleme süreci için kritik noktanın kişilerin duygularını fark etmesi ve ardından deneyimledikleri duyguları anlamaları olarak belirtmektedir. Duyguları konusunda farkındalık geliştiren kişilerin, çevrelerinde olanları daha kolay fark ettiklerini, duygularının farkında olmayan kişilere oranla daha olumlu duygular içerisinde olduklarını, sosyal kaygı seviyelerinin daha düşük olduğunu, öz saygı düzeylerinin yüksek olduğunu ve daha dışa dönük oldukları belirtilmektedir (Swinkels ve Giuliano, 1995). Duyguyu fark ettikten sonra yapılacak duygu düzenleme süreci, duyguyu yeniden yapılandırmak yerine duygunun süresini ve şiddetini azaltmayı içermektedir (King, 1993; Swinkels ve Giuliano, 1995).

Gratz ve Roemer duygu düzenleme sürecinin adımlarını şu şekilde ele almışlardır;

- I. Duygunun fark edilmesi ve anlaşılması,
- II. Kişilerin duygularını kabul etmesi,
- III. İstenmeyen duygular ile karşılaşıldığında dürtü ve davranışları kontrol altına almak; hedeflenen amaca uygun davranmak,

IV.Duygu düzenleme stratejilerini aktif ve etkin şekilde kullanmak.

### **2.3.5 Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Kişilerin duygularını tanımlama konusunda zorluk yaşamalarına, duygularını bastırmalarına, duygularını reddetmelerine ve bunlara bağlı olarak davranışları üzerinde kontrol sağlamakta zorlanmalarına sebep olan durum duygu düzenleme becerisinde eksiklik olarak adlandırılır (Gratz ve Roemer, 2004). Duygu düzenleme güçlüğü, kişinin duygularının yoğun, kontrolsüz olması ve duygusal tepkilerin şiddetli, yetersiz olması şeklinde kendini gösterebilmektedir (Gross, 1998).

Duygu Düzenleme Süreç Modeli'ne göre, Gross (1998) duygusal tepkilerimizi ortaya çıkaran davranış, duygu ve psikolojik tepkilerin sürdürülmesi, artırılması veya azaltılması adına kullanabileceğimiz bazı stratejiler olduğunu savunmaktadır. Gross'a (2013) göre kişilerin deneyimledikleri ve tepki verdikleri duygusal yoğunluğa bağlı olarak başvuru uyumsuz yollar duygu düzenleme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır.

Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişiler yaşantılarında aşırı duygusal tepkiler verme, kontrolsüz öfke, duygusal dalgalanmalar, duygularını ifade etmekte güçlük ve duygusal geri çekilme gibi zorluklarla karşılaşabilmektedir (Gratz ve Roemer, 2004). Gratz ve Romer'a (2004) göre duygusal ihmal ve istismar, çocukluk dönemindeki travmatik olaylar, genetik faktörler, duygusal eğitim yetersizliği, stresli yaşam olayları ve biyolojik faktörler gibi çeşitli unsurlar duygu düzenleme güçlüğüne etkileyebilmektedir.

Duyguları düzenle güçlüğüne ilişkili olabileceği bir alanda yeme davranışındaki bozukluklardır (Wonderlich ve ark., 2007). Yeme davranışındaki bozulmalara sebep olabilecek birçok faktör vardır (Racine ve Wildes, 2015). Duygularla baş etmede yaşanan güçlük bu faktörlerden birisidir. Duygularını bastıran ve ifade etmekte zorlanan kişiler aşırı ve sık besin tüketebilir ya da besin tüketimlerini hayatı risk teşkil edecek ölçüde azaltabilir (Lavender ve ark., 2015).

### **2.4 Duygusal Yeme Davranışı**

#### **2.4.1 Yeme Davranışı ve Beslenme**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kişilerin yalnızca sakatlık ve hastalık sahibi olmamalarını değil, zihinsel, fiziksel ve sosyal yönden de iyilik halinde olmasını sağlık olarak tanımlamıştır. Kişilerin sağlıklı olabilmesi için gerekli ön koşullardan birisi de

yeterli ve dengeli beslenmektir. Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı olmak ve üretebilmek için gerekli olan temel besinlerin vücut tarafından kullanılmasıdır (Baysal,2004) Besinlerin fazla veya eksik tüketilmesi yetersiz ve dengesiz bir beslenme durumunu ortaya çıkarır ve sağlık bozulur. Yaşam kalitesini arttırmak, sağlığı korumak ve fizyolojik olarak gelişebilmek için beslenme davranışının bilinçli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

Beslenmenin fizyolojik olduğu kadar psikolojik, ekonomik ve sosyolojik de bir olay olduğu düşünülmektedir. Psikolojik yönden ele alındığında, beslenmenin duygular ile bağlantılı olduğu ve stres, üzüntü, heyecan, mutluluk gibi duyguların bu süreçte değişiklik gösterebildiği belirtilmektedir (Şen & Aktaş, 2019). Kişilerin tüketecekleri besinleri tercih ederken yeme davranışlarına uygun olarak ve duyguları ile bağlantılı şekilde seçtikleri düşüncesi uzun yıllardır herkes tarafından kabul edilmiştir (Destegül, 2020). Duygusal yeme psikolojik etkenlerden birisi olarak ortaya çıkmaktadır ve negatif duygulardan uzaklaşma yöntemi olarak görülmektedir (Macht, 2008). Duygusal açlık ve yeme bozukluğu birbirine karıştırılan iki terim olmakla beraber duygusal açlık yaygın olarak kişilerin anlık duygu durumlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. İştahsızlık veya aşırı derecede yeme eğilimi gösteren kişilerde duygusal yeme davranışı, olumsuz duyguların bir yansıması olarak ifade edilmektedir (İnalkaç&Arslantaş, 2018).

#### **2.4.2 Yeme Bozuklukları**

Yaşam için gerekli olan yeme davranışı kimi zaman obsesyonlarla birlikte normal yeme davranışında sapmalara sebep olabilmekte veya bir psikiyatrik bozukluk haline dönüşebilmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). Yeme Bozuklukları hem psikososyal hem bedensel boyutları olan, kişilerin beden ağırlıkları, yemek yeme davranışları ve beden imleriyle ilişkili düşüncelerinden ve davranışlarından kaynaklanan bir psikiyatrik hastalıktır (Becker ve ark., 1999).

Yeme bozukluklarının toplumda görülme oranı giderek artmaktadır. Başlangıç yaşının giderek düşmesi ve sosyal etkenler, biyolojik ve psikolojik olmak üzere birçok etkenin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan yeme bozuklukları depresyon, obezite, kaygı bozuklukları ve intihar girişimlerini arttırması sebebiyle günümüzde önemli bir sağlık problemi haline gelmektedir. (Yalnızoğlu ve ark., 2018). Yeme bozukluklarının etiyolojisine ilişkin yapılan çalışmalarda özgün bir sebep bulunamamıştır (Treasure ve Schmidt, 2013). Birden çok faktörün rol oynayabileceği düşünülerek sosyo-kültürel

faktörler, genetik ve biyolojik faktörler, aile ilişkileri ve cinsel travmaların etkili olduğu ortaya koyulmaktadır (Strother ve ark., 2012). Eş tanılı olarak yeme bozukluklarıyla yaygın olarak ortaya çıkan DSM-IV bozuklukları arasında anksiyete, duygudurum, kişilik bozuklukları, madde kullanımı ve depresyon görülmektedir (Austin ve Sciarra, 2017; American Psychiatric, 2000).

Menstrüel düzensizlik, vücut şeklinin bozulması ve sosyal geri çekilme yeme bozukluklarının genel özellikleri arasında sayılmaktadır. Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında ebeveyn tutumları, benlikle ilgili değerler ve şemalar bir rol oynayabilmektedir (Reinecke ve ark., 2015). Kişiler hayatlarındaki olumsuzlukları benliklerinin bir parçası olarak görebilmektedir ve buna bağlı olarak sergiledikleri tutumlar onlara mantıklı gelebilmektedir. Besinleri beden ağırlığı ve ikili ilişkileri üzerinde bir kontrol mekanizması olarak gören kişiler aşırı yeme veya kalori kalorileri sınırlandırma şeklinde bir tutum sergilemektedir (Reinecke ve ark., 2015). Kişilerin yeme tutumlarına ve beden algılarına yönelik inançlarının değiştirilmesi bu bozuklukların düzelmesine katkı sağlamaktadır (Cooper ve Fairburn, 1984).

#### **2.4.2.1 Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya Nervosa, kelime anlamı olarak “sinirsel iştah kaybı” olarak tanımlanan psikiyatrik bir hastalıktır. Anoreksik kişilerin beden imgesi bozulur ve çevrenin onları nasıl gördüğüne takıntı yaparak kendisini tehlike arz edecek kadar kilo vermeye zorlamaktadır (APA, 2013). Zihninde sürekli fiziksel özelliklerine odaklanan kişiler aşırı kilo alma korkusu yaşamaktadır ve buna bağlı olarak gıda alımını oldukça kısıtlamaktadır. Aşırı kilolu olduğuna yönelik çarpık beden imgesi ve kilo almaya yönelik korku sebebiyle kişiler gün içerisinde tekrarlı şekilde tartılmaktadır ve ideal kilolarına rağmen denetlenemeyecek şekilde kilo verme ihtiyacı hissetmektedir (Anastasiadou ve ark., 2019). Bu hastalık yaygın olarak kadınlarda görülmektedir. Özellikle fiziksel niteliklerin ön planda olduğu dans, modellik, jimnastik gibi sektörlerde kariyer yapan kişiler arasında oldukça yaygın görülen bir hastalık olduğu ilgili alan yazında vurgulanmıştır (Anastasiadou ve ark.,2019). Anoreksiya Nervosa tedavi edilmez veya uygulanan tedaviler sonuç vermez ise organ yetmezliği gibi hastalıklar oluşabilmektedir ve intihar riskine neden olabilmektedir.

#### **2.4.2.2 Bulimiya Nervoza**

Kilo ve vücut algısının önemli bir yer teşkil ettiği Bulimiya hastalarında kısa sürede çok fazla besin tüketme eğilimi vardır ve bu yeme atakları tekrarlayan döngülerle yeme nöbeti haline gelmektedir (Villanueva, 2019). Kişiler bu yeme davranışının ardından suçluluk duygusu ile depresyona girebilmektedir. Kilo almamak için yeme ataklarının ardından kişiler kendilerini kusturmak gibi telafi edici davranışlar sergileyebilmektedir (Yücel ve ark., 2013). Telafi edici davranış genellikle kişinin çıkarma yöntemini kullanabilmesi adına diüretik kullanımı, laksatif, aşırı spor yapma veya kusma davranışlarından biri ya da daha fazlasını içinde barındırmaktadır. Bulimiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza hastası olan kişiler çoğu zaman yaşadıkları problemleri benliklerinin bir parçası -egosintonik- olarak görürler ve sergiledikleri davranışı mantıklı bulurlar (Treasure ve Schmidt, 2013).

#### **2.4.2.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Kişilerin kısa bir zaman diliminde aşırı besin tüketmesine tıkınırcasına yeme bozukluğu denir (APA, 2013). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, kişinin yeme davranışını dizginleyememesi ve yiyebileceğinden fazla miktarda yemek yeme davranışını tekrarlaması olarak ele alınmaktadır. Yetişkinlerde en fazla görülen yeme bozukluğu TYB'dir (Lacovino ve ark., 2013). Tıkınırcasına yeme davranışı ardından kişiler duygusal olarak bir rahatlama hissetmektedir ve bunun sonucunda davranışı tekrar etme eğilimi göstermektedirler. Bu yeme bozukluğundaki temel özellikler tüketilen besin oranı ve yeme davranışı üzerinde kontrolün kaybedilmesidir. Kişiler gerçek bir açlık hissi olamadan fazla ve hızlı şekilde besin tüketirler. Bulimiya Nervoza'dan farklı olarak bu davranışı sergileyen kişiler tıkınırcasına yeme nöbetlerinin ardından oluşabilecek etkileri gidermek adına kendilerini kusmaya zorlama, aşırı egzersiz yapma veya laksatif gibi tedbirlere başvurmamaktadır (APA, 2013).

Yeme Bozukluklarının temelinde bazı yeme stilleri yatmaktadır. Bu bozuklukların psikolojik temelini anlamak ve ileriye dönük tedavisini kolaylaştırmak, kişilerin yeme stillerini belirlemekle ilişkilendirilir (Bozan, 2009). Tıkınırcasına yeme davranışı bir yeme bozukluğudur; kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme stili ise bu davranış ile ilişkilidir (Masheb ve Grilo, 2006; Womble ve ark., 2001). Kişiler deneyimledikleri olumsuz yaşantıları ve duyguları azaltmak amacıyla tıkınırcasına yeme bozukluğunun temellerinden biri olan duygusal yeme davranışına yönelebilmektedir. Bu davranış

örüntüleri, bireylerin yaşadıklarına duruma uygun olarak duygularını düzenleyemediklerine işaret etmektedir (Heartherton ve Baumeister, 1991).

#### **2.4.3 Duygusal Yeme Davranışı**

Son zamanlarda duyguların büyük rol oynadığı duygusal yeme davranışı ön plana çıkmakta olup; olumsuz duygular ile baş etme yöntemi olarak ifade edilmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Beslenme ile ilgili olumsuz veya olumlu değerlendirmeler, düşünceler ve duyguları kapsayan tutumlar bireylerin yeme davranışları üzerinde önemli bir yer edinmektedir (Alvarenga ve ark., 2012). Yapılan araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğunun yanı sıra Bulimiya Nervoza ve Anoreksiya Nervoza gibi yeme bozukluklarına eşlik ettiği belirtilen duygusal yeme ICD-10 ve DSM-V’de bir bozukluk olarak yer almamaktadır (Pinaquy, Chabrol, Simons, Louvet ve Barbe, 2003; Ricca, Castellinia, Fioravantib, Sauroa, Rotellaa ve ark., 2012). Anksiyete, stres, yalnızlık, mutsuzluk, depresyon gibi duygu değişimlerinin yoğun olduğu süreçlerde bir yanıt olarak gelişen ve yaygın olarak yeme davranışında artışa sebep olan psikolojik yeme stili ‘duygusal yeme davranışı’ olarak tanımlanmıştır (De Lauzon-Guillain ve ark. 2006). Yeme tutumları arasında yer alan duygusal yeme, ruh halini kontrol etmek için besin tüketiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır (Konttinen, 2012). İştah azalması ya da artması üzerinde duygu durumlarının %30-%48 oranında azalma veya artmaya yol açtığı belirtilmektedir (Macht, 2008). Duygu durumun kişilerin yeme tutumlarını nasıl etkilediğine yönelik yapılan araştırmalar sonucunda, bireylerde bazı farklılıklar gözlenmesine rağmen negatif duyguların özellikle stres, kaygı, depresif ruh halinin yeme davranışını arttırdığı ve düzenli beslenme alışkanlıklarını bozduğunu göstermiştir (Macht ve ark, 2002; Macht, 2008; Laitinen ve ark, 2002).

Duygu durumların yiyecek seçimlerini ve yeme davranışını güçlü bir şekilde etkileyebildiği ve duygular üzerinde yeme davranışlarının kuvvetli bir etkisi olabileceği yaygın olarak kabul edilmektedir (Levitan ve Davis, 2010). Yemek yeme davranışının fizyolojik nedenlere mi psikolojik nedenlere mi bağlı olarak geliştiğini belirlemek önemlidir (Blackman ve Kvaska, 2011). Zellner ve arkadaşları (2006), stresin kişilerin sağlığını psikolojik etkilediği kadar yiyecek seçimi ve tüketimi konusunda da değişiklikleri de beraberinde getirdiğini vurgulamışlardır. Yoğun depresif belirtilerin yeme davranışı ile ilişkili olduğu (Ouwens ve ark, 2009) ve bu durumdaki bireylerin enerji bakımından daha yoğun gıdalar tükettiği saptanmıştır (Konttinen ve ark, 2010)

Biyolojik gereklilik kadar psikolojik açıdan da beslenme ihtiyacının karşılanması önemlidir. Kişilerin kendisini baskı altında hissettiklerinde veya öfkeli olduklarında normal yediklerine oranla daha fazla besin tüketebilmeleri; heyecanlı veya stresli olduklarında ise iştahsız olmaları bu durumun psikolojik bir etken olduğunu ve gıda tüketiminde duygusal durumların etki edebileceğini ifade etmektedir (Konttinen, 2012).

Duygusal yeme ve bu davranışı etkileyen faktörler üzerine yapılan araştırmalar, obezitenin önlenmesine yardımcı olabilecek sağlık eğitimi müdahalelerinin planlanması ve uygulanmasına yararlı olabilir (Hawks ve Gast, 1998). Bazı duygu durumların (öfke, sevinç, hüzn, korku vb. gibi) sadece sindirim ve metabolizmayı değil aynı zamanda tüm yeme süreçlerini; yeme motivasyonu, yeme sıklığı, yeme miktarı ve yiyecek seçimi gibi yeme tepkilerini de etkilediği saptanmıştır (Macht, 2008). İnsanların yeme tutumları hem psikolojik hem de fizyolojik faktörlerden etkilenmektedir (Desmet ve Schifferstein, 2008). Kişilerin deneyimledikleri duygu durumlarının yeme davranışı üzerindeki etkisi, duygusal yeme davranışına yönelik öncelikli ve dikkat çekici bir unsurdur (Van Strien, 1999). Negatif duyguları bastırmak için kişilerin hoşlandıkları besinlere yöneldikleri ve bu durumun da duygu durumları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu gözlenmektedir (Evers ve ark., 2010). Ancak rahatlamak adına yapılan bu davranış sonucunda kişiler kendini suçlu ve mutsuz hissederek kusma gibi istenmedik davranışlar sergileyebilmektedir (Heebink, Sunday ve Halmi, 1995).

#### **2.4.3.1 Duygusal Yeme Davranışındaki Fizyolojik Mekanizmalar**

Duygusal süreçlerdeki yeme davranışının altında yatan fizyolojik sebep tam olarak anlaşılamamakla beraber besin ögesine bağlı fizyolojik değişikliklerin ruh halini düzenlemeye aracılık ettiği düşünülmektedir (Spring ve ark., 2009; Markus ve Dourish, 2004). Yağ ve karbonhidratlı besinlerin tüketimi duygu düzenleme üzerinde etkili bir fizyolojik mekanizma olarak ele alınmaktadır (Macht, 2008). Karbonhidrat ve yağ oranı yüksek besinlerin Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal (HPA) aks sistemi etkilediği ve stres yanıtını bozarak duygu durumunda iyileşmeye neden olduğu savunulmaktadır (Wansink ve ark., 2003; Dallman ve ark., 2003). Yapılan çalışmalarda, karbonhidrat bakımından zengin besinlerin tüketilmesi ile beyinde serotonin miktarının arttığı ve bununla birlikte duygu durumunda iyileşme görüldüğü vurgulanmaktadır (Benton ve Donohoe, 1999; Gibson ve Green, 2002).

Endokrinolojik çalışmalarda, protein açısından zengin besinlerin stres durumlarında kortizol seviyesinin artmasına engel olduğu gösterilmiştir (Martens ve ark., 2010; Vicensatti ve ark., 2002). Protein alımının duygu durum üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarda ise besinlerden alınan protein miktarı ile kan-beyin bariyerindeki triptofan seviyesinin arttırması ve vücuttaki serotonin artışına sebep olması ile ilişkilendirilmiştir (Lemmens ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada, triptofanaminoasitinden zengin hidrolize protein tüketiminin akut stres anında pozitif duygu durumu arttırdığı saptanmıştır (Firk ve Markus, 2009).

#### **2.4.3.2 Besin Seçimi ve Tüketimini Etkileyen Psikolojik Faktörler**

Farklı etkenlerden etkilenebilen yeme davranışı psikolojik açıdan ele alındığında kişilerin gündelik yaşantılarında karşılaştıkları gerginlik, stres, sıkıntı hali, sevinç, heyecan, mutluluk gibi duygularla yakından ilişkili olduğu ve duygu değişimlerine göre besin seçimlerinin, öğün miktarlarının ve sıklığının değişebileceği vurgulanmaktadır (Uskun ve Şabaplı, 2013; İnalkaç ve Arslantaş, 2018). Stres ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında, kişilerin stresliyen besinlerinde farklılıkların görüldüğü ve psikolojik olarak yemek yeme eğilimlerinin, besin seçimlerinin arttığı ortaya çıkmıştır (Destegül, 2020). Yapılan bir çalışmada, stresli bir durum ile karşılaşıldığında özellikle kadınların tatlı ve yağlı besin gruplarını daha çok tercih ettikleri sonucuna varılmıştır (Gibson, 2000).

#### **2.4.5 Duygusal Yeme Davranışı ile İlgili Kuramlar**

Yeme davranışlarının sebebini açıklamaya yönelik geliştirilen teorilerden bazıları; Kaplan ve Kaplan'ın obezite teorisi, Psikosomatik teori, Kısıtlanma teorisi, 'İçsel-dışsal' obezite teorisi ve kaçış teorisidir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Psikoloji perspektifinden ele alınan temel kuram, sıkıntı veren durumlar karşısında kişilerin duygusal bir savunma mekanizması olarak yemek yediklerini ve bu şekilde başa çıktıklarını savunmaktadır (Akin, Yıldız ve Özçelik, 2016).

Duygusal yeme kavramı, ilk kez Kaplan ve Kaplan (1957) tarafından obezite grubuna giren bireylerle yapılan bir çalışma sonucunda ele alınmıştır. Kaygı ve duygusal gerginlik gibi rahatsızlık veren içsel deneyimlerin etkisini azaltmada yeme davranışının görevi vurgulanmıştır (Canetti ve ark. 2002; Ganley, 1989). Duygusal yeme davranışına ilişkin teorik açıklamalar ve görgül çalışmalar, bu davranışın olumsuz duygularla ilişkili



olduğuna vurgu yapmaktadır. Kaplan ve Kaplan'ın obezite teorisine göre fazla kiloya sahip kişiler sıkıntılı ve gergin hissettiklerinde kaygılarını azaltmak adına aşırı yeme eğilimi göstermektedir. Bruch'ın teorisi ise aşırı yemeyi hatalı açlık farkındalığı ile ilişkilendirmiştir. Bu teoriye göre açlık yalnızca içgüdüsel bir davranış değil aynı zamanda öğrenilmiş bir davranış olarak savunulmaktadır.

Aşırı yeme ile olumsuz duygulanım arasındaki ilişkiyi ortaya koyan araştırmalara rağmen hangi olumsuz duyguların ve mekanizmaların aşırı yemeyi tetiklediği net olarak bilinmemekle beraber bazı teoriler ne sürülmüştür. Duygusal yeme davranışı kilo almaya sebep olabileceği için kilo verdirici tedaviler esnasında olumsuz bir etken gibi görülebilmektedir. Bu sebeple ilgili teoriler genellikle obeziteyi ele alan çalışmalar üzerine şekillendirilmiştir.

#### **2.4.5.1 Psikosomatik Teori**

Duygusal yeme kavramı, psiksomatik teori neticesinde oluşmuştur. Psikosomatik teoriye göre duygusal yeme, strese verilen uygunsuz bir davranışsal tepkidir ve kişinin yaşamını farklı alanlarda etkileyen bir bozukluk olarak görülmektedir. Bu teoriye göre kişiler açlıklarının fizyolojik olduğunu anlayamamaktadır ve açlık ve tokluk hislerine göre değil duygularına bir cevap olarak yemek yemektedir. Bu kişilerin açlık konusunda farkındalığı daha az gelişmiştir ve hangi koşulda, ne kadar miktarda yiyeceklerini anlamak için dışsal uyaranlara ihtiyaç duyarlar (Serin ve şanlıer, 2018). Olumsuz duygularla karşı karşıya kalındığında mide hareketi yavaşlar, açlık hissi baskılanır, iştah kaybı yaşanır ve besin alımı azalır. Bu sebeple stres ve olumsuz duygular, beslenmeden sonraki tokluk hissine benzerdir ve iştahı azaltır. Bu süreç doğal bir fizyolojik tepki olarak kabul edilmiştir. Öte yandan bazı kişilerde olumsuz duygusal uyaranlara rağmen beklenen azalmaya yerine gıda alımında artış gözlemlenebilmektedir (Tan ve Chow, 2014; Canetti ve ark. 2002). Kişilerin durumları fark etmediğini ve içsel uyaranların kendiliğinden harekete geçtiğini savunmaktadır. Bu teoriye göre kişiler iştah gibi içsel uyaranlara veya tokluk-açlık hislerine göre değil emosyonlarına bir yanıt olarak fark etmeden yemek yemektedirler. Bruch (1973) duygusal yeme kavramını, olumsuz duygularla baş edebilmek için gerçekleştirilen yemek yeme fenomeni olarak adlandırmaktadır. Kişilerin a veya tok olduklarını hissetmediklerini ve yeme davranışlarını kontrol edemeyen kişilerin aşırı yeme davranışlarının bunun sonucunda ortaya çıktığını savunmaktadır. Buna ek olarak, bebeklik döneminde besin ile

sakinleştirilen bebeklerde duygusal yemenin ortaya çıktığını ve sinirlenmek, kaygılanmak gibi negatif duyguları ortadan kaldırabilmek için yemek yemeleri gerektikleri düşüncesini öğrendiklerini belirtmektedir (Bruch, 1973).

#### **2.4.5.2 İçsel-Dışsal Teori**

Bu teoriye göre kişiler dışarıdan gelen uyarılara içten gelen bedensel uyarılara oranla daha açıktır. Evers (2011), kişilerin dışsal uyarılara karşı daha duyarlı olduklarını ve buna bağlı olarak yeme davranışına yöneldiklerini savunmuştur. Kişilerde gıdaların dış görünüşlerinden etkilenme ve açlık hali olmamasına rağmen iştah hissetmeleri vurgulanmaktadır (Schachter, 1968). Kişiler aç olup olmadıklarına yönelik bir farkındalık geliştirmemektedir. Yemeğin görünümü, kokusu ve bulundukları ortam kişiyi etkilemektedir (Schachter, 1968; Yıldırım, 2017). Bunun sonucunda kişiler tok olsa bile besinlerin görüntüsü yeme arzusunu tetiklemektedir (Burton ve ark., 2007). Kişilerin besinin tadı, görüntüsü, kokusu gibi dışarıdan gelen uyarılardan etkilenmesi ve bunun sonucunda normale oranla daha fazla besin tüketmesi dışsal yeme olarak adlandırılmaktadır. Yeme davranışı dışarıdan gelen uyarılara verilen bir cevap niteliğindedir ve kişilerin besin tüketim miktarı bu durumlara karşı koyabilmesi ile belirlenmektedir. Kişilerde içsel fizyolojik uyarıları anlamada eksiklikler olduğundan yeme davranışını başlatma ve durdurmada dışsal uyarılara ihtiyaç duyulmaktadır. Besinlerin dışsal uyarılara daha fazla bir duyarlılık söz konusudur. Bu kişiler açlık ve tokluk hissinden ziyade dışsal uyarılara yanıt olarak yemek yerler (Schachter, 1968).

#### **2.4.5.3 Kısıtlama Teorisi**

Hernan ve Mack (1975) tarafından ilk kez ele alınan kısıtlama teorisi, Herman ve Polivy (1980) tarafından geliştirilmiştir. Kısıtlama teorisi, kişilerin yeme davranışlarını kısıtlama yaparak veya diyet ile değiştirmenin, aksi yönde bir etki oluşturduğunu ve beslenme düzenlerini bozduğunu ileri sürmektedir. Yeme alışkanlığı, besin alımı kısıtlanan kişiler besine ulaşamadıklarında bu besini tüketebilmek için yoğun bir arzu duymaktadır ve bunun sonucunda kişiler kilo almaya başlar (Herman ve Mack, 1975). Yeme davranışını belirleyen durum gıdalara duyulan istek ile bu isteğe direnme çabasıdır ve kısıtlama davranışı bu isteğe karşı gösterilen bir bilişsel çaba olarak görülmektedir (Herman ve Mack 1975). Bu teoriye göre, kısıtlama yapılarak veya diyet ile yeme davranışının değiştirilmesi kişinin yeme düzenini bozmaktadır ve ters yönde bir etki

oluşturmaktadır. Yeme davranışını belirleyen temel unsurun, besinlere karşı duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabası olduğunu belirtilmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Aşırı besin tüketimini diyetle bağlayan bu teori, kişilerin besin tüketimini kısıtlamalarının otokontrolü bilinçli olarak göz ardı etmelerine dayandırmaktadır (Dakanalis ve ark., 2013).

Aşırı besin tüketimine yönelen kişiler tıkanırcasına yeme davranışı sergilemektedir ve tüketmemesi gereken bir besin yediğinde kaygı ve pişmanlık duymaktadır (Herman ve Polivy, 1980). Kilo kontrolü ve vücut ağırlığını korumak amacıyla kişiler yeme davranışlarını bilinçli düzeyde sınırlandırmaktadır. Bu kısıtlamanın sonucunda ters bir etki meydana gelir ve kişide uzun vadede aşırı yeme atakları görülebilir. Bu tutuma sahip kişiler genelde fazla yediklerinden yakınılar ve kilo almaktan kaçındıkları için yeme davranışlıklarını kısıtlarlar. Bu davranışa sahip olmayan kişilerde gıda alımına yönelik bir endişe ve korku yoktur. Depresyon ve anksiyete gibi güçlü duygusal durumlar, kişinin aşırı yeme davranışı sergilediğine dair algılar, alkol tüketimi bu tutum ile ilişkilendirilmiştir. Aşırı yeme algısının kısıtlayıcı yeme tutumunu sekteye uğrattığını savunan bazı görüşlere ek olarak Waller ve Osman (1998) emosyonel yeme ile kısıtlayıcı yeme tutumu arasında güçlü bir ilişki olmadığını göstermişlerdir. İlerleyen yıllarda yapılan çalışmalarda ise kişilerin olumsuz duygulanımlarının kısıtlayıcı yeme davranışına neden olduğu gösterilmiştir (Van Strien, 1999; Williams ve ark., 2002).

#### **2.4.5.4 Kaçış Teorisi**

Bu teoriye göre kişiler, benliklerini tehdit eden bir bilgiyle karşılaştıklarında negatif duyguların ve onun getirdiği caydırıcı unsurlardan uzaklaşmak adına emosyonelyeme ile kaçmaya yönelirler. Aşırı yeme davranışı kişilerin kendilerinde olumsuz duygular oluşturan durumlardan veya ortamlardan uzaklaşmak adına sergiledikleri bir tepkidir (Heatherton ve Baumeister, 1991). Burada benlik algısı asıl söz konusu olan şeydir. Kişiler kendisine, benlik saygısına yönelik bir tehdit hissettiklerinde, yaşamlarında olumsuz durumlar deneyimlediklerinde bu durumun üstesinden gelebilmek adına kendilerini yemek yemeye yönlendirirler (Spoon ve ark., 2007). Olumsuz durumlardan ve duygulardan kaçınma bu kişiler için bir başa çıkma yöntemidir (Spoon ve ark., 2007). Olumsuz duygularla kısa süreli başa çıkan bireylerin kaçış eylemleri iradelerinin zayıflamasına ve bunun bir döngü haline gelmesine yol açar. Yapılan çalışmalarda kişilerin karamsar olması, negatif beklentilere sahip olması, kaygı

durumları, yemek konusunda yaşanan çocuk-ebeveyn çatışmaları ve kişilik bozuklukları bu davranışın etkili olduğu bazı nedenler olarak vurgulanmıştır (Morrison, 2017).

#### **2.4.6 Yeme Davranışı ile Duygu Regülasyonu Arasındaki İlişki**

Yapılan çalışmalar yeme bozuklukları ile duygu regülasyonu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Kazemi Rezaei ve ark., 2019). Duygusal durumlara yanıt olarak tıknırcasına yeme atakları olanların genellikle yaşanan olayların ardından duygu düzenleme stratejisini uyumsuz kullanan kişiler olduğu görülmüştür (Han ve Pistole, 2014; Wiser ve Telch, 1999). Duygusal yeme ile en çok ilişkili bulunan duygu düzenleme zorlukları arasında duygusal netliğin eksikliği ve duygu regülasyonunda sınırlılık yer almaktadır. Özellikle duygu regülasyonundaki sınırlılıklar kişinin hissettiği duyguyu belirleyememesi, duyguyu tanıyamaması veya duygusal tepkiyi kabullenmemesi ile yüksek oranda ilişki göstermektedir (Gianini ve ark., 2013).

### 3 . GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın yöntemi prosedür, örneklem, araştırmada kullanılan araç ve gereçler ve istatistiksel analizler olmak üzere dört başlık altında değerlendirilecektir.

#### 3.1 Prosedür

Tez çalışmasının yürütülebilmesi için Beykoz Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'na başvurulmuştur ve 22 Mart 2024 tarihinde gerekli izinler alınmıştır. Kuruldan onay çıkmasının ardından çalışmaya başlanmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçekler için gerekli izinler çalışmaya başlamadan önce mail yoluyla alınmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ), Duygusal İştah Anketi (DİA) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) olmak üzere veri toplama araçları 6 aşamalı bir çevrimiçi form haline getirilmiştir. Araştırmanın duyurusu sosyal medya hesaplarında (Instagram, LinkedIn, Facebook) ve Whatsapp üzerinden yayınlanmıştır.

Veriler 23.03.2024-10.05.2024 tarihleri arasında toplanmıştır ve çevrimiçi formun ortalama tamamlanma süresi 30 dakika sürmüştür. Online platform üzerinden uygulanan çevrimiçi formda, katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden katılımcılar gönüllülük esasına bağlı olarak dahil edilmiştir ve kendilerini rahatsız hissettikleri zaman çalışmayı yarıda bırakabileceklerine dair bilgilendirme yapılmıştır. Ölçeğin tamamlanmaması durumunda veriler silinmiştir. Katılımcıların kimlik bilgileri gizlilik ilkesi gözetilerek talep edilmemiştir.

#### 3.2 Örneklem

Araştırmanın örneklemini bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan sağlıklı kadınlar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kadınların üreme çağını 15-49 yaş olarak tanımlamaktadır. Çalışmamızı yetişkin bireyler ile yürütmeyi amaçladığımızdan araştırma grubu olarak Türkiye'nin farklı illerinde yaşayan gönüllü, 18-49 yaş aralığında olan, psikiyatrik ve nörolojik bir rahatsızlığı olmayan sağlıklı kadınlar ile çalışılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, Türkiye'de PMS sıklığının incelendiği çalışmalar (Çelik ve Uskun 2022; Demir ve ark., 2006; Kısa ve ark., 2012;

Köse, 2009) dikkate alınarak, tahmini orantı/oran/sıklık %50, hata sınırı %5 ve %95 güven aralığıyla yapılan hesaplamalar ile 250-300 arasında belirlenmiştir.

Çalışmada kolayda ve amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma için toplam 311 kişiden veri toplanmıştır. Literatürde normal bir menstrüel siklusun 21-35 gün, menstrüasyon süresinin 2-6 gün sürdüğü belirtilmektedir (Weaver ve Heaney, 2007). Bu doğrultuda araştırmaya yalnızca normal bir menstrual sıklusa sahip sağlıklı kadınlar dahil edilmiştir. Siklus süresi olarak sorgulanan değişken 20 gün ve altı olan 10 katılımcı, 36 gün ve üzeri olan 18 katılımcı ise işleme kriterlerine uymaması sebebiyle istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Buna ek olarak, diğer işleme kriterlerini karşılamayan (oral kontraseptif kullanımı, hormon tedavisi görüyor olmak) 29 katılımcı analize dahil edilmemiştir. Tüm bunlar göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil olmayı kabul eden ve çalışmanın işleme kriterlerini karşılayan 254 kişi ile istatistiksel analizler sürdürülmüştür. Analizin yürütüldüğü katılımcıların %72'sinin bekar, yaş ortalamalarının 28 ve %48'inin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür.

#### **Örneklem grubu için işleme kriterleri şöyledir;**

- 18-49 yaş aralığında olmak,
- Bilinen bir nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmamak,
- Mevcut durumda herhangi bir psikiyatri servisi tarafından takip edilmiyor olmak,
- Düzenli bir menstrüel döngüye sahip olmak (21-35 gün; ACOG, 2021),
- Mevcut durumda oral kontraseptif kullanmıyor olmak,
- Yeme bozukluğu ile ilgili bir tanı almamış olmak,
- Son altı aydır herhangi bir psikotrop (merkezi sinir sistemini etkileyen) ilaç kullanmıyor olmak,
- Polikistik Over Sendromu, trioid hastalığı ve diğer hormon bozukluklarının olmaması,
- Geçmişte ve mevcut durumda alkol-madde kötüye kullanımına ve bağımlılığına sahip olmamak.

#### **Örneklem grubu için dışlama kriterleri şöyledir;**

- 18-49 yaş aralığında olmamak,
- Bilinen bir nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmak,
- Mevcut durumda herhangi bir psikiyatri servisi tarafından takip ediliyor olmak,

- Düzenli menstrüel siklusa sahip olmamak (20 gün ve altı, 35 gün ve üzeri; ACOG, 2021)
- Mevcut durumda oral kontraseptif kullanıyor olmak,
- Yeme bozukluğu ile ilgili bir tanı almış olmak,
- Son altı aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanıyor olmak,
- Polikistik Over Sendromu, trioid hastalığı ve diğer hormon bozukluklarının olması,
- Geçmişte ve mevcut durumda alkol-madde kötüye kullanımına ve bağımlılığına sahip olmak.

### 3.3 Araştırmada Kullanılacak Araç ve Gereçler

#### 3.3.1 Demografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu'nda kadınların; eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatrik tedavi öyküsü, yeme problemi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara tüketimi; PMS ile ilişkili bireysel özellikler ve potansiyel risk faktörlerini içeren ilk menarş yaşı, menstrüasyon süresi, oral kontraseptif öyküsü, menstrüel dönemdeki ağrı varlığı, PMS dönemindeki duygu durum ve yakınmaları azaltma yöntemi, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma, ve vücut kitle indeksini kapsayan sorular yer almaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu'nda yer alan sorularla katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve menstrüasyonla ilişkili bireysel faktörleri hakkında bilgi sahibi olmak, bahsedilen demografik değişkenlere göre araştırmanın ana değişkenlerinin farklılaşmasını incelemek amaçlanmıştır. Sosyodemografik Bilgi Formu Ek A'da verilmiştir.

Demografik değişkenlerden ilk menarş yaşı katılımcılardan kategorik olarak toplanmamıştır bundan dolayı yaşı PMSÖ, DYÖ, DDGÖ-16 ve DİA toplam puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için katılımcıların yaş ortalaması alınmış ve benzer bir çalışma (Işgin, 2014) göz önünde bulundurularak ilk menarş yaşı üç kategori haline getirilmiştir. İlk menarş, yaş ortalamasının altındaki katılımcılar '11 yaş ve altı' 0 olarak, ortalama değerlere sahip katılımcılar '12-15 yaş' 1 olarak, ortalamanın üstündeki katılımcılar (16 yaş ve üzeri) 2 olarak kodlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırması baz alınarak Vücut kitle indeksi dört grup olarak; '<18,5

kg/ m2 Zayıf', '18,5-24,9 kg/ m2, Normal', '25-29,9 kg/ m2 Kilolu' ve '≥30 kg/ m2 Obez' şeklinde kategorik toplanmıştır.

### 3.3.2 Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

DSM III ve DSM IV göre Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen 44 maddelik ölçek premenstrual semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. PMSÖ, 5'li Likert tipinde bir ölçektir ve 9 alt boyuttan (anksiyete, yorgunluk, depresif duygulanım, şişkinlik, depresif düşünceler, sinirlilik, ağrı, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri) oluşmaktadır. Alt boyutlarda yer alan ifadelerin toplamı ile alt boyut puanı hesaplanırken, PMSÖ toplam puan ise tüm alt boyut puanlarının bütünüdür hesaplanması ile bulunmaktadır. Alt boyutlara göre alınabilecek minimum ve maksimum puan değişmektedir. PMSÖ'den alınabilecek en yüksek toplam puan 220 iken en düşük toplam puan 44'tür. PMSÖ kesme puanına göre '132 puan ve üstü' alan katılımcılar PMS pozitif olarak değerlendirilmektedir. PMS belirtilerini ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,75 olarak bildirilmiştir (Gençdoğan, 2006). Mevcut tez çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,97 olarak bulunmuştur. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Ek C'de sunulmuştur.

### 3.3.3 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Kişilerin duygu düzenleme güçlüğü düzeylerini saptamak amacıyla Gratz ve Roemer (2004) tarafından Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçeğin kısa formu olan DDGÖ-16 ise Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiştir. DDGÖ-16'nın "amaçlar", "açıklık", "stratejiler", "dürtü" ve "kabul etmeme" olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. 16 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri; 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında derecelendirilen 5'li Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan duygu düzenleme güçlüğü belirtili düzeyinin şiddetli olduğuna işaret etmektedir ve herhangi bir kesme noktası belirlenmemiştir. Yiğit ve Guzey Yiğit (2017) tarafından yapılan ölçeğin Türkçe uyarlamasından elde edilen Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak saptanmıştır. Mevcut tez çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form Ek D'de sunulmuştur.



### 3.3.4 Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ)

Bilgen (2018) tarafından yetişkinlerin duygusal yeme davranışlarını araştırmak ve duyguların etkisiyle kişilerde oluşan yeme isteğinin sonucunda gelişen yeme davranışını incelemek amacıyla geliştirilmiş. Ölçek toplamda 30 maddeden ve dört faktörden oluşmaktadır. 5'li Likert tipi bir ölçektir ve yanıtlar 1-5 (asla ile neredeyse her zaman) arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin minimum puanı 30 iken maksimum puanı 150 olmalıdır. Duygusal yeme eğilimleri olan kişilerin duygusal yeme ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu tespit edilmiştir. DYÖ alt boyutları; olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme, kendini kontrol edebilme, uyaran karşısında kontrol ve gerginlik durumlarında yeme faktörlerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ş. Sinem BİLGİN yapmıştır. Ölçekte yer alan 26. madde, 28. Madde ve 29. Maddeler ters çevrilerek hesaplanmaktadır ve bu maddelerin ters çevirilmesi ile ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Mevcut tez çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur. Duygusal Yeme Ölçeği Ek E'de sunulmuştur.

### 3.3.5 Duygusal İştah Anketi (DİA)

Nolan ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Duygusal iştah anketi (DİA), farklı duygu durumlarda ortaya çıkan duygusal yeme davranışını değerlendirmektedir. Anket iki ana bölümden oluşmaktadır. Farklı durum ve duygular doğrultusunda gelişen yeme eğilimleri 1'den 9'a kadar puanlanmaktadır. 22 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri 1 ile 4 arası (daha az), 5 (aynı) ve 6 ile 9 arası (daha fazla) olarak hesaplanmaktadır. İştah düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan ölçekteki her maddenin 'bilmiyorum' veya 'uygun değil' seçenekleri puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun uyarlaması ve ilk kez faktör analizi Demirel ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Olumlu durumlar ve olumlu duyguların toplam puanı 'olumlu toplam' olarak; olumsuz durumlar ve olumsuz duyguların toplam puanı ise 'olumsuz toplam' olmak üzere iki faktörlü yapı saptamıştır. Anket tamamlandıktan sonra olumlu durum ve duygu maddelerinin yer aldığı puanlar, DİA olumlu toplam puanını vermektedir. Olumsuz durum ve duyguların yer aldığı maddelerin toplamı DİA olumsuz toplam puanını oluşturmaktadır. DİA ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0,73 bulunmuştur (Demirel ve ark., 2014). Mevcut tez çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur. Duygusal İştah Anketi Ek F'de sunulmuştur.

### 3.4 İstatistiksel Değerlendirme

Katılımcılardan elde edilen veriler otomatik bir şekilde SPSS v.24.0 programına indirilmiş ve analizler bu program vasıtasıyla yürütülmüştür.

Öncelikle örneklem sayısı 30'dan fazla olduğunda ilgili veri setlerinin normal dağılım gösterip göstermediği 'Kolmogorov-Smirnov normallik testi' ile incelenmektedir (Kalaycı vd., 2008. 13). Örneklem sayısı 254 olduğundan 'Kolmogorov-Smirnov testi' sonucu incelenmiştir ve PMSÖ toplam puan düzeyi ( $p>0,05$ ) dışında tüm düzeylere ilişkin anlamlılık değerin  $p<0,05$  olduğu görülmüştür. Bu değerlerin 0,05'ten küçük olması normal dağılıma uygunluk göstermediğini belirtmektedir. Sadece normallik testine göre sınavanın konservatif bir tutum (Eğmir ve Ocak, 2017) olabileceği göz önünde bulundurularak normal dağılım sınavasının diğer ölçütleri test edilerek nihai karara varılması düşünülmüştür. Bu doğrultuda, çoklu regresyon ve korelasyon analizlerinde, ölçeklerin çarpıklık ve basıklık istatistikleri, histogram grafikleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık istatistik değerlerinin yaklaşık olarak  $\pm 1$  aralığında olması ve çarpıklık ile basıklık değerlerinin kendi standart hatalarına bölünmesinde elde edilen değerlerin yine  $\pm 3.29$  içerisinde yer alması (Tabacknick ve Fidel, 2013); son olarak görsel karar aşamasında, histogram grafiklerinde yaklaşık bir normal dağılım eğrisi elde edilmesi gibi kriterlere dayanarak, ilgili ölçümler için normallik varsayımının yaklaşık olarak karşılandığı düşünülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmaya yönelik değişkenlerin ilgili veri setindeki normallik sınavalarında ise katılımcı sayılarının büyük olduğu göz önünde bulundurulduğunda ilgili veriler 'Kolmogorov-Smirnov' normallik testi ( $n> 50$  olduğundan) sonuçlarına göre değerlendirilmiştir (Tüm alt gruplar için  $p> 0,05$  ise, normal dağılım sağladığı düşünülmüştür).

Mevcut çalışmada, sosyodemografik bilgi formunda yer alan eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatrik tedavi öyküsü, yeme problemi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, sigara tüketimine göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA ölçüm puanları açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Ayrıca, PMS ile ilişkili bireysel özellikler ve potansiyel risk faktörlerini içeren ilk menarş yaşı, menstrüasyon süresi, oral kontraseptif öyküsü, menstrüel dönemdeki ağrı varlığı, premenstrüel dönemdeki duygu durum ve yakınmaları azaltma yöntemine göre sadece PMSÖ ölçümleri açısından istatistiksel karşılaştırma yapılması amaçlanmıştır. Bununla beraber, PMS risk faktörleriyle ilişkili diğer faktörler arasında olan şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma ve VKİ'ne

göre tüm araştırma ölçümleri (PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA) açısından gruplar-arası istatistiksel karşılaştırmalar yapılması hedeflenmiştir. PMS varlığı DYÖ, DDGÖ-16 ve DİA alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. PMS varlığına göre alt grupların oluşturulmasında PMSÖ teorik kesme puanı referans alınarak iki gruba ayrılmıştır (Gençdoğan, 2006). Böylece PMS belirtisi var (PMSÖ toplam puan  $>132$ ) ve PMS belirtisi yok (PMSÖ toplam puan  $<132$ ) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Buna ek olarak, PMSÖ toplam skoruna göre PMS belirtilerinin şiddeti incelenirken PMS Hafif ( $<104$ ), PMS Orta ( $<164$ ) ve PMS Şiddetli ( $\geq 164$ ) olarak kesme puanları göz önünde bulundurulmuştur ve üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Söz konusu istatistiksel karşılaştırmalar öncesinde, 'Kolmogorov-Smirnov Testi' baz alınarak normal dağılım sağlamayan ( $p<0,05$ ) iki düzeyli değişkenler için, non-parametrik 'Mann Whitney U Testi'; normal dağılım koşulunu sağlayan ( $p>0,05$ ) iki düzeyli değişkenlerde 'Bağımsız Örneklemelerde *t*-Testi' kullanılmıştır. Alt grup sayısının üç ve üstü olduğu durumlarda normal dağılım koşulunu sağlayan analizlerde, parametrik bir ölçüm olan 'Tek yönlü ANOVA'; normal dağılım sağlamayanlarda ise, 'Kruskal Wallis Testi' kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda elde edilen anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespit edilebilmesi için post-hoc testlerinden faydalanılmıştır. Grupların varyanslarının eşit olması durumunda 'Tukey HSD' kullanılmıştır. Non-parametrik Kruskal Wallis testi sonucunda elde edilen anlamlı bulguların ikili kıyaslaması, 'Mann Whitney U' testi yürütülmüştür. PMSÖ alt puanları ile DDGÖ-16, DYÖ ve DİA alt boyut puanları arasındaki ilişkiler, 'Pearson Korelasyon Analizi' ile incelenmiştir.

PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün rolüne ilişkin hipotezi test etmek amacıyla basit aracılık analizi yapılmıştır. Aracılık analizi SPSS PROCESS Macro (Hayes ve Rockwood, 2017) ile Bootstrapping yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bootstrap 5000 örnekleme dayalı olarak dolaylı etkiler için %95'lik bir güven aralığında tahminleri verilmiştir (Hayes, 2018). Aracı değişkenin açıkladığı varyans oranı, toplam dolaylı etkinin toplam etkiye bölünmesiyle hesaplanmıştır. Aracılık analizi için gerekli dört koşul şu şekilde test edilmiştir: 1- bağımsız değişken (premenstrüel sendrom) ile bağımlı değişken (duygusal yeme) arasında anlamlı bir ilişki olması, 2- bağımsız değişken (premenstrüel sendrom) ile aracı değişken (duygu düzenleme güçlüğü) arasında anlamlı bir ilişki olması, 3- aracı değişken (duygu düzenleme güçlüğü) modele dahil edildiğinde bağımsız değişken kontrol altındayken, aracı değişken (duygu düzenleme güçlüğü) ve bağımlı değişken (duygusal

yeme) arasında anlamlı bir ilişki olması, 4- aracı değişken modele eklendiğinde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki var olan anlamlı ilişkinin anlamsız hale gelmesi ve istatistiksel olarak doğrudan bir etkinin olmaması (tam aracılık) veya doğrudan etkinin daha zayıf olması (kısmi aracılık) beklenir (Baron & Kenny, 1986). Bahsi geçen (Hayes, 2018) aracılık modeli Şekil 1’de sunulmuştur.

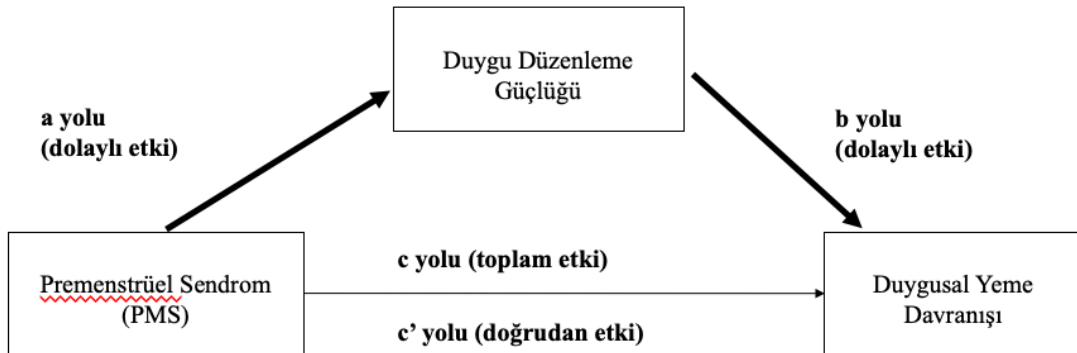
PMS belirtileri (PMSÖ ile ölçülen) ile duygusal iştah (DİA ile ölçülen) arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ-16 ile ölçülen) aracı rolü, DİA’nın toplam ve alt boyutları için ayrı ayrı test edilmiş ve aracılık analizi için yukarıda bahsedilen varsayımları sağlamadığı görülmüştür. Bunun üzerine, PMS’nin duygusal iştah-olumlu alt boyut puanı ve duygusal iştah-olumsuz alt boyut puanlarını yordamadaki rolü, ‘hiyerarşik regresyon analizi’ ile test edilmiştir. Burada, birincil analizlerimizde ilgili ölçüm üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edilen demografik faktörler, kontrol değişkenleri olarak analize alınmıştır. Hiyerarşik regresyon, iki aşamada toplam 4 prediktör ile yürütülmüştür. İlk aşamada çalışma durumu, VKİ, yeme problemi öyküsü kontrol değişkenleri olarak girilmiş; ikinci aşamada, asıl prediktör değişkeniz olan PMSÖ toplam puanı analize dahil edilmiştir. Söz konusu analiz, DİA- olumlu ve olumsuz alt boyutları için ayrı ayrı yürütülmüştür.

Aracılık ve hiyerarşik regresyon analizene geçilmeden önce gerekli varsayımlarının (normallik, çoklu doğrusallık, eş varyanslılık, doğrusallık) test edilmiştir. Normallik sınamasına ilişkin ölçütümüz, bu bölümün başında, yukarıda açıklanmıştır. Çoklu bağlantısallık (multicollinearity) probleminin test edilmesinde; modele dahil edilen değişkenler arasındaki ikili korelasyon değerlerinin,  $r = 0,80$  üzerinde olmaması (Tabachnick ve Fidell, 2007) kriter olarak alınmıştır. Ayrıca çoklu bağlantısallık sınamasının ileri bir kontrolü olarak, modele alınan ölçümlere ait tolerans değeri (Tolerance > 0,10), varyans büyütme faktörü (VIF < 10) ve durum indeksi (CI < 30) değerleri incelenmiştir. Artık değerlerin incelemesinde; Cook ve Mahalanobis mesafeleri hesaplanmış ve aşırı değerler (Cook < 1,00; Mahalanobis < 15) olmadığı görülmüştür. Bunlar sonucunda, ilgili tüm varsayımların çalışmamız kapsamında sağlandığı görülmüştür.

İstatistiksel analizlerde anlamlılık eşiği,  $p < 0,05$  (iki-uçu) olarak belirlenmiştir. Ancak, çoklu korelasyon ve regresyon analizlerinde Tip I hatayı önlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi, analize alınan değişken

sayısının belirlenen  $p$  anlamlılık eşiğine ( $p=0,05$ ) bölünmesi sonucunda manuel bir şekilde yapılmıştır. Bunun sonucunda yalnızca çoklu “Pearson Korelasyon” ve “Hiyerarşik Regresyon” analizlerinde istatistiksel anlamlılık eşiği,  $p \leq 0,01$  olarak düşünülmüştür. Kruskal Wallis sonucuna göre yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltilmesi yapılmıştır. Mann Whitney U testi için istatistiksel anlamlılık eşiği  $p \leq 0,01$  olarak düşünülmüştür. Bununla beraber, ilgili analizlere ilişkin bulgularımızda düzeltilmiş ve düzeltilmemiş  $p$  değerlerinin her ikisi de raporlanmıştır.

Ayrıca, analizlerde  $p$  anlamlılık eşiğinin yanı sıra, klinik anlamlılığın bir göstergesi olarak bir etki büyüklüğü (EB) istatistiği hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü istatistiklerinde Cohen d istatistiğine göre hesaplanmıştır. Parametrik gruplar arası istatistiksel karşılaştırmalarda, açıklanan varyans miktarının bir göstergesi olarak kısmi eta kare (kısmi  $\eta^2$ ) değeri kullanılarak belirlenmiştir. Çoklu korelasyon analizinde etki büyüklüğünün bir göstergesi olarak ilişki boyutu (İB) sunulmuştur. Korelasyon analizi için, R-kare ( $R^2$ ) değerleri hesaplanarak bir güç değeri tahmin edilmiştir. Klinik anlamlılık eşikleri,  $EB > 1$  ve  $İB \geq 0,10$  olarak belirlendi ve buna yönelik sonuçlar  $p$  değerleriyle birlikte ilgili tabloların altında belirtilen Cohen d (Cohen, 1988) eşik değerlerine göre yorumlanarak sunulmuştur.



**Şekil 1 PMS Belirtileri ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü Aracı Rolüne İlişkin Model**

**Not:** Hayes (2018) Model 4'e göre uyarlanmıştır. Baron & Kenny'nin (1986) aracılık analizi için gerekli ön şartları gözetilmiştir. PMS belirtilerinin (bağımsız değişken) duygu düzenleme güçlüğü (aracı değişken) üzerindeki etkisi (dolaylı etki, a yolu); duygu düzenleme güçlüğü (aracı değişken) duygusal yeme davranışı (bağımlı değişken) üzerindeki etkisi (dolaylı etki, b yolu); PMS belirtilerinin (bağımsız değişken) duygusal yeme davranışı (bağımlı değişken) üzerindeki etkisi (toplam etki, c yolu); aracı değişken olan duygu düzenleme güçlüğü modele dahil edildiğinde PMS belirtilerinin duygusal yeme davranışı üzerindeki etkisi (doğrudan etki, c' yolu).

## 4.BULGULAR

### 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve menstrüasyonla ilişkili bireysel faktörleri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Araştırma örneklemini oluşturan 254 üreme çağındaki sağlıklı kadın katılımcının yaş aralığı 18-49 yaş olup ortalamaları  $28.47 \pm 5.89$  bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin veriler incelendiğinde katılımcıların %48,8'inin lisansüstü (n=124), %41,7'sinin lisans (n=106) ve %9,4'ünün lisans altı (n=24) eğitim durumuna sahip olduğu görülmektedir. Çalışma durumuna ilişkin veriler katılımcıların %65'inin çalıştığını (n=165), %27,6'sının öğrenci olduğunu (n=70) ve %7,5'inin çalışmadığını (n=19) göstermektedir. Medeni duruma ilişkin verilere dayanarak katılımcıların %72,4'ünün bekar (n=184) ve %27,6'sının evli (n=70) olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik gelir düzeyine ilişkin veriler katılımcıların %77,2'sinin asgari ücret üstü (n=196) ve %22,8'inin asgari ücret altı (n=58) aylık gelir durumuna sahip olduğunu göstermektedir. Çocuk sahibi olmaya ilişkin verilere bakıldığında katılımcıların %83,5'inin çocuk sahibi olmadığı (n=212), %16,5'inin çocuk sahibi olduğu (n=42) görülmektedir. Katılımcıların el tercihinin dair verilere bakıldığında %87'sinin sağ el (n=221), %7,1'inin sol el (n=18), %5,9'unun her iki el (n=15) kullanımını tercih ettiği görülmektedir. Katılımcıların psikiyatrik tedavi öyküsüne ilişkin veriler incelendiğinde %70,9'unun psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı (n=180), yeme problemi öyküsüne ilişkin verilere bakıldığında %71,7'sinin yeme problemi öyküsü olmadığı (n=182) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne bakıldığında %79,1'inin aile yakınlarında psikiyatrik bir öykünün bulunmadığı (n=201) görülmektedir. Sigara tüketimine ilişkin veriler, katılımcıların %55,1'inin sigara tüketmediğini (n=140) göstermektedir. Egzersiz yapma durumuna ilişkin veriler ise katılımcıların %52,8'inin egzersiz yapmadığını (n=134), %47,2'sinin egzersiz yaptığını (n=120) göstermektedir. (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörleri**

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| <b>Yaş, Ort (SS)</b>                    | 28,47 (5.89) |
| Toplam (n=254)                          |              |
| <b>Eğitim Durumu, n (%)</b>             |              |
| Lisans Altı                             | 24 (9,4)     |
| Lisans                                  | 106 (41,7)   |
| Lisansüstü                              | 124 (48,8)   |
| <b>Çalışma Durumu, n (%)</b>            |              |
| Çalışıyor                               | 165 (65,0)   |
| Öğrenci                                 | 70 (27,6)    |
| Çalışmıyor                              | 19 (7,5)     |
| <b>Medeni Durum, n (%)</b>              |              |
| Evli                                    | 70 (27,6)    |
| Bekar                                   | 184 (72,4)   |
| <b>Aylık Gelir Düzeyi, n (%)</b>        |              |
| Asgari Ücret Üstü                       | 196 (77,2)   |
| Asgari Ücret Altı                       | 58 (22,8)    |
| <b>Çocuk Sahibi Olma, n (%)</b>         |              |
| Evet                                    | 42 (16,5)    |
| Hayır                                   | 212 (83,5)   |
| <b>El Tercihi, n (%)</b>                |              |
| Sağ El                                  | 221 (87,0)   |
| Sol El                                  | 18 (7,1)     |
| Her İki El                              | 15 (5,9)     |
| <b>Psikiyatrik Tedavi Öyküsü, n (%)</b> |              |

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| Hayır                                 | 180 (70,9) |
| Evet (Psikoterapi)                    | 25 (9,8)   |
| Evet (Farmakoterapi-ilaç)             | 25 (9,8)   |
| Evet-Her ikisi de                     | 24 (9,4)   |
| <b>Yeme Problemi Öyküsü, n (%)</b>    |            |
| Evet                                  | 72 (28,3)  |
| Hayır                                 | 182 (71,7) |
| <b>Ailede Psikiyatrik Öykü, n (%)</b> |            |
| Evet                                  | 53 (20,9)  |
| Hayır                                 | 201 (79,1) |
| <b>Sigara Tüketimi, n (%)</b>         |            |
| Kullanmıyorum                         | 140 (55,1) |
| Ara Sıra İçiyorum                     | 33 (13,0)  |
| Paket Taşıyorum                       | 73 (28,7)  |
| Kullanıyordum, bıraktım               | 8 (3,1)    |
| <b>Egzersiz Yapma Durumu, n (%)</b>   |            |
| Evet                                  | 120 (47,2) |
| Hayır                                 | 134 (52,8) |

#### 4.2 Katılımcıların PMS ile İlişkili Bireysel Özellikleri ve Potansiyel Risk Faktörleri

Herhangi bir gruplama yapılmaksızın tüm katılımcıların PMSÖ toplam puan ortalamaları  $133.9 \pm 34.2$ 'dir. İlk menarş yaşı ortalamaları,  $12.94 \pm 1.54$  bulunmuştur. İlk menarş yaşı istatistiksel değerlendirme yönteminde belirtildiği üzere, alt gruplara ayrılarak incelendiğinde; üreme çağındaki kadınların %81,9'unun 12-15 yaş (n=208), %13,4'ünün 11 yaş ve altı (n=34), %4,7'sinin 16 yaş ve üzeri (n=12) ilk menarş yaşına sahip olduğu görülmektedir. Menstrüasyon süresine ilişkin veriler katılımcıların %55,9'unun 3-5 gün (n=142), %40,6'sının 6-8 gün (n=103), %2'sinin 9 gün ve üzeri (n=5), %1,6'sının 3 günden az (1,6) olduğunu göstermektedir. Oral kontraseptif öyküsüne



ilişkin veriler, katılımcıların %72,4'ünün oral kontraseptif öyküsü olmadığını (n=184), %27,6'sının oral kontraseptif öyküsü olduğunu (n=70) göstermektedir. Menstrüel dönemde ağrı varlığına ilişkin verilere dayanarak katılımcıların %79,5'inin menstrüel dönemde ağrı yaşadığı (n=202), %20,5'inin menstrüel dönemde ağrı yaşamadığı (n=52) görülmektedir. Şekerli gıda tüketimine ilişkin veriler, katılımcıların %92,1'inin şekerli gıda tükettiğini (n=234), kahve-çay tüketimine ilişkin veriler ise katılımcıların %71,7'sinin günde 2 fincan veya daha fazla kahve/çay tüketimi olduğunu (n=182) göstermektedir. Premenstrüel dönemdeki duygu duruma ilişkin verilere bakıldığında, katılımcıların %75,6'sının premenstrüel dönemde daha kötü hissettiği (n=192), görülmektedir. Menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemlerine bakıldığında, katılımcıların %32,2'sinin hiçbir şey yapmadığı (n=82), %22'sinin sıcak su torbası uyguladığı (n=56), %16,5'inin medikal tedavilerden faydalandığı (n=42), %13,0'ının zihinsel ve bedensel teknikler uyguladığı (n=33), %11'inin bitkisel tedavilerden faydalandığı (n=28), %3,5'inin yaşam tarzında değişiklik yaptığı (n=9), %1,6'sının vücut terapilerinden faydalandığı (n=4) görülmektedir. VKİ ilişkin verilere bakıldığında, katılımcıların %40,9'unun zayıf (n=104), %30,7'sinin normal beden ağırlığına sahip (n=78), %20,9'unun fazla kilosu olan (n=53) ve %7,5'inin obez grubuna giren (n=19) sınıfa dahil olduğu görülmüştür (Tablo 4.2)

**Tablo 4.2 Katılımcıların PMS ile İlişkili Bireysel Özellikleri ve Potansiyel Risk Faktörleri**

|                                                          |                |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| <b>İlk Menarş Yaşı (Ort ± SS)</b><br><b>12.94 ± 1.54</b> | Toplam (n=254) |
| <b>İlk Menarş Yaşı, n (%)</b>                            |                |
| 11 Yaş ve Altı                                           | 34 (13,4)      |
| 12-15 Yaş                                                | 208 (81,9)     |
| 16 Yaş ve Üzeri                                          | 12 (4,7)       |
| <b>Menstrüasyon Süresi, n (%)</b>                        |                |
| 3 Günden Az                                              | 4 (1,6)        |
| 3-5 Gün                                                  | 142 (55,9)     |
| 6-8 Gün                                                  | 103 (40,6)     |

|                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9 Gün ve Üzeri                                                                 | 5 (2,0)    |
| <b>Oral Kontraseptif Öyküsü, n (%)</b>                                         |            |
| Evet                                                                           | 70 (27,6)  |
| Hayır                                                                          | 184 (72,4) |
| <b>Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığı, n (%)</b>                                   |            |
| Evet                                                                           | 202 (79,5) |
| Hayır                                                                          | 52 (20,5)  |
| <b>Şekerli Gıda Tüketimi, n (%)</b>                                            |            |
| Evet                                                                           | 234 (92,1) |
| Hayır                                                                          | 20 (7,9)   |
| <b>Kahve / Çay Tüketimi, n (%)</b>                                             |            |
| Hiç                                                                            | 3 (1,2)    |
| Günde 1 Fincan                                                                 | 54 (21,3)  |
| Günde 2 Fincan veya Daha Fazla                                                 | 182 (71,7) |
| Haftada 1-2 Fincan                                                             | 15 (5,9)   |
| <b>Premenstrüel Dönemdeki Duygu Durum, n (%)</b>                               |            |
| Aynı                                                                           | 47 (18,5)  |
| Kötü                                                                           | 192 (75,6) |
| Bilmiyorum                                                                     | 15 (5,9)   |
| <b>Menstrüel Dönemde Yaşanan Şikâyetleri Azaltma Yöntemi, n (%)</b>            |            |
| Hiçbir Şey Yapmıyorum                                                          | 82 (32,3)  |
| Vücut Terapileri (Masaj, Akupunktur vb.)                                       | 4 (1,6)    |
| Sıcak Uygulama (Sıcak Su Torbası)                                              | 56 (22,0)  |
| Medikal Tedavi (Ağrı Kesici vb.)                                               | 42 (16,5)  |
| Zihinsel ve Bedensel Teknikler (Fiziksel Egzersiz, Yoga, Gevşeme Egzersizleri) | 33 (13,0)  |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Diyet, Kafein-Alkol ve Sigara Kısıtlaması, Vitamin Desteği) | 9 (3,5)   |
| Bitkisel Tedaviler (Gül Çayı, Rezene Çayı vb.)                                          | 28 (11,0) |

#### VKİ, n (%)

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf        | 104 (40,9) |
| 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup> , Normal | 78 (30,7)  |
| 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup> Kilolu     | 53 (20,9)  |
| ≥30 kg/ m <sup>2</sup> Obez           | 19 (7,5)   |

### 4.3 Çoklu Regresyon ve Korelasyon Analizi için Ölçeklerin Normallik Dağılımı Sınaması

Analizlere başlamadan önce verilerin normallik dağılımı açısından uygunlukları incelenmiştir. Örneklem sayısı, 254 olduğundan ‘Kolmogorov-Smirnov’ testi sonucu incelenmiş olup, PMSÖ toplam puan düzeyi ( $p>0,05$ ) dışında tüm düzeylere ilişkin anlamlılık değerin  $p<0,05$  olduğu görülmüştür. Bu değerlerin 0,05’ten küçük olması normal dağılıma uygunluk göstermediğini belirtmektedir. Bunun üzerine, çoklu regresyon ve korelasyon analizlerinde normal dağılım sınamasının diğer ölçütleri test edilerek nihai karara varılması düşünülmüştür. Bu doğrultuda, ölçeklerin çarpıklık ve basıklık istatistikleri, histogram grafikleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık istatistik değerlerinin yaklaşık olarak  $\pm 1$  olması ve çarpıklık ile basıklık değerlerinin kendi standart hatalarına bölünmesinde elde edilen değerlerin yine  $\pm 3,29$  içerisinde yer alması (Tabacknick ve Fidel, 2013); son olarak görsel karar aşamasında, histogram grafiklerinde yaklaşık bir normal dağılım eğrisi elde edilmesi gibi kriterlere dayanarak, ilgili ölçümler için normallik varsayımının yaklaşık olarak karşılandığı düşünülmüştür (Tablo 4.3)

**Tablo 4.3 Ölçeklerin Normallik Dağılımları**

| Ölçekler                  | İstatistikler | Standart Hata |
|---------------------------|---------------|---------------|
| PMSÖ Toplam               | Çarpıklık     | -0,157        |
|                           | Basıklık      | -0,353        |
| PMSÖ- Depresif Duygulanım | Çarpıklık     | -0,260        |

|                                         |           |        |       |
|-----------------------------------------|-----------|--------|-------|
|                                         | Basıklık  | -0,120 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Anksiyete</b>                  | Çarpıklık | 0,422  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,672 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Yorgunluk</b>                  | Çarpıklık | -0,348 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,383 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Sinirlilik</b>                 | Çarpıklık | -0,264 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,482 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Depresif Düşünceler</b>        | Çarpıklık | 0,163  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,695 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Ağrı</b>                       | Çarpıklık | -0,127 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,657 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- İştah Değişimleri</b>          | Çarpıklık | -0,272 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,641 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Uyku değişimleri</b>           | Çarpıklık | -0,094 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,496 | 0,304 |
| <b>PMSÖ- Şişkinlik</b>                  | Çarpıklık | -0,602 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,295 | 0,304 |
| <b>DDGÖ Toplam</b>                      | Çarpıklık | 0,625  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,029 | 0,304 |
| <b>DDGÖ- Açıklık</b>                    | Çarpıklık | 0,728  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | 0,137  | 0,304 |
| <b>DDGÖ- Amaçlar</b>                    | Çarpıklık | -0,094 | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,881 | 0,304 |
| <b>DDGÖ- Dürtü</b>                      | Çarpıklık | 0,797  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,182 | 0,304 |
| <b>DDGÖ- Stratejiler</b>                | Çarpıklık | 0,594  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,542 | 0,304 |
| <b>DDGÖ- Kabul Etmeme</b>               | Çarpıklık | 0,815  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,174 | 0,304 |
| <b>DYÖ Toplam</b>                       | Çarpıklık | 0,422  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,589 | 0,304 |
| <b>DYÖ- Gerginlik Durumlarında Yeme</b> | Çarpıklık | 0,376  | 0,153 |
|                                         | Basıklık  | -0,640 | 0,304 |

|                                                          |           |        |       |
|----------------------------------------------------------|-----------|--------|-------|
| <b>DYÖ- Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme</b> | Çarpıklık | 0,530  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,586 | 0,304 |
| <b>DYÖ- Kendini Kontrol Edebilme</b>                     | Çarpıklık | 0,282  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,312 | 0,304 |
| <b>DYÖ- Uyarın Karşısında Kontrol</b>                    | Çarpıklık | 0,116  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,384 | 0,304 |
| <b>DİA- Olumlu Toplam</b>                                | Çarpıklık | -0,387 | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | 0,261  | 0,304 |
| <b>DİA- Olumsuz Toplam</b>                               | Çarpıklık | 0,552  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,507 | 0,304 |
| <b>DİA- Olumlu Duygu Puanları</b>                        | Çarpıklık | -0,507 | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | 0,328  | 0,304 |
| <b>DİA- Olumlu Durum Puanları</b>                        | Çarpıklık | 0,031  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,442 | 0,304 |
| <b>DİA- Olumsuz Durum Puanları</b>                       | Çarpıklık | 0,968  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | 0,290  | 0,304 |
| <b>DİA- Olumsuz Duygu Puanları</b>                       | Çarpıklık | 0,295  | 0,153 |
|                                                          | Basıklık  | -0,890 | 0,304 |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Form-16, DİA: Duygusal İştah Anketi

#### 4.4. PMSÖ Puanlarına Göre Üreme Çağındaki Kadınların Değerlendirilmesi

##### 4.4.1. PMSÖ Puanlarına Göre Kadınların PMS Yaşama Durumu ve Belirti Düzeylerinin İncelenmesi

Bu çalışmada, katılımcılarda PMS varlığı PMSÖ ölçeğinin kesme puanına ('PMS Belirtisi Var',  $\geq 132$  ve 'PMS Belirtisi Yok',  $< 132$ ) göre karar verilmiştir. Çalışmaya katılan 254 sağlıklı kadından 136 kişide PMS belirtisi gözlenirken; 118 kişinin PMS belirtisi olmadığı ve bu çalışma için PMS prevalansının %53,5 olduğu saptanmıştır.

PMSÖ skoruna göre PMS şiddeti incelenirken kesme puanları göz önünde bulundurularak PMS Hafif ( $< 104$ ), PMS Orta ( $< 164$ ) ve PMS Şiddetli ( $\geq 164$ ) olarak üç gruba ayrılmıştır. Üreme çağındaki kadınların %60,2'sinde orta düzeyde PMS belirtisi

(n=153), %20,9’unda ciddi düzeyde PMS belirti (n=53), %18,9’unda ise hafif düzeyde PMS belirtisi (n=48) olduğu görülmüştür (Tablo 4.4)

**Tablo 4.4 PMSÖ Puanlarına Göre Kadınların PMS Yaşama Durumu ve Belirti Düzeylerinin İncelenmesi**

**Üreme Çağındaki Sağlıklı Kadınlar (n=254)**

**PMSÖ Puanlarına Göre PMS Varlığı, n (%)**

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| PMS Belirtisi Var ( $\geq 132$ ) | 136 (%53,5) |
| PMS Belirtisi Yok ( $< 132$ )    | 118 (%46,5) |

**PMSÖ Puanlarına Göre PMS Şiddeti, n (%)**

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| PMS Hafif ( $< 104$ )    | 48 (%18,9)  |
| PMS Orta ( $< 164$ )     | 153 (%60,2) |
| PMS Ciddi ( $\geq 164$ ) | 53 (%20,9)  |

**4.4.2 PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

Üreme çağındaki kadınların PMS ölçeğinden aldıkları PSMÖ toplam puan ortalaması  $133,92 \pm 34,21$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; depresif duygulanım alt boyutu için  $23,01 \pm 6,26$  ; anksiyete alt boyutu için  $16,08 \pm 6,24$ ; yorgunluk alt boyutu için  $20,53 \pm 5,82$ ; sinirlilik alt boyutu için  $16,40 \pm 5,16$ ; depresif düşünceler alt boyutu için  $19,12 \pm 7,41$ ; ağrı alt boyutu için  $9,15 \pm 3,07$ ; iştah değişiklikleri alt boyutu için  $10,16 \pm 3,26$ ; uyku değişiklikleri alt boyutu için  $8,36 \pm 2,99$  ve şişkinlik alt boyutu için  $11,07 \pm 2,99$  olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5 PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları**

**Üreme Çağındaki kadınlar (n=254)**

|                                |                                  |                                    |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>PMSÖ toplam puanı</b>       | <b>(Ort <math>\pm</math> SS)</b> | <b>133.9 <math>\pm</math> 34.2</b> |
| <b>PMSÖ alt boyut puanları</b> | <b>(Ort <math>\pm</math> SS)</b> |                                    |
| Depresif duygulanım            |                                  | 23.0 $\pm$ 6.26                    |
| Anksiyete                      |                                  | 16.0 $\pm$ 6.24                    |
| Yorgunluk                      |                                  | 20.5 $\pm$ 5.82                    |
| Sinirlilik                     |                                  | 16.4 $\pm$ 5.16                    |

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Depresif düşünceler  | 19.1 ± 7.41 |
| Ağrı                 | 9.15 ± 3.07 |
| İştah değişiklikleri | 10.1 ± 3.26 |
| Uyku değişiklikleri  | 8.36 ± 2.99 |
| Şişkinlik            | 11.0 ± 2.99 |

#### 4.5. Sosyo-Demografik ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörlere Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, psikiyatrik tedavi öyküsü, yeme problemi öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara tüketimi gibi sosyo-demografik faktörlere göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları açısından istatistiksel karşılaştırmaları ayrı ayrı yürütülmüştür.

##### 4.5.1 Eğitim Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Tek Yönlü ANOVA’ ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan ‘Kruskal Wallis-H Testi’ ile incelenmiştir. Eğitim durumuna göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.6’da sunulmuştur.

DYÖ toplam puanının hangi eğitim durumları arasında farklılaştığını belirlemek için ‘Mann Whitney U Testi’ uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre DYÖ toplam puanları açısından farklılığın; eğitim durumu lisansüstü olan kişilerin (81,45 ± 25,30) lisans olan kişilerden (70,35 ± 23,85) yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-3,55$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). Eğitim durumuna göre PMSÖ, DDGÖ-16, DİA toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (tümü için,  $p_{\text{düzeltilmemiş}}>0,05$ ).

**Tablo 4.6 Eğitim Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

| Ölçekler    | Eğitim Durumu      | Ort ± SS       | F/ X <sup>2</sup> | p    |
|-------------|--------------------|----------------|-------------------|------|
| PMSÖ Toplam | Lisans Altı (n=24) | 132,87 ± 31,55 | F= 1,95           | 0,14 |
|             | Lisans (n=106)     | 129,24 ± 33,49 |                   |      |

|                                                |                        |                |              |               |
|------------------------------------------------|------------------------|----------------|--------------|---------------|
|                                                | Lisans Üstü<br>(n=124) | 138,12 ± 35,02 |              |               |
|                                                | Lisans Altı<br>(n=24)  | 42,00 ± 14,81  |              |               |
| <b>DDGÖ-16<br/>Toplam</b>                      | Lisans (n=106)         | 39,13 ± 14,34  | $X^2= 2,28$  | 0,31          |
|                                                | Lisans Üstü<br>(n=124) | 41,57 ± 14,93  |              |               |
|                                                | Lisans Altı<br>(n=24)  | 73,41 ± 24,09  |              |               |
| <b>DYÖ Toplam</b>                              | Lisans (n=106)         | 70,35 ± 23,85  | $X^2= 13,02$ | <b>0,00**</b> |
|                                                | Lisans Üstü<br>(n=124) | 81,45 ± 25,30  |              |               |
|                                                | Lisans Altı<br>(n=24)  | 16,91 ± 4,31   |              |               |
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>  | Lisans (n=106)         | 17,57 ± 3,83   | $X^2= 2,62$  | 0,27          |
|                                                | Lisans Üstü<br>(n=124) | 16,52 ± 4,22   |              |               |
|                                                | Lisans Altı<br>(n=24)  | 22,16 ± 6,21   |              |               |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Lisans (n=106)         | 22,29 ± 6,13   | $X^2= 4,99$  | 0,08          |
|                                                | Lisans Üstü<br>(n=124) | 24,56 ± 7,55   |              |               |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*\* $p<0,01$

#### 4.5.2 Çalışma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Tek Yönlü ANOVA’ ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan ‘Kruskal Wallis-H Testi’ ile incelenmiştir. Çalışma durumuna göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Çalışma durumuna göre PMSÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F_{(2, 251)}=3,45, p=0,03$ ). İstatistiksel anlamlılığa ulaşılmasına rağmen eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü küçük düzeyde (kısımlı  $\eta^2=0,02$ ) bulunmuştur. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, öğrencilerin ( $140,12 \pm 35,38$ ) PMSÖ toplam puanlarının çalışmayanlara ( $117,47 \pm 27,30$ ) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,02$ ). Kruskal Wallis sonucuna göre DDGÖ-16 ( $X^2_{(2)}= 10,12, p_{\text{düzeltilmemiş}}=0,00$ ) ve DİA-Olumlu toplam puanlarının ( $X^2_{(2)}= 11,97,$



$p_{\text{düzeltilmemiş}}=0,00$ ) çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. DDGÖ-16 ve DİA-Olumlu toplam puanlarının hangi çalışma durumları arasında farklılaştığını belirlemek için ‘Mann Whitney U Testi’ uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre DDGÖ-16 toplam puanlarının çalışma durumu açısından farklılığının; öğrenciler ve çalışanlar arasında olduğu, öğrencilerin ( $44,85 \pm 13,93$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının çalışan kadınlardan ( $39,39 \pm 14,91$ ) yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,80$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). Öğrenciler ve çalışmayan kadınlar arasında da farklılığın olduğu, öğrencilerin ( $44,85 \pm 13,93$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının çalışmayan kadınlardan ( $35,31 \pm 11,88$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,50$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,01$ ). DİA-Olumlu toplam puanları açısından farklılığın; öğrenciler ve çalışan kadınlar arasında olduğu ve öğrencilerin ( $18,28 \pm 4,01$ ) DİA-Olumlu toplam puanlarının çalışan kadınlardan ( $16,56 \pm 4,13$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,97$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). Öğrenciler ve çalışmayan kadınlar arasında da farklılığın olduğu, öğrencilerin ( $18,28 \pm 4,01$ ) DİA-Olumlu toplam puanlarının çalışmayan kadınlardan ( $16,00 \pm 2,92$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,78$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ).

**Tablo 4.7 Çalışma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

| Ölçekler              | Çalışma Durumu    | Ort $\pm$ SS       | F/ $X^2$     | p             |
|-----------------------|-------------------|--------------------|--------------|---------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>    | Çalışıyor (n=165) | 133,18 $\pm$ 33,88 | F= 3,45      | <b>0,03*</b>  |
|                       | Öğrenci (n=70)    | 140,12 $\pm$ 35,38 |              |               |
|                       | Çalışmıyor (n=19) | 117,47 $\pm$ 27,30 |              |               |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b> | Çalışıyor (n=165) | 39,39 $\pm$ 14,91  | $X^2= 10,12$ | <b>0,00**</b> |
|                       | Öğrenci (n=70)    | 44,85 $\pm$ 13,93  |              |               |
|                       | Çalışmıyor (n=19) | 35,31 $\pm$ 11,88  |              |               |
| <b>DYÖ Toplam</b>     | Çalışıyor (n=165) | 77,82 $\pm$ 26,65  | $X^2= 2,46$  | 0,29          |
|                       | Öğrenci (n=70)    | 74,07 $\pm$ 22,04  |              |               |
|                       | Çalışmıyor (n=19) | 68,15 $\pm$ 19,69  |              |               |
|                       | Çalışıyor (n=165) | 16,56 $\pm$ 4,13   | $X^2= 11,97$ | <b>0,00**</b> |

|                                        |                   |              |              |      |
|----------------------------------------|-------------------|--------------|--------------|------|
| <b>DİA- Olumlu Duygu/Durum Toplam</b>  | Öğrenci (n=70)    | 18,28 ± 4,01 |              |      |
|                                        | Çalışmıyor (n=19) | 16,00 ± 2,92 |              |      |
| <b>DİA- Olumsuz Duygu/Durum Toplam</b> | Çalışıyor (n=165) | 24,05 ± 7,21 |              |      |
|                                        | Öğrenci (n=70)    | 21,78 ± 6,46 | $X^2 = 5,37$ | 0,06 |
|                                        | Çalışmıyor (n=19) | 23,52 ± 5,36 |              |      |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.5.3 Medeni Duruma Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin medeni durumuna göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Bağımsız Örneklemelerde T Tesi' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Mann Whitney U' ile incelenmiştir. Medeni durumuna göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p > 0,05$ ). (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8 Medeni Duruma Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları**

| Ölçekler              | Medeni Durum  | Ort ± SS       | t / Z       | p    |
|-----------------------|---------------|----------------|-------------|------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>    | Evli (n=70)   | 136,25 ± 31,98 | $t = 0,67$  | 0,50 |
|                       | Bekar (n=184) | 133,03 ± 35,06 |             |      |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b> | Evli (n=70)   | 38,34 ± 13,98  | $Z = -1,45$ | 0,14 |
|                       | Bekar (n=184) | 41,45 ± 14,87  |             |      |
| <b>DYÖ Toplam</b>     | Evli (n=70)   | 74,61 ± 23,55  | $Z = -0,37$ | 0,70 |
|                       | Bekar (n=184) | 76,61 ± 25,66  |             |      |
|                       | Evli (n=70)   | 16,80 ± 4,05   | $Z = -0,42$ | 0,67 |

|                                                |               |              |          |      |
|------------------------------------------------|---------------|--------------|----------|------|
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>  | Bekar (n=184) | 17,07 ± 4,10 |          |      |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Evli (n=70)   | 23,71 ± 6,77 |          |      |
|                                                | Bekar (n=184) | 23,26 ± 7,01 | Z= -0,69 | 0,48 |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.5.4 Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin psikiyatrik tedavi öyküsüne göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Tek Yönlü ANOVA’ ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan ‘Kruskal Wallis-H Testi’ ile incelenmiştir. Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Psikiyatrik tedavi öyküsüne göre PMSÖ toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F(3, 250) = 8,22, p_{\text{düzeltilmemiş}} < 0,001$ ). İstatistiksel anlamlılığa ulaşılmasına rağmen eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü orta düzeyde (kısmi  $\eta^2 = 0,09$ ) bulunmuştur. Levene’s testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı görüldüğünden ( $p > 0,05$ ), hangi gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu gözlemlemek adına post-hoc Tukey testi ile ikili karşılaştırmalara bakılmıştır. Bunun sonucunda farmakoterapi/ilaç tedavi öyküsü olan kadınların ( $162,40 \pm 31,60$ ) PMSÖ toplam puanlarının psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan ( $130,23 \pm 34,33$ ) ve psikoterapi tedavi öyküsü olan ( $124,28 \pm 32,71$ ) kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (hepsi için,  $p < 0,05$ ).

Kruskal Wallis testi sonucunda, DDGÖ-16 toplam puanlarının psikiyatrik tedavi öyküsüne göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ( $X^2_{(3)} = 12,69, p_{\text{düzeltilmemiş}} = 0,00$ ). Bu farklılığın hangi psikiyatrik tedavi öyküsü arasında olduğunu belirlemek için ‘Mann Whitney U Testi’ uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre DDGÖ-16 toplam puanlarının psikiyatrik tedavi öyküsü açısından farklılığının; psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan kadınlar ve farmakoterapi/ilaç tedavi öyküsü olan kadınların arasında olduğu, farmakoterapi/ilaç tedavi öyküsü olan kadınların ( $51,48 \pm 18,87$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan ( $39,01 \pm 13,82$ ) kadınlara göre anlamlı

olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $Z=-3,20$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). Psikoterapi tedavi öyküsü olan kadınlar ve farmakoterapi/ilaç tedavi öyküsü olan kadınlar arasında da farklılığın olduğu; farmakoterapi/ilaç tedavi öyküsü olanların ( $51,48 \pm 18,87$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının psikoterapi tedavi öyküsü olan kadınlardan ( $38,56 \pm 14,12$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,62$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). DYÖ, DİA-Olumlu ve DİA-Olumsuz toplam puanlarında psikiyatrik tedavi öyküsüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p_{\text{düzeltilmemiş}} > 0,05$ ). (Tablo 4.9)

**Tablo 4.9 Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

| Ölçekler              | Psikiyatrik Tedavi Öyküsü       | Ort $\pm$ SS       | F/ $X^2$    | p                   |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------|-------------|---------------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>    | Hayır (n=180)                   | 130,23 $\pm$ 34,33 | $F=8,22$    | <b>&lt;0,001***</b> |
|                       | Evet- Psikoterapi (n=25)        | 124,28 $\pm$ 32,71 |             |                     |
|                       | Evet- Farmakoterapi/İlaç (n=25) | 162,40 $\pm$ 31,60 |             |                     |
|                       | Evet- Her İkisi de (n=24)       | 141,95 $\pm$ 19,53 |             |                     |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b> | Hayır (n=180)                   | 39,01 $\pm$ 13,82  | $X^2=12,69$ | <b>0,00**</b>       |
|                       | Evet- Psikoterapi (n=25)        | 38,56 $\pm$ 14,12  |             |                     |
|                       | Evet- Farmakoterapi/İlaç (n=25) | 51,48 $\pm$ 18,87  |             |                     |
|                       | Evet- Her İkisi de (n=24)       | 43,25 $\pm$ 11,87  |             |                     |
| <b>DYÖ Toplam</b>     | Hayır (n=180)                   | 74,75 $\pm$ 24,03  | $X^2=5,59$  | 0,13                |
|                       | Evet- Psikoterapi (n=25)        | 71,40 $\pm$ 24,28  |             |                     |
|                       | Evet- Farmakoterapi/İlaç (n=25) | 79,32 $\pm$ 28,42  |             |                     |

|                                                |                                       |               |            |      |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|------------|------|
|                                                | Evet- Her İkisi de<br>(n=24)          | 87,41 ± 27,84 |            |      |
|                                                | Hayır (n=180)                         | 17,07 ± 4,23  |            |      |
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>  | Evet- Psikoterapi<br>(n=25)           | 17,04 ± 3,49  | $X^2=1,24$ | 0,74 |
|                                                | Evet-<br>Farmakoterapi/İlaç<br>(n=25) | 17,24 ± 2,97  |            |      |
|                                                | Evet- Her İkisi de<br>(n=24)          | 16,12 ± 4,65  |            |      |
|                                                | Hayır (n=180)                         | 22,88 ± 6,70  |            |      |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Evet- Psikoterapi<br>(n=25)           | 23,72 ± 7,74  | $X^2=5,6$  | 0,13 |
|                                                | Evet-<br>Farmakoterapi/İlaç<br>(n=25) | 23,40 ± 6,63  |            |      |
|                                                | Evet- Her İkisi de<br>(n=24)          | 26,79 ± 7,59  |            |      |
|                                                | Hayır (n=180)                         | 22,88 ± 6,70  |            |      |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma,  $**p<0,01$ ,  $***p<0,001$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.5.5 Yeme Problemi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin yeme problemi öyküsüne göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Bağımsız Örneklemelerde T Tesi' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Mann Whitney U' ile incelenmiştir. Yeme problemi öyküsüne göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Mann Whitney U testi sonucuna göre yeme problemi öyküsü olan ve yeme problemi öyküsü olmayan olmak üzere iki grup arasında DYÖ ve DİA-Olumsuz toplam puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (hepsi için,  $p<0,05$ ). Grupların ortalama

değerleri incelendiğinde yeme problemi öyküsü olan kadınların DYÖ toplam puanlarının ( $84,30 \pm 29,46$ ), yeme problemi öyküsü olmayan kadınlardan ( $72,80 \pm 22,37$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,66$ ,  $p=0,00$ ). DİA-Olumsuz duygu/durum toplam puanlarına bakıldığında, yeme problemi öyküsü olan kadınların ( $26,27 \pm 7,58$ ) DİA-Olumsuz toplam puanlarının yeme problemi öyküsü olmayanlardan ( $22,24 \pm 6,33$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-3,81$ ,  $p<0,001$ ). Yeme problemi öyküsüne göre PMSÖ, DDGÖ-16, DİA-Olumlu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p> 0,05$ ). (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10 Yeme Problemi Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları**

| Ölçekler                               | Yeme Problemi Öyküsü | Ort $\pm$ SS       | t/ Z       | p                                   |
|----------------------------------------|----------------------|--------------------|------------|-------------------------------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>                     | Hayır (n=182)        | $134,34 \pm 33,53$ | $t= 0,31$  | $0,75$                              |
|                                        | Evet (n=72)          | $132,86 \pm 36,97$ |            |                                     |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b>                  | Hayır (n=182)        | $40,19 \pm 14,38$  | $Z= -0,59$ | $0,55$                              |
|                                        | Evet (n=72)          | $41,61 \pm 15,44$  |            |                                     |
| <b>DYÖ Toplam</b>                      | Hayır (n=182)        | $72,80 \pm 22,37$  | $Z= -2,66$ | <b><math>0,00^{**}</math></b>       |
|                                        | Evet (n=72)          | $84,30 \pm 29,46$  |            |                                     |
| <b>DİA-Olumlu Duygu/Durum Toplam</b>   | Hayır (n=182)        | $17,24 \pm 4,02$   | $Z= -1,74$ | $0,08$                              |
|                                        | Evet (n=72)          | $16,37 \pm 4,20$   |            |                                     |
| <b>DİA- Olumsuz Duygu/Durum Toplam</b> | Hayır (n=182)        | $22,24 \pm 6,33$   | $Z= -3,81$ | <b><math>&lt;0,001^{***}</math></b> |
|                                        | Evet (n=72)          | $26,27 \pm 7,58$   |            |                                     |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duyusal Yeme Ölçeği, DİA: Duyusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS= Standart Sapma,  $^{**}p<0,01$ ,  $^{***}p<0,001$

#### 4.5.6 Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Bağımsız Örneklemelerde T Testi’ ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan ‘Mann Whitney U’ ile incelenmiştir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre; ailede psikiyatrik öyküsü olanların ( $146,30 \pm 32,21$ ) PMSÖ toplam puanlarının ailede psikiyatrik öyküsü olmayanlardan ( $130,65 \pm 34,04$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t_{(252)} = -3,01, p=0,00$ ). Ortalamalar arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark=-15,64, %95 Güven Aralığı: -25,88’den -5,40’e) küçük düzeydedir (kısmi  $\eta^2=0,03$ ). Mann Whitney U Testi sonucuna göre ailede psikiyatrik öyküsü olan ve ailede psikiyatrik öyküsü olmayan olmak üzere iki grup arasında DDGÖ-16 ve DYÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (hepsi için,  $p<0,05$ ). Grupların ortalama değerleri incelendiğinde ailede psikiyatrik öyküsü olan kadınların ( $46,71 \pm 16,81$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının ailede psikiyatrik öyküsü olmayan kadınlardan ( $38,98 \pm 13,65$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z= -2,89, p=0,00$ ). DYÖ toplam puanlarına bakıldığında, ailede psikiyatrik öyküsü olan kadınların ( $84,66 \pm 27,92$ ) DYÖ toplam puanlarının ailede psikiyatrik öyküsü olmayan kadınlardan ( $73,80 \pm 23,82$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z= -2,55, p=0,01$ ). Ailede psikiyatrik öyküye göre DİA-Olumlu ve DİA-Olumsuz toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p > 0,05$ ). (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11 Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları**

| Ölçekler           | Ailede Psikiyatrik Öykü | Ort $\pm$ SS       | t/ Z       | p             |
|--------------------|-------------------------|--------------------|------------|---------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b> | Hayır (n=201)           | 130,65 $\pm$ 34,04 | $t= -3,01$ | <b>0,00**</b> |
|                    | Evet (n=53)             | 146,30 $\pm$ 32,21 |            |               |

|                                                |               |               |                 |               |
|------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|
| <b>DDGÖ-16<br/>Toplam</b>                      | Hayır (n=201) | 38,98 ± 13,65 | <b>Z= -2,89</b> | <b>0,00**</b> |
|                                                | Evet (n=53)   | 46,71 ± 16,81 |                 |               |
| <b>DYÖ Toplam</b>                              | Hayır (n=201) | 73,80 ± 23,82 | <b>Z= -2,55</b> | <b>0,01**</b> |
|                                                | Evet (n=53)   | 84,66 ± 27,92 |                 |               |
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>  | Hayır (n=201) | 16,94 ± 4,08  | <b>Z= -0,26</b> | <b>0,79</b>   |
|                                                | Evet (n=53)   | 17,20 ± 4,13  |                 |               |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Hayır (n=201) | 22,99 ± 6,74  | <b>Z= -1,71</b> | <b>0,08</b>   |
|                                                | Evet (n=53)   | 24,90 ± 7,52  |                 |               |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*\* $p < 0,01$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.5.7 Sigara Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin sigara tüketimine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Tek Yönlü ANOVA' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Kruskal Wallis-H Testi' ile incelenmiştir. Sigara tüketimine göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA toplam puanlarının sonuçları Tablo 4.12'de sunulmuştur. Sigara tüketimine göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p > 0,05$ ).



**Tablo 4.12 Sigara Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Testi Sonuçları**

| Ölçekler                              | Sigara Tüketimi                  | Ort $\pm$ SS       | <i>F/ X<sup>2</sup></i>     | <i>p</i> |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------|----------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>                    | Kullanmıyorum<br>(n=140)         | 133,20 $\pm$ 35,26 | <i>F</i> = 0,42             | 0,73     |
|                                       | Ara Sıra İçiyorum<br>(n=33)      | 139,90 $\pm$ 35,26 |                             |          |
|                                       | Paket Taşıyorum<br>(n=73)        | 133,15 $\pm$ 33,00 |                             |          |
|                                       | Kullanıyordum,<br>bıraktım (n=8) | 128,87 $\pm$ 22,29 |                             |          |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b>                 | Kullanmıyorum<br>(n=140)         | 40,87 $\pm$ 15,06  | <i>X<sup>2</sup></i> = 1,27 | 0,73     |
|                                       | Ara Sıra İçiyorum<br>(n=33)      | 43,93 $\pm$ 18,60  |                             |          |
|                                       | Paket Taşıyorum<br>(n=73)        | 38,56 $\pm$ 11,90  |                             |          |
|                                       | Kullanıyordum,<br>bıraktım (n=8) | 40,37 $\pm$ 11,79  |                             |          |
| <b>DYÖ Toplam</b>                     | Kullanmıyorum<br>(n=140)         | 77,24 $\pm$ 24,50  | <i>X<sup>2</sup></i> = 1,93 | 0,58     |
|                                       | Ara Sıra İçiyorum<br>(n=33)      | 76,30 $\pm$ 24,11  |                             |          |
|                                       | Paket Taşıyorum<br>(n=73)        | 73,16 $\pm$ 26,19  |                             |          |
|                                       | Kullanıyordum,<br>bıraktım (n=8) | 81,00 $\pm$ 30,57  |                             |          |
| <b>DİA- Olumlu Duygu/Durum Toplam</b> | Kullanmıyorum<br>(n=140)         | 17,20 $\pm$ 4,11   | <i>X<sup>2</sup></i> = 5,07 | 0,16     |
|                                       | Ara Sıra İçiyorum<br>(n=33)      | 17,36 $\pm$ 4,35   |                             |          |

|                                                |                                  |              |            |      |
|------------------------------------------------|----------------------------------|--------------|------------|------|
|                                                | Paket Taşıyorum<br>(n=73)        | 16,30 ± 4,03 |            |      |
|                                                | Kullanıyordum,<br>bıraktım (n=8) | 18,37 ± 2,26 |            |      |
|                                                | Kullanmıyorum<br>(n=140)         | 23,68 ± 7,07 |            |      |
|                                                | Ara Sıra İçiyorum<br>(n=33)      | 23,06 ± 6,69 |            |      |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Paket Taşıyorum<br>(n=73)        | 22,71 ± 6,50 | $X^2= 1,3$ | 0,72 |
|                                                | Kullanıyordum,<br>bıraktım (n=8) | 25,75 ± 9,69 |            |      |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ16-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.6. PMS ile İlişkili Bireysel Özellikler ve Potansiyel Risk Faktörlerine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

PMS ile ilişkili bireysel özellikler ve potansiyel risk faktörlerini içeren ilk menarş yaşı, menstrüasyon süresi, oral kontraseptif öyküsü, menstrüel dönemdeki ağrı varlığı, premenstrüel dönemdeki duygu durum ve yakınmaları azaltma yöntemine göre PMSÖ toplam puanları incelenirken; şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapma ve vücut kitle indeksi olmak üzere diğer PMS risk faktörleriyle ilişkili faktörler PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları açısından istatistiksel karşılaştırmalar yapılmıştır.

##### 4.6.1 İlk Menarş Yaşına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin ilk menarş yaşına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Tek Yönlü ANOVA’ ile incelenmiştir. Levene’s testi sonucuna göre varyansların homojen dağıldığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). ANOVA sonucuna bakıldığında, ilk menarş yaşı PMSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır ( $F(2, 251) = 0,36, p>0,05$ ). (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13 İlk Menarş Yaşına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları**

| Ölçek              | İlk Menarş Yaşı        | Ort ± SS       | <i>F</i> | <i>p</i> |
|--------------------|------------------------|----------------|----------|----------|
|                    | 11 yaş ve altı (n=34)  | 137,85 ± 35,60 |          |          |
| <b>PMSÖ Toplam</b> | 12-15 yaş (n=208)      | 133,06 ± 33,75 | 0,36     | 0,69     |
|                    | 16 yaş ve üzeri (n=12) | 137,66 ± 39,98 |          |          |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.6.2 Menstrüasyon Süresine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin menstrüasyon süresine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Tek Yönlü ANOVA’ ile incelenmiştir. Levene’s testi sonucuna göre varyansların homojen dağıldığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). ANOVA sonucuna bakıldığında, menstrüasyon süresi PMSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır ( $F(3, 250) = 1,44, p>0,05$ ). (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14 Menstrüasyon Süresine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları**

| Ölçek              | Menstrüasyon Süresi  | Ort ± SS       | <i>F</i> | <i>p</i> |
|--------------------|----------------------|----------------|----------|----------|
|                    | 3 Günden Az (n=4)    | 115,75 ± 41,03 |          |          |
| <b>PMSÖ Toplam</b> | 3-5 Gün (n=142)      | 131,02 ± 34,41 | 1,44     | 0,22     |
|                    | 6-8 Gün (n=103)      | 137,98 ± 36,53 |          |          |
|                    | 9 Gün ve Üzeri (n=5) | 147,00 ± 20,82 |          |          |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.6.3 Oral Kontraseptif Öyküsüne Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin oral kontraseptif öyküsüne göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Bağımsız Örneklemelerde T Testi’ ile incelenmiştir. Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre, oral kontraseptif öyküsü olmayan ( $135,83 \pm 34,41$ ) ve oral kontraseptif öyküsü olan kişilerden ( $128,88 \pm 33,39$ ) elde edilen PMSÖ toplam puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t_{(252)} = 1,45, p = 0,14$ ). (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15 Oral Kontraseptif Öyküsüne Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Bağımsız Örneklemelerde T Testi Sonuçları**

| Değişken    | Oral Kontraseptif Öyküsü | Ort $\pm$ SS       | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|--------------------------|--------------------|----------|----------|
| PMSÖ Toplam | Hayır (n=184)            | $135,83 \pm 34,41$ | 1,45     | 0,14     |
|             | Evet (n=70)              | $128,88 \pm 33,39$ |          |          |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

#### 4.6.4 Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin menstrüel dönemde ağrı varlığına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan ‘Bağımsız Örneklemelerde T Testi’ ile incelenmiştir. Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre, menstrüel dönemde ağrı yaşayanların PMSÖ toplam puanlarının ( $138,01 \pm 33,19$ ), menstrüel dönemde ağrı yaşamayanların PMSÖ toplam puanlarından ( $118,00 \pm 33,74$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t_{(252)} = -3,866, p < 0,001$ ). Ortalamalar arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark = -20,01, %95 GA: -30,21’den -9,81’e) küçük düzeydedir (kısmi  $\eta^2 = 0,05$ ). (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16 Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığına Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Bağımsız Örneklemelerde T Testi Sonuçları**

| Ölçek              | Menstrüel Dönemde Ağrı Varlığı | Ort ± SS       | <i>t</i> | <i>p</i>  |
|--------------------|--------------------------------|----------------|----------|-----------|
| <b>PMSÖ Toplam</b> | Hayır (n=52)                   | 118,00 ± 33,74 | -3,86    | <0,001*** |
|                    | Evet (n=202)                   | 138,01 ± 33,19 |          |           |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*\*\* $p < 0,001$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.6.5 Premenstrüel Dönemdeki Duygu Duruma Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin premenstrüel dönemdeki duygu duruma göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Tek Yönlü ANOVA' ile incelenmiştir. Levene's testi sonucuna göre varyansların homojen dağıldığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). ANOVA sonucuna bakıldığında, premenstrüel dönemdeki duygu duruma göre PMSÖ düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F(2, 251) = 42,88, p < 0,001$ ). Eta kare kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü yüksek düzeyde (kısımlı  $\eta^2 = 0,25$ ) bulunmuştur. Levene's testi sonucuna göre grupların homojen dağıldığı görüldüğünden ( $p > 0,05$ ), hangi gruplar arasında anlamlı bir fark olduğunu gözlemlemek adına post-hoc Tukey testi ile ikili karşılaştırmalara bakılmıştır. Bunun sonucunda premenstrüel dönemde daha kötü hisseden kadınların ( $143,36 \pm 30,11$ ) PMSÖ toplam puanlarının premenstrüel dönemde aynı hisseden ( $99,46 \pm 28,60$ ) kişilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,001$ ). Premenstrüel dönemde daha kötü hisseden kadınların ( $143,36 \pm 30,11$ ) PMSÖ toplam puanlarının premenstrüel dönemde nasıl hissettiğini bilmeyen ( $121,00 \pm 26,49$ ) kişilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p = 0,01$ ). Premenstrüel dönemde nasıl hissettiğini bilmeyen kadınların ( $121,00 \pm 26,49$ ) PMSÖ toplam puanlarının premenstrüel dönemde aynı hisseden ( $99,46 \pm 28,60$ )) kişilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p = 0,04$ ). (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17 Premenstrüel Dönemdeki Duygu Duruma Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Tek Yönlü ANOVA Sonuçları**

| Ölçekler           | Premenstrüel Dönemdeki Durum | Ort $\pm$ SS       | F     | p                   |
|--------------------|------------------------------|--------------------|-------|---------------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b> | Aynı (n=47)                  | 99,46 $\pm$ 28,60  |       |                     |
|                    | Daha kötü (n=192)            | 143,36 $\pm$ 30,11 | 42,88 | <b>&lt;0,001***</b> |
|                    | Bilmiyorum (n=15)            | 121,00 $\pm$ 26,49 |       |                     |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*\*\* $p < 0,001$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.6.6 Menstrüel Dönemde Yaşanan Şikâyetleri Azaltma Yöntemine Göre PMSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Tek Yönlü ANOVA' ile incelenmiştir. Levene's testi sonucuna göre varyansların homojen dağıldığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). Menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemine göre PMS düzeyleri arasında orta düzeyde (kısımlı  $\eta^2 = 0,07$ ) anlamlı fark bulunmuştur ( $F_{(6,247)} = 3,18$ ,  $p < 0,01$ ). Post-hoc Tukey testi sonucunda menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemi olarak medikal tedaviye başvuranların (146,61  $\pm$  30,89) PMSÖ puanlarının menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayan (123,51  $\pm$  37,66) kişilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

#### 4.6.7 Şekerli Gıda Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin şekerli gıda tüketimine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Bağımsız Örneklemelerde T Testi' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Mann Whitney U' ile incelenmiştir. Şekerli gıda tüketimine göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.18'de sunulmuştur.

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre, şekerli gıda tüketen kişilerin PMSÖ toplam puanlarının ( $135,39 \pm 33,77$ ), şekerli gıda tüketmeyen kişilerin PMSÖ toplam puanlarından ( $116,65 \pm 35,40$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t_{(252)} = -2,37$ ,  $p=0,01$ ). Ortalamalar arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark= $-18,74$ , %95 GA:  $-34,30$ 'dan  $-3,19$ 'a) küçük düzeydedir (kısmi  $\eta^2=0,02$ ). Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre şekerli gıda tüketimi olan ve şekerli gıda tüketimi olmayan olmak üzere iki grup arasında DDGÖ-16 ve DYÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (hepsi için,  $p<0,05$ ). Grupların ortalama değerleri incelendiğinde şekerli gıda tüketimi olan kişilerin ( $41,26 \pm 14,54$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının şekerli gıda tüketimi olmayan kişilerden ( $32,75 \pm 14,24$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z = -2,80$ ,  $p = 0,00$ ). DYÖ toplam puanlarına bakıldığında, şekerli gıda tüketimi olan kişilerin ( $77,30 \pm 24,85$ ) DYÖ toplam puanlarının şekerli gıda tüketimi olmayan kişilerden ( $61,60 \pm 23,56$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z = -2,81$ ,  $p = 0,00$ ). Şekerli gıda tüketimine göre DİA-Olumlu ve DİA-Olumsuz toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p > 0,05$ ). (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18 Şekerli Gıda Tüketimine Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları**

| Ölçekler              | Şekerli Gıda Tüketimi | Ort $\pm$ SS       | t/Z         | p             |
|-----------------------|-----------------------|--------------------|-------------|---------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>    | Hayır (n=20)          | $116,65 \pm 35,40$ | $t = -2,37$ | <b>0,01**</b> |
|                       | Evet (n=234)          | $135,39 \pm 33,77$ |             |               |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b> | Hayır (n=20)          | $32,75 \pm 14,24$  | $Z = -2,8$  | <b>0,00**</b> |
|                       | Evet (n=234)          | $41,26 \pm 14,54$  |             |               |
| <b>DYÖ Toplam</b>     | Hayır (n=20)          | $61,60 \pm 23,56$  | $Z = -2,81$ | <b>0,00**</b> |
|                       | Evet (n=234)          | $77,30 \pm 24,85$  |             |               |
|                       | Hayır (n=20)          | $16,55 \pm 4,58$   | $Z = -0,74$ | 0,45          |

|                                                |              |              |          |      |
|------------------------------------------------|--------------|--------------|----------|------|
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>  | Evet (n=234) | 17,03 ± 4,05 |          |      |
| <b>DİA- Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | Hayır (n=20) | 21,75 ± 6,63 |          |      |
|                                                |              |              | Z= -1,16 | 0,24 |
|                                                | Evet (n=234) | 23,52 ± 6,96 |          |      |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma,  $**p<0,01$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.6.8 Egzersiz Yapma Durumuna Göre Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin egzersiz yapma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Bağımsız Örneklemelerde T Testi' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Mann Whitney U' ile incelenmiştir. Egzersiz yapma durumuna göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Bağımsız örneklemelerde t testi sonucuna göre, egzersiz yapmayan kişilerin PMSÖ puanlarının ( $139,05 \pm 35,61$ ) egzersiz yapan kişilerin PMSÖ puanlarından ( $128,18 \pm 31,74$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t_{(252)}=2,56, p=0,01$ ). Ortalamalar arasındaki farkların büyüklüğü (ortalama fark=10,87, %95 GA:2,49'dan 19,25'e) küçük düzeydedir (kısmi  $\eta^2=0,02$ ). Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre egzersiz yapan ve egzersiz yapmayan olmak üzere iki grup arasında DDGÖ-16 ve DYÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (hepsi için,  $p<0,05$ ). Grupların ortalama değerleri incelendiğinde egzersiz yapmayan kişilerin ( $42,79 \pm 14,88$ ) DDGÖ-16 toplam puanlarının egzersiz yapan kişilerden ( $38,13 \pm 14,09$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-2,94, p=0,00$ ). DYÖ toplam puanlarına bakıldığında, egzersiz yapmayan kişilerin ( $79,08 \pm 25,77$ ) DYÖ toplam puanlarının egzersiz yapan kişilerden ( $72,70 \pm 23,92$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z=-1,89, p=0,05$ ). Egzersiz yapma durumuna göre DİA toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tümü için,  $p > 0,05$ ). (Tablo 4.19).



**Tablo 4.19 Egzersiz Yapma Durumuna Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri Bağımsız Örneklemelerde T Testi ve Mann Whitney U Sonuçları**

| Ölçekler                               | Egzersiz Yapma Durumu | Ort ± SS       | t/ Z     | p             |
|----------------------------------------|-----------------------|----------------|----------|---------------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>                     | Hayır (n=134)         | 139,05 ± 35,61 | t= 2,56  | <b>0,01**</b> |
|                                        | Evet (n=120)          | 128,18 ± 31,74 |          |               |
| <b>DDGÖ Toplam</b>                     | Hayır (n=134)         | 42,79 ± 14,88  | Z= -2,94 | <b>0,00**</b> |
|                                        | Evet (n=120)          | 38,13 ± 14,09  |          |               |
| <b>DYÖ Toplam</b>                      | Hayır (n=134)         | 79,08 ± 25,77  | Z= -1,89 | <b>0,05*</b>  |
|                                        | Evet (n=120)          | 72,70 ± 23,92  |          |               |
| <b>DİA- Olumlu Duygu/Durum Toplam</b>  | Hayır (n=134)         | 17,35 ± 3,94   | Z= -1,48 | 0,13          |
|                                        | Evet (n=120)          | 16,60 ± 4,22   |          |               |
| <b>DİA- Olumsuz Duygu/Durum Toplam</b> | Hayır (n=134)         | 23,03 ± 6,95   | Z= -0,76 | 0,44          |
|                                        | Evet (n=120)          | 23,78 ± 6,93   |          |               |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS= Standart Sapma, \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ . Etki büyüklükleri Cohen'in (1988) d istatistiklerinin eşik değerlerine göre 0,01(%1) küçük, 0,06 (%6) orta, 0,14 (%14) büyük olarak belirlenmiştir.

#### **4.6.9 Vücut Kitle İndeksine (VKİ) Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ, DİA Olumlu ve DİA Olumsuz Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

Üreme çağındaki kadınlarda PMSÖ değişkeninin vücut kitle indeksine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı parametrik bir test olan 'Tek Yönlü ANOVA' ile incelenirken; DDGÖ-16, DYÖ, DİA toplam puanları non-parametrik bir test olan 'Kruskal Wallis-H Testi' ile incelenmiştir. Psikiyatrik Tedavi Öyküsüne göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA düzeylerinin sonuçları Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Kruskal Wallis testi sonucunda, vücut kitle indeksinin DYÖ ( $X^2_{(3)} = 51,19$ ;  $p_{düzeltilmemiş} < 0,001$ ), DİA-Olumlu ( $X^2_{(3)} = 11,27$ ;  $p = 0,01$ ) ve DİA-Olumsuz ( $X^2_{(3)} =$

60,65;  $p_{\text{düzeltilmemiş}} < 0,001$ ) toplam puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gözlenmiştir. Bu farklılığın hangi vücut kitle indeks grupları arasında olduğunu belirlemek için ‘Mann Whitney U Testi’ uygulanmıştır. Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre, DYÖ toplam puanlarının zayıf ve normal beden ağırlığına sahip kişiler arasında farklılaştığı ve normal beden ağırlığına sahip kişilerin ( $75,96 \pm 23,38$ ) DYÖ toplam puanlarının zayıf kişilerden ( $65,05 \pm 19,57$ ) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z = -3,18$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Zayıf ve fazla kilosu olan kişiler arasında da farklılığın olduğu, fazla kilosu olan kişilerin ( $87,67 \pm 25,24$ ) zayıf kişilerden ( $65,05 \pm 19,57$ ) daha yüksek DYÖ toplam puanına sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z = -5,32$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Zayıf ve obez grubuna giren kişiler arasında da farklılığın olduğu, obez grubuna giren kişilerin ( $104,36 \pm 22,83$ ) zayıf kişilerden ( $65,05 \pm 19,57$ ) daha yüksek DYÖ toplam puanına sahip oldukları görülmüştür ( $Z = -5,56$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Normal beden ağırlığına sahip kişiler ve obez grubuna giren kişiler arasında da farklılığın olduğu, obez grubuna giren kişilerin ( $104,36 \pm 22,83$ ) normal beden ağırlığına sahip kişilerden ( $75,96 \pm 23,38$ ) daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z = -4,09$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Normal beden ağırlığına sahip ve fazla kilosu olan kişiler arasında da farklılığın olduğu, fazla kilosu olan kişilerin ( $87,67 \pm 25,24$ ) normal beden ağırlığına sahip kişilerden ( $75,96 \pm 23,38$ ) daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z = -2,57$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,01$ ). DİA-Olumlu toplam puanları açısından farklılığının zayıf ve normal beden ağırlığına sahip kişiler arasında olduğu, zayıf kişilerin ( $17,94 \pm 4,20$ ) DİA-Olumlu toplam puanlarının normal beden ağırlığına sahip kişilerden ( $16,58 \pm 3,66$ ) yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z = -2,45$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,01$ ). Zayıf ve fazla kilosu olanlar arasında da farklılığın olduğu, zayıf olanların ( $17,94 \pm 4,20$ ) fazla kilosu olanlardan ( $16,01 \pm 3,87$ ) daha yüksek DİA-Olumlu toplam puanına sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z = -2,93$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). DİA-Olumsuz toplam puanları açısından farklılığının zayıf ve normal beden ağırlığına sahip kişiler arasında olduğu, normal beden ağırlığına sahip kişilerin ( $24,14 \pm 6,41$ ) DİA-Olumlu toplam puanlarının zayıf kişilerden ( $19,94 \pm 5,34$ ) yüksek olduğu gözlenmiştir ( $Z = -4,50$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Zayıf ve fazla kilosu olanlar arasında da farklılığın olduğu, fazla kilosu olanların ( $26,00 \pm 7,15$ ) zayıf olanlardan ( $19,94 \pm 5,34$ ) daha yüksek DİA-Olumsuz toplam puanına sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z = -5,14$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Zayıf ve obez grubuna giren kişiler arasında da farklılığın olduğu, obez grubuna giren kişilerin ( $31,89 \pm 4,78$ ) zayıf kişilerden ( $19,94 \pm 5,34$ ) daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür ( $Z = -6,17$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}} = 0,00$ ). Normal beden ağırlığına sahip kişiler ve obez grubuna giren kişiler arasında da farklılığın olduğu, obez grubuna giren kişilerin ( $31,89 \pm 4,78$ ) normal

beden ağırlığına sahip kişilerden ( $24,14 \pm 6,41$ ) daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z=-4,40$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). Fazla kilosu olan ve obez grubuna giren kişiler arasında da farklılığın olduğu, obez grubuna giren kişilerin ( $131,89 \pm 4,78$ ) fazla kilosu olan kişilerden ( $26,00 \pm 7,15$ ) daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir ( $Z=-3,15$ ,  $p_{\text{düzeltilmiş}}=0,00$ ). PMSÖ ve DDGÖ-16 toplam puanları için VKİ kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20 Vücut Kitle İndeksine (VKİ) Göre PMSÖ, DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Toplam Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri, Tek Yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis Sonuçları**

| Ölçekler              | Vücut Kitle İndeksi (VKİ)                  | Ort $\pm$ SS       | $F/X^2$      | $p$       |
|-----------------------|--------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------|
| <b>PMSÖ Toplam</b>    | <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf (n=104)     | 134,14 $\pm$ 34,36 | $F= 1,32$    | 0,26      |
|                       | 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup> Normal (n=78) | 129,29 $\pm$ 34,61 |              |           |
|                       | 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup> Kilolu (n=53)   | 135,98 $\pm$ 33,95 |              |           |
|                       | $\geq 30$ kg/ m <sup>2</sup> Obez (n=19)   | 145,94 $\pm$ 31,32 |              |           |
| <b>DDGÖ-16 Toplam</b> | <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf (n=104)     | 41,95 $\pm$ 14,43  | $X^2= 5,15$  | 0,16      |
|                       | 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup> Normal (n=78) | 38,84 $\pm$ 14,75  |              |           |
|                       | 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup> Kilolu (n=53)   | 38,33 $\pm$ 12,73  |              |           |
|                       | $\geq 30$ kg/ m <sup>2</sup> Obez (n=19)   | 46,63 $\pm$ 18,89  |              |           |
| <b>DYÖ Toplam</b>     | <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf (n=104)     | 65,05 $\pm$ 19,57  | $X^2= 51,19$ | <0,001*** |
|                       | 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup> Normal (n=78) | 75,96 $\pm$ 23,38  |              |           |
|                       | 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup> Kilolu (n=53)   | 87,67 $\pm$ 25,24  |              |           |
|                       | $\geq 30$ kg/ m <sup>2</sup> Obez (n=19)   | 104,36 $\pm$ 22,83 |              |           |
|                       | <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf (n=104)     | 17,94 $\pm$ 4,20   | $X^2= 11,27$ | 0,01**    |

|                                                    |                                               |              |                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| <b>DİA- Olumlu<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b>      | 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup><br>Normal (n=78) | 16,58 ± 3,66 | $\chi^2= 60,65$ <b>&lt;0,001***</b> |
|                                                    | 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup><br>Kilolu (n=53)   | 16,01 ± 3,87 |                                     |
|                                                    | ≥30 kg/ m <sup>2</sup> Obez<br>(n=19)         | 16,26 ± 4,87 |                                     |
| <b>DİA-<br/>Olumsuz<br/>Duygu/Durum<br/>Toplam</b> | <18,5 kg/ m <sup>2</sup> Zayıf<br>(n=104)     | 19,94 ± 5,34 |                                     |
|                                                    | 18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup><br>Normal (n=78) | 24,14 ± 6,41 |                                     |
|                                                    | 25-29,9 kg/ m <sup>2</sup><br>Kilolu (n=53)   | 26,00 ± 7,15 |                                     |
|                                                    | ≥30 kg/ m <sup>2</sup> Obez<br>(n=19)         | 31,89 ± 4,78 |                                     |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

#### 4.7 PMS Varlığına Göre DYÖ, DDGÖ ve DİA Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi

Bu iki grubun DDGÖ-16, DYÖ, DİA alt boyutları açısından bir fark olup olmadığı non-parametrik bir test olan “Mann Whitney U” ile incelendi. Bunun sonucunda PMS belirtisi olanlara göre DDGÖ16-Açıklık alt boyutu ( $Z= -4,63$ ,  $p< 0,001$ ), DDGÖ16-Amaçlar alt boyutu ( $Z= -6,54$ ,  $p< 0,001$ ), DDGÖ16-Dürtü alt boyutu ( $Z= -6,12$ ,  $p< 0,001$ ), DDGÖ16-Stratejiler alt boyutu ( $Z= -6,38$ ,  $p< 0,001$ ), DDGÖ16-Kabul Etmeme alt boyutu ( $Z= -4,20$ ,  $p< 0,001$ ), DYÖ-Gerginlik Durumlarında Yeme alt boyutu ( $Z= -5,24$ ,  $p< 0,001$ ), DYÖ-Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme alt boyutu ( $Z= -4,17$ ,  $p< 0,001$ ), DYÖ-Kendini Kontrol Edebilme alt boyutu ( $Z= -3,69$ ,  $p< 0,001$ ), DYÖ-Uyaran Karşısında Kontrol alt boyutu ( $Z= -4,85$ ,  $p< 0,001$ ), DİA-Olumlu Duygu alt boyutu ( $Z= -2,52$ ,  $p< 0,01$ ) ve DİA-Olumlu Durum alt boyutu ( $Z= -3,42$ ,  $p\leq 0,001$ ) açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Grupların ortalama değerleri incelendiğinde, PMS belirtisi olan gruptaki kadınların DDGÖ16-Açıklık, DDGÖ16-Amaçlar, DDGÖ16-Dürtü, DDGÖ16-Stratejiler, DDGÖ16-Kabul Etmeme, DYÖ-Uyaran Karşısında Kontrol, DYÖ-Gerginlik Durumlarında Yeme, DYÖ-Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme, DYÖ-Kendini Kontrol Edebilme, DYÖ-Uyaran Karşısında Kontrol, DİA-Olumlu Duygu ve DİA-Olumlu Durum puanlarının PMS belirtisi olmayan gruptaki kadınlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21 Kadınlarda Premenstrüel Sendroma Belirtisine Göre DYÖ, DDGÖ ve DİA Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi Ölçek Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri ve Mann Whitney U Test Sonuçları**

| Ölçekler                                                | PMS Alt Grupları          | Ort ± SS      | Z     | p         |
|---------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|-------|-----------|
| <b>DDGÖ16-Açıklık</b>                                   | PMS belirtisi var (n=136) | 5,23 ± 2,11   | -4,63 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 4,01 ± 1,53   |       |           |
| <b>DDGÖ16-Amaçlar</b>                                   | PMS belirtisi var (n=136) | 10,80 ± 2,61  | -6,54 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 8,18 ± 3,18   |       |           |
| <b>DDGÖ16-Dürtü</b>                                     | PMS belirtisi var (n=136) | 7,98 ± 3,30   | -6,12 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 5,62 ± 2,70   |       |           |
| <b>DDGÖ16-Stratejiler</b>                               | PMS belirtisi var (n=136) | 14,52 ± 5,26  | -6,38 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 10,39 ± 4,55  |       |           |
| <b>DDGÖ16-Kabul Etmeme</b>                              | PMS belirtisi var (n=136) | 7,61 ± 3,41   | -4,20 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 5,93 ± 3,18   |       |           |
| <b>DYÖ-Gerginlik Durumlarında Yeme</b>                  | PMS belirtisi var (n=136) | 30,36 ± 10,47 | -5,24 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 23,50 ± 9,13  |       |           |
| <b>DYÖ-Olumsuz Duygularla Başa Çıkabilmek İçin Yeme</b> | PMS belirtisi var (n=136) | 26,52 ± 10,75 | -4,17 | <0,001*** |
|                                                         | PMS belirtisi yok (n=118) | 20,82 ± 8,84  |       |           |
| <b>DYÖ-Kendini</b>                                      | PMS belirtisi var (n=136) | 17,16 ± 4,83  | -3,69 | <0,001*** |

|                                       |                           |              |       |           |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------|-------|-----------|
| <b>Kontrol Edebilme</b>               | PMS belirtisi yok (n=118) | 14,96 ± 4,26 |       |           |
| <b>DYÖ- Uyarın Karşısında Kontrol</b> | PMS belirtisi var (n=136) | 9,49 ± 2,48  | -4,85 | <0,001*** |
|                                       | PMS belirtisi yok (n=118) | 8,16 ± 2,40  |       |           |
| <b>DİA- Olumlu Duygu</b>              | PMS belirtisi var (n=136) | 11,33 ± 2,86 | -2,52 | 0,01**    |
|                                       | PMS belirtisi yok (n=118) | 10,60 ± 2,67 |       |           |
| <b>DİA-Olumlu Durum</b>               | PMS belirtisi var (n=136) | 6,33 ± 1,73  | -3,42 | ≤0,001*** |
|                                       | PMS belirtisi yok (n=118) | 5,61 ± 1,63  |       |           |
| <b>DİA-Olumsuz Duygu</b>              | PMS belirtisi var (n=136) | 16,47 ± 4,80 | -1,54 | 0,12      |
|                                       | PMS belirtisi yok (n=118) | 15,52 ± 4,71 |       |           |
| <b>DİA-Olumsuz Durum</b>              | PMS belirtisi var (n=136) | 7,42 ± 2,67  | -0,48 | 0,62      |
|                                       | PMS belirtisi yok (n=118) | 7,27 ± 2,72  |       |           |

DDGÖ16-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

#### 4.8 Pearson Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

PMSÖ'nün alt boyutları ile DDGÖ-16 alt boyutları, DYÖ alt boyutları ve DİA alt boyutları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla 'Pearson Korelasyon Analizi' kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım puanı ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,38$ ,  $p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ), stratejiler ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ) ve kabul etmeme ( $r=0,31$ ,  $p<0,01$ ) puanları arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (tümü için,  $İB<50$ ). DYÖ alt boyutu gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ,  $İB<30$ ) ile PMSÖ alt boyutu depresif duygulanım puanları arasında ise zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PMSÖ alt boyutlarından anksiyete ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,45$ ,  $p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,38$ ,  $p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,47$ ,  $p<0,01$ ) ve kabul etmeme ( $r=0,38$ ,  $p<0,01$ ) puanları arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<50$ ). DYÖ alt boyutları gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,20$ ,  $p<0,01$ ) ve DİA alt boyutu olumlu durum puanlarının ( $r=0,16$ ,  $p<0,01$ ) ise PMSÖ-alt boyutundan anksiyete puanı ile zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<30$ ). DDGÖ-16 alt boyutu stratejiler ( $r=0,50$ ,  $p<0,01$ ,  $\bar{I}B\leq 50$ ) puanı ile arasında güçlü düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

PMSÖ alt boyutlarından yorgunluk ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,38$ ,  $p<0,01$ ), stratejiler ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), kabul etmeme ( $r=0,31$ ,  $p<0,01$ ) ve DYÖ alt boyutları gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ) arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<50$ ). DYÖ alt boyutları olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,21$ ,  $p<0,01$ ), kendini kontrol edebilme ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ), uyaran karşısında kontrol ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ) ve DİA alt boyutu olumlu durum puanlarının ( $r=0,12$ ,  $p<0,01$ ) ise PMSÖ alt boyutundan yorgunluk puanı ile zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<30$ ).

PMSÖ alt boyutlarından sinirlilik ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,43$ ,  $p<0,01$ ) ve stratejiler ( $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ) puanları arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<50$ ). DDGÖ-16 alt boyutu kabul etmeme ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ), DYÖ alt boyutlarından gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,19$ ,  $p<0,01$ ), kendini kontrol edebilme ( $r=0,22$ ,  $p<0,01$ ) ve uyaran karşısında kontrol ( $r=0,21$ ,  $p<0,01$ ) puanlarının sinirlilik alt boyutu ile arasında zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<30$ ).

PMSÖ alt boyutlarından depresif düşünceler ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,48$ ,  $p<0,01$ ), kabul etmeme ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ) puanları ile orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (tümü için,  $\bar{I}B<50$ ). DYÖ alt boyutları gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,28$ ,  $p<0,01$ ), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,20$ ,  $p<0,01$ ), kendini kontrol edebilme ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ) ve uyaran karşısında kontrol ( $r=0,19$ ,  $p<0,01$ ) puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (tümü için,

İB<30). DDGÖ16 alt boyutları dürtü ( $r=0,52, p<0,01$ ) ve stratejiler ( $r=0,51, p<0,01$ ) puanları ile arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur (tümü için,  $İB<1$ ).

PMSÖ alt boyutlarından ağrı ile DDGÖ16 alt boyutları açıklık ( $r=0,16, p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,21, p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,26, p<0,01$ ), stratejiler ( $r=0,24, p<0,01$ ), kabul etmeme ( $r=0,17, p<0,01$ ), DYÖ alt boyutlarından gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,24, p<0,01$ ), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,20, p<0,01$ ) ve uyaran karşısında kontrol ( $r=0,19, p<0,01$ ) puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (tümü için,  $İK<30$ ).

PMSÖ alt boyutlarından iştah değişimleri ile DDGÖ-16 alt boyutları amaçlar ( $r=0,22, p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,16, p<0,01$ ) ve DİA olumsuz durum ( $r=0,27, p<0,01$ ) puanları arasında zayıf düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur (tümü için,  $İB<30$ ). DYÖ alt boyutlarından kendini kontrol edebilme ( $r=0,40, p<0,01$ ) ve uyaran karşısında kontrol ( $r=0,45, p<0,01$ ), DİA olumsuz duygu ( $r=0,48, p<0,01$ ) ile orta düzeyde (tümü için,  $İB<50$ ), DYÖ alt boyutu gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,57, p<0,01$ ) ve olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,53, p<0,01$ ) puanları ile arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur (tümü için,  $İB<1$ ).

PMSÖ alt boyutlarından uyku değişimleri ile DDGÖ-16 alt boyutları açıklık ( $r=0,28, p<0,01$ ), amaçlar ( $r=0,22, p<0,01$ ), dürtü ( $r=0,29, p<0,01$ ) ve kabul etmeme ( $r=0,19, p<0,01$ ), DYÖ alt boyutları gerginlik durumlarında yeme ( $r=0,21, p<0,01$ ) ve olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ( $r=0,16, p<0,01$ ) puanları arasında zayıf düzeyde (tümü için,  $İB<30$ ) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. DDGÖ-16 alt boyutu stratejiler ve PMSÖ alt boyutu uyku değişimleri arasında ise orta düzeyde ( $r=0,31, p<0,01, İB<50$ ) pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (Tablo 4.22).



**Tablo 4.22 Üreme Çağındaki Kadınlarda PMSÖ Alt Boyutlarının DDGÖ-16, DYÖ ve DİA Alt Boyutları ile Pearson Korelasyon Analizi**

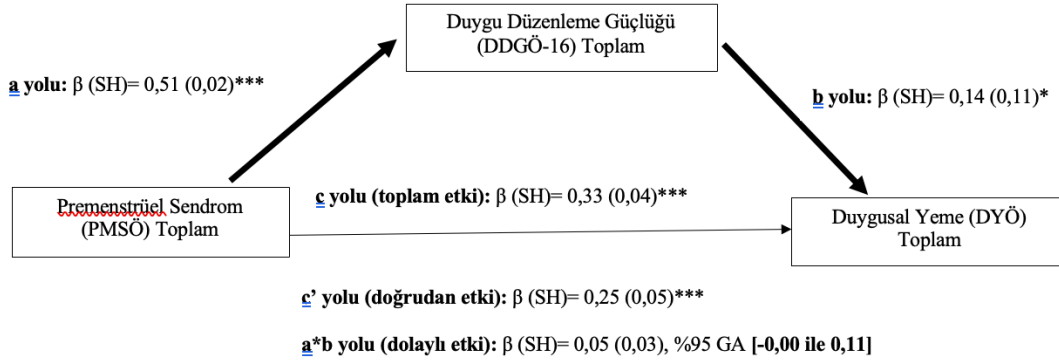
| Ölçekler                    |   | DDGÖ16-<br>Açıklık | DDGÖ16-<br>Amaçlar | DDGÖ16-<br>Dürtü | DDGÖ16-<br>Stratejiler | DDGÖ16-<br>Kabul<br>Etmeme | DYÖ-<br>Gerginlik<br>Durumlarında<br>Yeme | DYÖ-<br>Olumsuz<br>Duygularla<br>Başa<br>Çıkabilmek<br>İçin Yeme | DYÖ-<br>Kendini<br>Kontrol<br>Edebilme | DYÖ-<br>Uyaran<br>Karşısında<br>Kontrol | DİA-<br>Olumsuz<br>Durum | DİA-<br>Olumsuz<br>Duygu | DİA-<br>Olumlu<br>Durum | DİA-<br>Olumlu<br>Duygu |
|-----------------------------|---|--------------------|--------------------|------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| PMSÖ-Depresif<br>Duygulanım | r | ,389**             | ,406**             | ,413**           | ,424**                 | ,315**                     | ,233**                                    | 0,143                                                            | 0,154                                  | 0,139                                   | -0,053                   | -0,016                   | 0,144                   | 0,133                   |
| PMSÖ-<br>Anksiyete          | r | ,450**             | ,383**             | ,474**           | ,508**                 | ,384**                     | ,273**                                    | ,206**                                                           | 0,150                                  | 0,145                                   | -0,009                   | 0,013                    | ,166**                  | 0,110                   |
| PMSÖ-<br>Yorgunluk          | r | ,321**             | ,417**             | ,389**           | ,399**                 | ,319**                     | ,322**                                    | ,212**                                                           | ,235**                                 | ,236**                                  | 0,057                    | 0,065                    | 0,124                   | 0,081                   |
| PMSÖ-Sinirlilik             | r | ,374**             | ,418**             | ,438**           | ,404**                 | ,281**                     | ,273**                                    | ,193**                                                           | ,229**                                 | ,216**                                  | 0,039                    | 0,045                    | 0,086                   | 0,082                   |
| PMSÖ-Depresif<br>Düşünceler | r | ,466**             | ,483**             | ,528**           | ,514**                 | ,428**                     | ,287**                                    | ,200**                                                           | ,241**                                 | ,195**                                  | -0,009                   | 0,006                    | 0,160                   | 0,141                   |
| PMSÖ-Ağrı                   | r | ,165**             | ,214**             | ,261**           | ,245**                 | ,177**                     | ,244**                                    | ,207**                                                           | 0,130                                  | ,196**                                  | 0,048                    | 0,033                    | 0,052                   | 0,043                   |
| PMSÖ-İştah<br>Değişimleri   | r | 0,031              | ,222**             | ,162**           | 0,151                  | 0,055                      | ,576**                                    | ,533**                                                           | ,400**                                 | ,453**                                  | ,278**                   | ,481**                   | 0,052                   | -0,008                  |
| PMSÖ-Uyku<br>Değişimleri    | r | ,287**             | ,225**             | ,290**           | ,310**                 | ,195**                     | ,216**                                    | ,160**                                                           | 0,111                                  | 0,129                                   | 0,048                    | 0,043                    | 0,106                   | 0,079                   |
| PMSÖ-Şişkinlik              | r | 0,013              | 0,139              | 0,099            | 0,055                  | 0,083                      | 0,138                                     | 0,127                                                            | 0,138                                  | 0,131                                   | 0,101                    | 0,040                    | 0,049                   | 0,108                   |

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ16-Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği, DİA: Duygusal İştah Anketi, \*\* $p < 0,01$ , İlişki Büyüklüğü=İB; Cohen'in (1988) korelasyon eşik değerlerine göre  $0,10 \leq \text{İB} < 0,30$  küçük,  $0,30 \leq \text{İB} < 0,50$  orta ve  $0,50 \leq \text{İB} < 1,0$  büyük olarak belirlenmiştir.

#### 4.9 Premenstrüel Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü

PMS ile duygusal yeme toplam puanları arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün incelenmesi amacıyla PROCESS Macro eklentisi ile 4.Model kullanılarak aracılık analizi uygulanmıştır (Hayes,2018). Buna göre prediktör değişken PMS belirtileri (PMSÖ) ile bağımlı değişken duygusal yeme davranışı (DYÖ) ve aracı değişken duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ-16) arasındaki ilişkiler test edilmiştir.

Aracılık analizi sonucunda; PMS ile DYÖ arasındaki ilişkiyi temsil eden toplam etkisi (c yolu), pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ( $\beta=0,33$ , %95 GA [0,15-0,32],  $p<0,001$ ). PMS belirtileri (PMSÖ) duygu düzenleme güçlüğü'nün (DDGÖ-16) pozitif yönde anlamlı bir yordayıcısı olmuştur (dolaylı yol, a) ( $\beta=0,51$ , %95 GA [0,17-0,26],  $p<0,001$ ). Aracı değişken olan duygu düzenleme güçlüğü'nün (DDGÖ-16) duygusal yeme davranışı (DYÖ) üzerindeki etkisi (dolaylı yol, b), pozitif yönde anlamlı bulunmuştur ( $\beta=0,14$ , %95 GA [0,00-0,47],  $p=0,04$ ). PMS belirtileri (PMSÖ) ile duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ-16) değişkenleri modelde yer alırken, PMS belirtilerinin (PMSÖ) duygusal yeme davranışı (DYÖ) üzerindeki doğrudan etkisinin (c' yolu) zayıfladığı, ancak hala anlamlı olduğu görülmüştür ( $\beta=0,25$ , %95 GA [0,09-0,28],  $p<0,001$ ). Bu sonuçlar, PMS belirtileri ile duygusal yeme davranışı (DYÖ) arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüğü'nün kısmi aracılık ettiğini göstermektedir. Aracı değişkenin (DDGÖ-16) bağımlı değişken (DYÖ) üzerindeki varyansın %11'ini açıkladığı görülmüştür. Dolaylı etki (a\*b) ve toplam etkiye (c yolu) ilişkin sonuçların da yer aldığı aracılık modeli Şekil 2'de sunulmuştur.



## Şekil 2 Premenstrüel Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolüne İlişkin Model Sonuçları (Model 4)

**Not:** PMS belirtilerinin (PMSÖ) duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ-16) üzerindeki etkisi (dolaylı yol, a), duygu düzenleme güçlüğü'nün (DDGÖ-16) duygusal yeme davranışı (DYÖ) üzerindeki etkisi (dolaylı yol, b), PMS belirtileri (PMSÖ) ile duygu düzenleme güçlüğü (DDGÖ-16) değişkenleri modelde yer alırken, PMS belirtilerinin (PMSÖ) duygusal yeme davranışı (DYÖ) üzerindeki doğrudan etkisi (c' yolu), PMS belirtileri (PMSÖ) ile duygusal yeme davranışı (DYÖ) üzerindeki toplam etki (c yolu) = ( $\beta=0,33$  SH= 0,04, %95 GA [-0,15 ile 0,32],  $p<0,001$ ). Dolaylı etki ( $a*b$ )= ( $\beta=0,05$ , SH=0,03, %95 GA [-0,00 ile 0,11]). PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü-Kısa Form, DYÖ: Duygusal Yeme Ölçeği \* $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,001$

### 4.10 Hiyerarşik Regresyon Analizi: PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü

PMS'nin duygusal iştah-olumlu alt boyut puanı ve duygusal iştah-olumsuz alt boyut puanlarını yordamadaki rolü, 'hiyerarşik regresyon analizi' ile test edilmiştir. Burada, birincil analizlerimizde ilgili ölçüm üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edilen demografik faktörler, kontrol değişkenleri olarak analize alınmıştır. Hiyerarşik regresyon, iki aşamada toplam 4 prediktör ile yürütülmüştür. İlk aşamada çalışma durumu, VKİ, yeme problemi öyküsü kontrol değişkenleri olarak girilmiş; ikinci aşamada, asıl prediktör değişkeniz olan PMSÖ toplam puanı analize dahil edilmiştir. Söz konusu analiz, DİA-olumlu ve olumsuz alt boyutları için ayrı ayrı yürütülmüştür.

DİA-Olumlu Duygu/Durum bağımlı ölçüm olarak alınarak yukarıda bildirilen dört yordayıcı değişkenin açıklayıcı etkisi incelenmiştir. DİA-Olumlu Duygu/Durum bağımlı ölçüm olarak alındığında; birinci modelin ( $F_{(3,250)}=3,90$ ,  $p=0,00$ ), ikinci modelin ( $F_{(4,249)}=4,57$ ,  $p=0,00$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. Birinci

modeldeki prediktörlerin (çalışma durumu, geçmişte yeme problemi sebebiyle başvuru, vki) istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bağımlı ölçümdeki varyansın %4'ünü açıkladığı görülmüştür ( $R=0,21$ ,  $R^2=0,04$ ). PMSÖ prediktörünün ise bağımsız olarak modele katkısı %2 olarak anlamlı bulunmuştur ( $R^2_{\text{değişim}}=0,02$ ;  $F_{\text{değişim}}(1,249)=6,33$ ,  $p=0,01$ ). Modele alınan tek tek prediktörlerin DİA-Olumlu Duygu/Durum toplam puanına bağımsız katkısı incelendiğinde ise; birinci modelde vücut kitle indeksinin ( $b=-0,15$ ,  $p=0,01$ ) negatif yönde, ikinci modelde ise PMSÖ'nün ( $b=0,15$ ,  $p=0,01$ ) pozitif yönde yordadığı görülmüştür. (Tablo 4.23)

DİA-Olumsuz Duygu/Durum bağımlı ölçüm olarak alınarak yukarıda bildirilen dört yordayıcı değişkenin açıklayıcı etkisi incelenmiştir. DİA-Olumsuz Duygu/Durum bağımlı ölçüm olarak alındığında; birinci modelin ( $F_{(3,250)}=29,16$ ,  $p=0,00$ ) ve ikinci modelin ( $F_{(4,249)}=22,00$ ,  $p=0,00$ ) anlamlı olduğu gözlenmiştir. DİA-Olumsuz Duygu/Durum bağımlı ölçümündeki varyans %25'i birinci modeldeki prediktörler (çalışma durumu, geçmişte yeme problemi sebebiyle başvuru, vki) tarafından açıklanmıştır ( $R=0,50$ ,  $R^2=0,25$ ). PMSÖ prediktörünün ise bağımsız olarak modele katkısı anlamlı bulunmamıştır ( $R^2_{\text{değişim}}=0,00$ ;  $F_{\text{değişim}}(1,249)=0,65$ ,  $p>0,01$ ). Modele alınan tek tek prediktörlerin DİA-Olumsuz Duygu/Durum toplam puanına bağımsız katkısı incelendiğinde; mevcut regresörler alınmadan modelin daha anlamlı olduğu (sabit  $\beta=46,74$ ,  $p\leq 0,001$ ) ve birinci modelde vücut kitle indeksinin ( $b=0,44$ ,  $p=0,00$ ), geçmişte yeme problemi sebebiyle başvuru durumunun ( $b=0,13$ ,  $p=0,01$ ) pozitif yönde anlamlı bir katkısının olduğu görülmüştür. İkinci modelde ise vücut kitle indeksinin ( $b=0,41$ ,  $p=0,00$ ) ve geçmiş yıllarda yeme problemi sebebiyle başvuru durumunun ( $b=0,13$ ,  $p=0,01$ ) anlamlı yordadığı gözlenmiştir. (Tablo 4.23)

**Tablo 4.23 Hiyerarşik Regresyon Analizi: PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü**

| Değişkenler (Analize giriş sırasına Göre) |                                          | B     | t     | p           |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------|-------|-------------|
| <b>DİA-Olumlu</b>                         |                                          |       |       |             |
| <b>Duygu/Durum Toplam Puan</b>            |                                          |       |       |             |
| <b>I</b>                                  | <b>Sabit (Constant)</b>                  | 17,79 | 24,66 | <b>0,00</b> |
|                                           | Çalışma Durumu                           | 0,10  | 1,63  | 0,10        |
|                                           | Geçmişte Yeme Problemi Sebebiyle Başvuru | -0,05 | -2,36 | 0,42        |
|                                           | VKİ                                      | -0,15 | -0,79 | <b>0,01</b> |
|                                           |                                          |       |       |             |
| <b>II</b>                                 | <b>Sabit (Constant)</b>                  | 15,42 | 13,04 | <b>0,00</b> |
|                                           | Çalışma Durumu                           | 0,09  | 1,63  | 0,10        |
|                                           | Geçmişte Yeme Problemi Sebebiyle Başvuru | -0,04 | -0,70 | 0,48        |
|                                           | VKİ                                      | -0,16 | -2,57 | <b>0,01</b> |
|                                           | PMSÖ Toplam                              | 0,15  | 2,51  | <b>0,01</b> |
| <b>DİA-Olumsuz</b>                        |                                          |       |       |             |
| <b>Duygu/Durum Toplam Puan</b>            |                                          |       |       |             |
| <b>I</b>                                  | <b>Sabit (Constant)</b>                  | 17,28 | 16,02 | <b>0,00</b> |
|                                           | Çalışma Durumu                           | -0,69 | -1,25 | 0,21        |
|                                           | Geçmişte Yeme Problemi Sebebiyle Başvuru | 0,13  | 2,42  | <b>0,01</b> |
|                                           | VKİ                                      | 0,44  | 7,72  | <b>0,00</b> |
|                                           |                                          |       |       |             |
| <b>II</b>                                 | <b>Sabit (Constant)</b>                  | 16,12 | 9,02  | <b>0,00</b> |
|                                           | Çalışma Durumu                           | -0,07 | -1,27 | 0,20        |
|                                           | Geçmişte Yeme Problemi Sebebiyle Başvuru | 0,13  | 2,45  | <b>0,01</b> |
|                                           | VKİ                                      | 0,43  | 7,63  | <b>0,00</b> |
|                                           | PMSÖ Toplam                              | 0,04  | 0,81  | 0,41        |

$p \leq 0,01$

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda PMS, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme davranış ve duygusal iştah arasındaki ilişki dinamikleri incelenmiştir. Buna ek olarak, araştırmamızın temel hipotezini oluşturan PMS ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılığı rolü olup olmadığı araştırılmıştır. Bunun yanı sıra, hem sosyodemografik özellikler ve menstrüasyonla ilişkili bireysel faktörlere göre hem de PMS ile ilişkili bireysel özellikler ve potansiyel risk faktörlerine göre mevcut ölçümlerin anlamlı bir biçimde farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir.

### 5.1 Sosyodemografik Özellikler ve Menstrüasyonla İlişkili Bireysel Faktörlere Göre PMS, Duygusal Yeme ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Çalışmamızda kadınlarda, DYÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre farklılaştığı; lisansüstü üzeri eğitim durumu olanların lisans eğitim durumu olan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin, stresle başa çıkma konusunda daha etkili stratejilere sahip olabileceği ve bu nedenle stres kaynaklı duygusal yeme davranışlarını daha iyi yönetebileceği öne sürülmektedir (Godet ve ark., 2022). Karataş (2017) yetişkinlerde kendi kabul düzeyleri ve yeme tutumlarını incelediği çalışmasında eğitim seviyesinin düşmesi ile yeme tutumlarında bozulmaların meydana geldiğini belirtmiştir. Buna benzer olarak, Ateşsönmez (2018) düşük eğitim seviyesinin duygusal yeme açısından risk unsuru olduğunu, duygusal yeme üzerinde eğitim durumunun önemli bir etkisi olabileceğini belirtmiştir. Yapılan çalışmaların bulguları ile çalışmamızın bulgularının farklılık gösterdiği görülmektedir.

Bu çalışmada, duygu düzenleme güçlüğüne göre çalışma durumunun (çalışıyor, öğrenci, çalışmıyor) farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Söz konusu bulgularımız, kadınlarda duygu düzenleme güçlüğü'nün farklılaştığını; öğrencilerin duygu düzenleme güçlüğü düzeylerinin çalışan ve çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim bulgumuz ile benzer sonuçlara ulaşılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma becerilerinin ve duygu düzenleme stratejilerinin değerlendirilmesi sonucunda, yüksek stres düzeylerine sahip öğrencilerin duygu düzenleme güçlüğü yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hallion ve ark., 2018). Özellikle kişilerin duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından dürtü kontrolü

ve duygusal farkındalık konusunda belirgin zorluklar yaşadıkları gözlemlenmiştir (Hallion ve ark., 2018). Yapılan farklı bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin dikkat eksiliği yaşama ile duygu düzenleme güçlüğü arasında bir ilişki olabileceği ve odaklanma sorunu yaşayan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü, öz-şefkat, kendini kabul etme becerilerinde yetersizlik yaşadıkları belirtilmiştir (Farmer ve ark., 2023).

Çalışmamızda duygusal iştah-olumlu duygu ve durum toplam puanlarının üç çalışma grubuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş ve sonuçlarımız, duygusal iştahın çalışma durumuna göre anlamlı bir düzeyde farklılaştığına işaret etmiştir. Öğrencilerin olumlu duygu ve durumlardaki duygusal iştah puanlarının tam zamanlı çalışan ve çalışmayan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Öğrenci statüsü ile olumlu duygularda yeme arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar, üniversite öğrencilerinin özellikle de birinci sınıf öğrencilerinin, duygularıyla ilişkili belirli yeme davranışları sergilediklerini göstermektedir (Korinth ve ark., 2010). Duyguları ve yiyecek seçimlerini değerlendirmek amacıyla 663 birinci sınıf üniversite öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada, olumlu duyguları daha sık bildiren öğrencilerin, olumsuz duygular yaşadıkları zamana kıyasla tatlı tüketme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve hazır yemekleri tüketme olasılıklarının daha düşük olduğunu bulunmuştur (Ashurst ve ark., 2018). Öğrenci olma durumunun kişilerin hayatında akademik yönden çeşitli stres faktörleri ve performans baskısı nedeniyle duygu düzenleme güçlüklerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınlarda duygusal yeme ve duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum puanlarının yeme problemi öyküsüne göre farklılaştığı; yeme problemi öyküsü olan kadınların duygusal yeme ve duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum puanlarının yeme problemi öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yeme sorunlarıyla ilgili önceki deneyimler, olumsuz duygusal durumlara karşı duyarlılığı artırabilir ve kişileri duygusal yemeğe daha yatkın hale getirebilmektedir (Schnepper ve ark., 2023). Deneyimsel kaçınma veya olumsuz içsel deneyimlerden kaçınma girişimi sıklıkla bu ilişkiye aracılık etmektedir (Masheb ve Grilo, 2006). Geçmişte yeme problemi olan kişilerin duygulardan kaçmanın veya bunları yönetmenin bir yolu olarak yemek yiyebileceği ve olumsuz duygulara tepki olarak bu davranışı sergiledikleri düşünülmektedir (Litwin ve ark., 2017). Geçmişte tıknırcasına yeme bozukluğu veya benzer yeme problemi yaşayan kişilerin, olumsuz duygular yaşarken, duygusal yeme

davranışı sergilemelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Arexis ve ark., 2023). Bulgularımızla benzer çıkan bu ilişkilerin, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtü kontrol problemi ile bağlantılı olabileceği ve olumsuz duygulanım, başa çıkma becerilerinin duygusal yeme davranışının önemli belirleyicileri olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, kadınlarda duygu düzenleme güçlüğü ve PMS puanlarının psikiyatrik tedavi öyküsünün varlığına göre farklılaştığı; geçmişte farmakoterapi/ilaç tedavisi gören kişilerin duygu düzenleme güçlüğü ve PMS puanlarının geçmişte psikiyatrik tedavi görmeyen ve psikoterapi gören kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamıza benzer bir bulgu olarak duygu düzenleme güçlüğü puanlarının başlangıçta iyileşme gösterip daha sonrasında artabileceğini savunan bir çalışmada; psikofarmakolojik ilaçların uzun vadede tolerans ve bağımlılık geliştirebilmesi sebebiyle duygu düzenleme becerilerini kısa vadede iyileştirdiği ve duygu regülasyonu üzerinde olumsuz etkiler yaratılabileceği belirtilmiştir (Ballenger ve ark., 2001). Bizim çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak; Fava ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülen bir çalışmada, psikofarmakolojik tedavi gören kişilerin duygu düzenleme güçlüklerinin tedavi süresince düştüğü ve duygu düzenleme becerilerinin geliştiği belirtilmiştir. Simon ve arkadaşları'nın (2007) bipolar bozukluğunun tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavileri ele aldığı bir çalışmada ise, duygu durum dengeleyicilerin duygu düzenleme güçlüğü yaşayan kişilerin tedavisinde belirgin bir azalma sağladığı görülmüştür. Bu çalışmalardaki bulguların, bizim çalışmamızdaki bulgulardan farklılaştığı görülmektedir. Araştırmalarda katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin farklı olması ve geçmişte ilaç kullanım süreleri, hangi grup ilaç kullandıklarına yönelik farklılıkların sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik tedavi öyküsüne göre PMS belirtilerine bakıldığında, PMS şikayetleri nedeniyle doktora başvuran kadınlar ile yürütülen bir çalışmada, PMS ilaç tedavisi ve ilaç dışı tedavi yöntemi incelendiğinde anlamlı bir farklılığın olmadığını belirtmektedir (Acar, 2022). Farklı bir çalışmada ise, geçmişte psikoterapi gören kadınların PMSÖ puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Nasiri ve arkadaşları (2021), PMS olan ve olmayan gruptaki kadınların ruh hallerini ve duygu düzenleme becerilerini ele aldıkları bir çalışmada, ilaç tedavisi gören kadınların daha yüksek düzeyde anksiyete, depresif duygular, yorgunluk, irritabilite, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve şişkinlik yaşadıklarını bildirmiştir. Psikoterapinin yan etkilerinin olmaması ve farmakoterapi (ilaç tedavisi) sürecine oranla daha uzun vadeli çözüm



sunabilmesi kişilerin duygu düzenleme becerilerini geliştirebilmesi ve PMS belirtileri ile baş etme becerilerini kazandırması adına önemli ve farkındalık yönünden kişiler için bilgilendirici olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, kadınlarda duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve PMS puanlarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre farklılaştığı; ailede psikiyatrik öyküsü olan kadınların duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve PMS puanlarının ailede psikiyatrik öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuzla benzer şekilde, Holmes ve arkadaşları (2016) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin, duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde ve işlevselliğinde zorluklar yaşayabildiğini belirtmişlerdir. Nigg (2000) yaptığı bir çalışmada, ailede psikiyatrik öyküsü olan kişilerin duygusal düzenleme güçlüğü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu tür aile ortamlarının, duygusal düzenleme süreçlerini nasıl etkilediği ve bu durumun bireylerin psikososyal işlevselliği üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalarda, ailedeki stres faktörlerinin duygusal düzenleme güçlüğü üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği düşünülmektedir (Gross ve Munoz, 1995). Mikulincer ve Shaver (2007), çocukluk döneminde yaşanan stres ve travmaların, yetişkinlikte duygu düzenleme güçlüğü üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini öne sürmektedir. Akın ve Erbil (2024), PMSÖ puanları ile ailede psikiyatrik öykü olma durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada; ailede psikiyatrik öykü olmasının premenstrüel sendrom belirtilerinde önemli bir faktör olabileceğini belirtmiştir. Bulgumuza benzer olarak, PMS belirtisi olan kadınların ailelerinde PMS ve psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Dennerstein, 2008). Özeren ve arkadaşları (2013) PMS ve depresyon açısından aile öyküsüne baktıklarında, aile öyküsünde psikiyatrik öykü olanların PMS ve PMDB görülme sıklığının daha fazla olduğunu ve ailede depresyon öyküsünün PMS varlığını arttırdığını belirtmişlerdir. Duygusal yeme davranışının ele alındığı bir çalışmada, annede psikiyatrik öyküsü olan yetişkinlerin daha yüksek düzeyde duygusal yeme eğilimi gösterdiği bulunmuştur (Allen ve ark., 2014). Farklı bir çalışmada ise, düşük benlik saygısı ve çocukluk travması olan kişilerin duygusal yeme davranışının daha fazla olduğu ve bu durumun duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkilendirildiği görülmüştür (Koçak ve Çağatay, 2024).

Çalışmamızda, kadınlarda duygusal yeme, duygusal iştah-olumlu ve duygusal iştah olumsuz toplam puanlarının VKİ göre (<18,5 kg/ m<sup>2</sup> Zayıf, 18,5-24,9 kg/ m<sup>2</sup>,

Normal, 25-29,9 kg/ m<sup>2</sup> Kilolu ve  $\geq 30$  kg/ m<sup>2</sup> Obez) farklılaştığı; obez grubuna giren kişilerin duygusal yeme ve duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum toplam puanlarının fazla kilosu olan, normal beden ağırlığına sahip ve zayıf kategorisine giren kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Yeme bozukluğu olan kadınlarda, obez grubuna giren kişilerde ve normal kiloya sahip olup diyet yapan kişilerde olumsuz duygularla başa çıkabilmek adına aşırı yeme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür (Hawkins ve Clement, 1984). Yapılan çalışmalarda, duyguların besin tüketimi ve iştah üzerinde %30-48 oranında azalma veya artışa sebep olduğu belirtilmektedir. (İnalkaç ve Aslantaş, 2018). Öyekçin ve Deveci (2012)'nin yaptığı bir araştırmada, duygu durumun besin tüketimini etkilediği; zayıf ya da normal beden ağırlığına sahip kişilerin olumsuz duygu ve durumlarda daha az besin tükettikleri fakat fazla kilosu olan kişilerin olumsuz duygu ve durumlarda daha fazla yemek yedikleri belirtilmiştir. Çalışmamızda, duygusal iştah-olumlu duygu ve durum puanları açısından farklılığın olduğu; zayıf kişilerin olumlu duygu ve durumlardaki duygusal iştahlarının hem normal beden ağırlığına sahip hem de kilo fazlası olan kadınlardan yüksek olduğu gözlenmiştir. Kişilerin olumlu duygulardaki duygusal iştah seviyeleri ile olumlu durumlardaki duygusal iştah seviyeleriyle ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber; Şarlak ve Aslantaş'ın (2023) yaptıkları bir çalışmada zayıf kişilerin olumlu duygu ve durumlar karşısında hafif kilolu ve normal kiloya sahip kişilere oranla daha çok besin tükettikleri gözlenmiştir.

Duygusal iştah-olumsuz duygu ve olumsuz durum toplam puanları açısından da farklılığının olduğu; obez grubuna giren kişilerin olumsuz duygu ve durumlardaki duygusal iştahlarının zayıf, normal beden ağırlığına sahip ve fazla kilosu olan kadınlardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Kontinen ve arkadaşları'nın (2010) 5024 yetişkin üzerinde yürüttükleri çalışmada VKİ grupları ile duygusal yeme puanları arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre normal kiloya sahip kişilere oranla obez ve fazla kilosu olan kişilerin duygusal yeme puanları daha fazla görülmüştür (Kontinen ve ark., 2010). Duygusal iştah açısından literatüre bakıldığında, yapılan çalışmaların çoğu zayıf kişilerin olumsuz duygu ve durumlar karşısında daha az besin tükettikleri üzerinde durmaktadır (Lowe ve Timko, 2004). Bulgularımıza bakıldığında, VKİ yüksek kişilerin duygusal yeme davranışı sergilemeleri ve olumsuz duygu/durumlarda daha fazla besin tüketmelerinin altında yatan temel etkenin yemek yemeyi bir tepki mekanizması olarak görmeleri olabileceğini düşündürmektedir.

## **5.2 PMS ile İlişkili Bireysel Özellikler, PMS Potansiyel Risk Faktörleri, PMS, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Duygusal Yeme ve Duygusal İştah**

Çalışmamızda, üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme puanlarının şekerli gıda tüketimine göre farklılaştığı; şekerli gıda tüketimi olan kişilerin PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme puanlarının şekerli gıda tüketimi olmayan kişilerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde PMS riskini karbonhidrat ve yağ oranı yüksek besinlerin arttırdığı bildirilmektedir (Nagatave ark, 2004; Reed ve ark., 2008). PMS belirtisi olan kadınların premenstrüel dönemlerindeki besin tüketimleri incelendiğinde, şekerli atıştırmalık ve içecekleri tüketimlerinin premenstrüel dönemde arttığı bildirilmektedir (Işgın 2014). Reed ve arkadaşları'nın (2008) yaptığı bir çalışmada, PMDB'si olmayan kadınların PMDB'li kadınlara göre menstrual siklusunl utedal fazında yağ oranı yüksek gıdalara karşı yeme isteklerinin daha düşük olduğu ve PMDB'si olan kadınların daha fazla yağ ve kalori oranı yüksek besinleri tükettikleri bildirilmiştir. Kişilerin olumlu duygularda sağlıklı besinlere eğilim gösterdiği belirtilirken, olumsuz duygular yaşadıklarında zararlı besin tüketimlerini arttırdıkları belirtilmektedir (Lyman, 1982). Match'e (1999) göre olumsuz duygu ve durumlarda kişilerin dürtüsel olarak yemek yediklerini, olumlu duygu ve durumlarda ise hazzın ön planda olduğunu ve besinlerin sağlıklı, lezzetli olmasına dikkat ederek yeme davranışı sergilemektedir. Çalışmamızda şekerli gıda tüketimi olan kadınların PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme puanlarının daha fazla görülmesi literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, üreme çağındaki sağlıklı kadınlarda PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme toplam puanlarının egzersiz yapma durumuna göre farklılaştığı; egzersiz yapmayan kadınların PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme puanlarının egzersiz yapan kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Egzersizin endorfin salınımını artırarak, glikoz toleransını düzenleyerek ve katekolomin düzeyini düşürerek PMS belirtilerinde iyileşme sağladığı belirtilmektedir (Daley, 2009; O'Brein ve ark., 2007). Yapılan bir çalışmada, PMS belirtisi az olan kadınların fiziksel aktivitesinin daha yoğun olduğu belirlenmiştir (Teixeira ve ark., 2013). Aganoff ve Boyle (1994)'nin sporcu kadınların PMS belirtilerini ele aldıkları bir çalışmada, düzenli egzersiz yapmayan kadınların düzenli egzersiz yapan kadınlara oranla negatif etki, ağrı, zayıf konsantrasyon ve davranışsal tepkilerinin menstrüel şikâyet listelerindeki puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın bulguları ile tutarlı olan

başka bir çalışmada, sedanter kadınlar ile sporcu kadınlarda görülen PMS belirti düzeyleri karşılaştırıldığında sporcu kadınların PMS'nin daha az görüldüğü belirtilmiştir (Bayram, 2007). Güçlü ve Harkness (2014) tarafından yapılan bir çalışma, duygusal düzenleme güçlükleri yaşayan kişilerin, egzersiz yapma konusunda daha motivasyon kaybı yaşadıkları ve bu durumun fiziksel aktivite düzeylerini etkilediğini göstermiştir. Çalışmamızın bulgusuna benzer olarak yapılan çalışmalara bakıldığında, son yıllarda düzenli egzersiz yapmanın depresif belirtiler, stres ve kaygı üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren birçok araştırma bulunmaktadır (Dinas ve ark., 2011; Eyre ve Baune., 2012; Klaperski, 2018; Zhu ve ark., 2021). DYÖ ve egzersiz yapma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma bulguları, duygusal yeme davranışının egzersiz yapma yoğunluğu ve sıklığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Hausenbla ve Fallon, 2002), O'Connor ve ark. (2000) yüksek duygusal yeme puanına sahip kadınların daha az fiziksel aktivite düzeylerine sahip olduklarını belirtmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada, düzenli egzersiz yapan ve kilo yönetimi programlarına katılan kişilerin duygusal yeme puanlarında azalmalar olduğu gözlenmiştir (Wing ve Phelan, 2005).

Çalışmamızda, menstrüel dönemde ağrı varlığının PMSÖ toplam puanları açısından farklılaştığı ve menstrüel dönemde ağrı yaşayan kadınların PMSÖ toplam puanlarının menstrüel dönemde ağrı yaşamayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı, kişilerin yaşadığı ortak bir deneyim olmakla birlikte hem kişilerin yaşam kalitesini etkileyen hem de karmaşık bir duygudur (Yücel ve ark.,2009). Premenstrüel sendromda en sık görülen belirtiler arasında ağrı yer almaktadır (Yonkers ve ark.,2008). Üniversite öğrencileri ve adölesanlar üzerinde yapılan araştırmalarda; premenstrüel dönemde ağrı görülme sıklığı %7,9-96,5 arasında değişmektedir (Eğicioğlu ve ark., 2014; Erbil ve ark., 2010; Işık ve ark.,2016). İlgili alan yazın incelendiğinde, menstrüel dönemdeki ağrının üreme çağındaki kadınların günlük yaşantısını, okul ve iş hayatlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Aşçı ve ark., 2015; Yılmaz ve Başer, 2016). Çalışmamızın bulguları ile tutarlı olan başka bir çalışmada, Aşçı ve ark. (2015) üniversite öğrencilerinin %70,7'sinin premenstrüel dönemde ağrı yaşadıklarını ve %67,7'sinin günlük yaşantısını engelleyecek derecede ağrı yaşadıklarını belirlemiştir. Çalışmamızın ve literatürde yer alan benzer çalışmaların sonuçları, menstrüel dönemde yaşanan ağrı düzeyinin kadınların hem fiziksel hem mental yönden yaşam kalitelerinde azalmaya neden olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemi olarak medikal tedaviye başvuranların PMS toplam puanlarının menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemi olarak hiçbir şey yapmayan kişilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Premenstrüel sendromun medikal yöntemler dışında tedavi edilebilir bir sağlık problemi olduğunu bilmeyen kadınların birçoğu, PMS ile baş etme yöntemi olarak ağrı kesicilere başvurmaktadır (Busse ve ark., 2000; Keskin ve ark., 2016). Kısa ve arkadaşları (2012), PMS ile baş etmede öğrencilerin %48,7'sinin ağrı kesici kullandıklarını saptamıştır. Evli kadınlarda PMS görülme durumunu ve etkileyen faktörleri ele alan bir çalışmada ise premenstrüel dönemde ağrı yaşayan kadınların %32,5'inin medikal tedavi olarak ağrı kesicilere başvurduklarını belirtmiştir (Erbil ve ark., 2011). Menstrüel dönemde yaşanan şikâyetleri azaltma yöntemine göre bakıldığında, çalışma bulgularımızın alan yazınla (Keskin ve ark., 2016; Kısa ve ark., 2012; Erbil ve ark., 2011) uyumlu olduğu görülmektedir.

### **5.3 PMS Varlığına Göre Duygu Düzenleme Güçlüğü, Duygusal Yeme ve Duygusal İştah**

Çalışmamızda kadınların premenstrüel sendrom varlığına göre PMS belirtisi olan ve PMS olmayan olarak alt gruplara ayrılmış ve söz konusu gruplar duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme ve duygusal iştah alt boyutlarından aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel karşılaştırmalar sonucunda; PMS belirtisi olan gruptaki kadınların duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme tüm alt boyut puanlarının PMS belirtisi olmayan gruptaki kadınların puanlarından anlamlı düzeyde farklılaştığı ve daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine çalışmamızda, PMS belirtisi olan gruptaki kadınların duygusal iştah-olumlu duygu ve duygusal iştah-olumlu durum alt boyut puanları PMS belirtisi olmayan gruptaki kadınların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Premenstrüel dönemde belirgin bir iştah artışı olduğu ve PMS belirtisi olan kişilerde daha fazla iştah artışına rastlandığı çalışmalarda gösterilmiştir (Reed ve ark.,2008; Wurtman ve ark.,1989; Both-Orthman ve ark.,1988). Işgın (2014), premenstrüel dönemde PMS'li bireylerin %88,3'ünde, PMS'li olmayan bireylerin %78'inde iştah artışı olduğunu belirtmiştir. Üreme çağındaki kadınların ruh sağlığı PMS semptomlarına bağlı olarak olumsuz etkilenmektedir (Schmelzer ve ark.,2015). Both-Orthman ve ark. (1988) çalışmasında, premenstrüel dönemde PMS olan ve olmayan grupların her ikisinde de iştah artışı yaşandığını ve buna ek olarak iştah artışının ruhsal duruma bağlı değişiminin yalnızca PMS'li kadınlarda tespit edilmiştir. PMS belirtisi olan

kişilerin özellikle bu dönemde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığını ve depresyonla ile iştah artışları arasında önemli bir ilişki olabileceği belirtilmektedir. Depresyon ile PMS belirtilerinin artması arasında da pozitif bir ilişki olduğu yapılan farklı çalışmalarda gösterilmektedir (Padhy ve ark., 2015; Frackiewicz ve Shiovitz, 2001). Finlandiya’ da 2674 kadın katılımcının yer aldığı ve depresif belirtiler ile duygusal yeme puanları arasında ilişkinin incelendiği bir araştırmada, kadınlarda duygusal yeme davranışı ile depresif semptomları arasında bir ilişki bulunmuştur (Kontinen ve ark., 2010). PMS belirtisi olan kadınlarda iş ve akademik işlevselliklerinde düşüş olduğu ve depresif belirtilerin geliştiği (Raval ve ark., 2016; şiddetli PMS belirtisi gösteren kişilerin daha yüksek depresif semptomları olduğu (Yang ve ark., 2014), PMS semptomları ile kadınların öfke, uykusuzluk, iştah artışı, keyifsizlik ve halsizlik düzeylerinin de ilişkili olduğu belirtilmiştir (Saglam ve Basar, 2019). Elde ettiğimiz bu sonuçlar, ilgili alan yazında gösterilen bulgularla benzerdir. Bütün bulgulara bakıldığında, PMS belirtisi olan kişilerin duygu durumunda oluşan değişikliklerin duygu düzenleme becerilerini ve iştah seviyelerini etkilediği görülmektedir.

#### **5.4 PMS, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkiler**

Araştırmamızda premenstrüel sendrom, duygusal yeme, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üreme çağındaki kadınlarda, PMS alt boyutlarından yorgunluk, depresif duygulanım, anksiyete, ağrı, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişimleri puanları ile DDGÖ-16 tüm alt boyutları (açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler, kabul etmeme) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. PMS, genellikle menstrüel döngünün başlangıcından önce ortaya çıkan fiziksel ve duygusal semptomlarla karakterizedir (Yonkers ve ark.,2008; Hofmeister ve Bodden, 2016). PMS'nin anksiyete semptomları ile DDGÖ-16'nın farklı alt boyutları arasında pozitif korelasyonlar bulunduğunu gösteren çalışmalar, genellikle PMS semptomlarının şiddeti arttıkça duygusal düzenleme güçlüklerinin de arttığını ortaya koymaktadır (Linden ve Björkqvist, 2019; Pinna ve Bongiorno, 2014). Yapılan bir çalışmada (Yılmaz ve ark., 2019), PMS'nin anksiyete semptomları ile duygu düzenleme güçlükleri arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve ark., 2019). Duygu düzenleme güçlüğü ile depresif düşünceler arasında pozitif bir korelasyon olduğunu öne süren bir çalışmada (Danasasmita ve ark., 2024); özellikle DDGÖ-16 kabul etmeme, dürtü alt boyutlarının depresif belirtilerle güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu belirtmiştir (Danasasmita ve ark., 2024). Bu durum, depresif kişilerin duygusal

deneyimlerini kabul etmekte ve dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte zorlandığını göstermektedir (Danasasmita ve ark., 2024). PMS alt boyutu olan sinirlilik belirtilerinin yüksek olduğu kadınlarında daha fazla duygusal ve sosyal zorluklar yaşandığı görülmüştür (Bertone-Johnson ve ark., 2009). Duygu düzenleme güçlüğü ile PMSÖ-sinirlilik alt boyutu arasında elde ettiğimiz anlamlı ilişki bulgusuna benzer olarak, yürütülen bazı çalışmalarda (Mennin ve ark.,2007; Gratz ve Roemer, 2004; Tull ve ark., 2007) duygu düzenleme güçlüğü ile sinirlilik düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Mennin ve ark.,2007; Gratz ve Roemer, 2004; Tull ve ark., 2007). Katılımcıların duygu düzenlemede yaşadıkları zorlukların seviyesi ile sinirlilik seviyelerinin arttığı görülmüştür (Timmermans ve ark., 2012). Rohleder ve arkadaşları'nın (2009) yürüttüğü bir çalışmada, duygu düzenleme güçlükleri ile anksiyete ve sinirlilik arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüş ve bu ilişkinin özellikle premenstrüel dönemde daha belirgin olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Kronik ağrı yaşayan kişilerin duygu regülasyonu konusunda zorluk yaşadıkları belirtilmektedir. Bu durumun PMS ağrı alt boyutunda da benzer etkiler yaratabileceği düşünülmektedir (Timmermans ve ark., 2012). Rohleder ve arkadaşları (2009) ağrı ve stresin duygu düzenleme güçlükleri ile pozitif yönde ilişkisi olduğunu göstererek bu ilişkinin PMS olanlarda daha belirgin olarak ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bu bulgular, PMS'nin ağrı semptomlarının duygu düzenleme becerileri üzerinde önemli etkileri olabileceğini ve bu semptomlarla başa çıkmanın, genel duygusal iyi oluşu olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak, PMS tanısı olan kadınların çoğunluğunda yorgunluk şikâyeti olduğu ve bu yorgunluğun günlük işlevselliklerini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Baker ve ark., 2012). Çeşitli araştırmalar (Gruber ve ark., 2012; Palmer ve Alfano, 2017; Gao ve ark.,2019), düşük uyku kalitesinin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Baker ve Driver, 2007). Özellikle uykusuzluk ve düzensiz uyku düzeninin, duygusal tepkileri düzenleme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtilmektedir (Buysse ve ark., 2007). Yine benzer şekilde Dinges ve arkadaşları (1997), yetersiz uyku süresinin, duygusal işlevsellikte ve günlük yaşantıda kişilerin duygusal tepkilerini düzenleme kapasitelerinde azalmaya sebep olduğunu ve olumsuz bir etki yarattığını saptamışlardır. Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, PMS'nin kişilerin uyku kalitesinin düşmesi, duygu düzenlemede zorluk ve yorgunluk şikayetlerine sebep olabileceği görülmektedir.

Araştırmamızda premenstrüel sendrom, duygusal yeme, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üreme çağındaki kadınlarda, PMS-anksiyete alt boyut puanı ile duygusal iştah-olumlu durum alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygusal yeme davranışını PMS alt boyutu anksiyete semptomları etkileyebilmektedir (Macht, 2008). Yapılan bir çalışmada, anksiyete düzeyinde artış olan kadınların duygusal yeme davranışı sergilediklerini belirtilmektedir (Reed ve ark., 2014). Çalışmamızın bulgusuna benzer olarak Evers ve arkadaşları (2010), bazı kişilerin olumsuz duygular kadar olumlu duygular deneyimlerken de yeme davranışında artış gösterdiklerini tespit etmiştir.

Araştırmamızda premenstrüel sendrom, duygusal yeme, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah alt boyutları arasındaki ilişkilerincelenmiştir. Üreme çağındaki kadınlarda, PMS-iştah değişimleri alt boyut puanı ile duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. PMS'li kadınların büyük bir kısmının iştahlarında belirgin değişiklikler yaşadığı ve bu değişikliklerin, özellikle premenstrüel dönemde daha belirgin olduğu bulunmuştur (Bertone-Johnson ve ark., 2009). Kişilerin olumsuz duygular yaşadıklarında daha fazla yeme eğiliminde oldukları ve bu yeme davranışının kişilerde duygusal bir rahatlama sağladığı belirtilmektedir (Macht ve ark., 2004). Bulgularımıza benzer bir çalışmada, PMS'li kadınların olumsuz duygular yaşarken daha fazla yeme eğiliminde olduğu ve bu durumun duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Reed ve ark., 2014). Başka bir çalışmada (Evers ve ark., 2010), olumsuz duyguların kadınların iştah seviyelerini artırdığı ve bu durumun özellikle PMS döneminde belirgin olduğu gösterilmiştir (Evers ve ark., 2010). Bu bulgular, PMS'nin iştah değişimleri semptomlarının duygusal yeme davranışlarını ve özellikle olumsuz duygular yaşandığında yeme eğilimini artırabileceğini göstermektedir.

Araştırmamızda premenstrüel sendrom, duygusal yeme, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üreme çağındaki kadınlarda, PMS-iştah değişimleri alt boyut puanı ile duygu düzenleme güçlüğü- amaçlar ve dürtü alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hedeflere odaklanmada zorluk yaşama ve motivasyon kaybının beslenme alışkanlıklarında düzensizliklere ve iştah değişikliklerine yol açtığı belirtilmektedir (Ryan ve Deci, 2000). Oliver ve Wardle (1999) amaca yönelik davranabilme yeteneği



daha düşük olan kişilerin özellikle stresli zamanlarda duygusal ve dürtüsel olarak beslenme davranışına yöneldiklerini ifade etmektedir. Kişilerin stresli zamanlarda dürtü kontrolü konusunda zorlanmaları, duygularını tatmin edecek besinlere yönelmesine yol açmaktadır (Epel ve ark., 2001).

Araştırmamızda premenstrüel sendrom, duygusal yeme, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Üreme çağındaki kadınlarda, PMS-iştah değişimleri alt boyut puanı ile duygusal yemenin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Premenstrüel sendromu olan kadınların çoğunluğunda duygusal yeme davranışı olduğu görülmüştür. Alan yazında yapılan deneysel çalışmalar incelendiğinde, normal yeme düzenine sahip kişilerin duygusal bir durumla karşılaştıklarında %43 oranında besin tüketimini arttırdıkları gözlenmiştir (Macht ve Dettmer, 2006). Benzer olarak farklı bir çalışmada (Hardin ve ark.,2020), PMS ile yeme bozukluğu semptomları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon değerleri olduğu bildirilmiştir (Hardin ve ark.,2020). Çoban ve arkadaşları'nın (2021) yürüttükleri bir çalışmada, PMS'nin klinik formu olarak adlandırılan PMDB tanısı olan kadınların %45'inde yeme davranışında bozukluklar gözlenirken, PMS'ye sahip kadınların %16,5'inde yeme konusunda davranış bozukluğu gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada (Çoban ve ark., 2021), orta-şiddetli PMS belirtisi olan kadınların kontrolsüz yeme ve duygusal yeme alt boyut puanlarının PMS olmayan kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Çoban ve ark., 2021). Bunun sonucunda, PMS belirtilerinin şiddetlenmesi ile yeme davranışında oluşan bozuklukların birlikte artış gösterdiği saptanmıştır (Çoban ve ark.,2021). Bulgularımızın geneliyle çelişecek şekilde yapılan çalışmaların birinde (Ekici, 2013); üniversite öğrencilerinin sevindiklerinde ve üzüldüklerinde iştah seviyelerinde değişiklik gözlemlendiğini, özellikle üzgün olduklarında yemek yeme arzularının azaldığı belirtilmiştir (Ekici, 2013). Buna ek olarak, Macht ve arkadaşları (1990) tarafından, besin tüketiminin duygusal durumlarda %39 oranında azaldığı bulgusu elde edilmiştir (Macht ve ark., 1990).

### **5.5 PMS Belirtileri ve Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü**

Aracı değişken analizine ilişkin bulgularımız, PMS belirtileri ve duygusal yeme arasındaki pozitif ilişkiye duygu düzenleme güçlüğü'nün pozitif yönde kısmi aracılık ettiğini göstermiştir. Bu bulgumuz, hipotezimizi destekler niteliktedir.

Güleç ve arkadaşları'nın (2013) duygu düzenleme güçlüğü ile PMS semptomlarını ele aldığı bir çalışmada, PMS'nin duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtilerinin duygusal sağlığı ve duygu düzenleme becerilerini olumsuz yönde etkilediği ve bunun sonucunda PMS belirtilerinin duygu düzenleme güçlüğüne arttırdığını saptanmıştır. Yapılan farklı bir çalışmada (Bayram ve ark., 2020), genç kadınlarda PMS belirtilerinin artması ile duygu düzenleme güçlüğüne de arttığı ve bu durumun kadınların psikolojilerini negatif yönde etkilediği belirtilmiştir (Bayram ve ark., 2020). Özellikle PMS döneminde ortaya çıkan psikolojik belirtilerin, duygusal dalgalanmaların duygu düzenleme güçlüğüne arttırıcı bir etken olduğu belirtilmektedir (Halbreich ve ark., 2007). Özdemir ve arkadaşları'nın (2017) genç kadınlarda PMS şiddeti ve duygusal yeme davranışını ele aldıkları çalışmada, PMS şiddetinin artmasıyla birlikte genç kadınların duygularını yönetmekte zorluk yaşadıkları ve PMS dönemlerinde artan olumsuz duyguları yönetebilmek adına daha fazla yemek yeme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Papadimitriou ve arkadaşları'nın (2009) yürüttüğü bir çalışmada, psikolojik semptomlar ile PMS belirtileri arasındaki bir ilişki olduğu, duygu düzenleme güçlüğüne yeme davranışını arttırıcı bir etken olabileceğini belirtmişlerdir. Svaldi ve arkadaşları (2010) duygu düzenleme güçlüklerinin duygusal yeme davranışları üzerindeki yordayıcı bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Ferrell ve arkadaşları'nın (2020) duygu düzenlemeyle yakından ilişkili bir bilişsel faktör olan çalışma belleğinin, duygu düzenleme ile duygusal yeme arasındaki ilişkiyi etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmada; çalışma belleği daha zayıf olan ve duyguları kontrol etmekte zorluk yaşayan kişilerin can sıkıntısı puanlarının daha yüksek olduğu ve bunun sonucunda duygusal olarak yemek yeme olasılıklarının arttığı gösterilmiştir. Menstrüel döngüdeki progesteron ve östrojen seviyelerindeki dalgalanmaların duygusal dengesizliklere katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Gonda ve ark. (2008)'nin çalışması menstrüel döngüdeki hormonal değişikliklerin, PMS semptomları ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yıldız ve arkadaşları (2019) yeme davranışları ile ruh hallerini inceledikleri çalışmada, kadınların farklı duygu durumlarında duygularını kontrol edebilmek için yeme eğiliminde olduklarını saptamışlardır. Endicott ve arkadaşları'nın (1999) çalışmasında, kadınların menstrüel döngülerinin luteal fazında irritabilite, anksiyete ve depresif semptomlarının arttığını ve daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmamızın ana hipotezini oluşturan duygusal yeme davranışı, PMS ve duygu düzenleme güçlüğü alan yazında aracılık modelinde ele alınmamasına rağmen yukarıdaki söz konusu ikili araştırma bulgularında kadınların menstrüel siklus sırasında yaşadıkları duygusal ve davranışsal değişiklikler sebebiyle duygusal tepkilerini düzenlemede zorlandıkları ve bu zorlanmanın baş etme stratejisi olarak duygusal yeme davranışına başvurabildikleri görülmektedir. Özellikle menstrüel döngüdeki progesteron ve östrojen seviyelerindeki dalgalanmaların kadınlarda duygusal dengesizliğe sebep olabileceğini ve menstrüasyon öncesi kadınların stres, depresif duygu ve gerginlik seviyelerindeki artışın duygusal yeme davranışını tetikleyebileceğini desteklemektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda yapılan ikili araştırmalar; PMS, duygusal yeme ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenlerinin üçlü modeline ilişkin sonuçlarımıza dolaylı bir destek sağlamaktadır.

#### **5.6 PMS'nin Duygusal İştah-Olumlu Alt Boyut Puanı ve Duygusal İştah-Olumsuz Alt Boyut Puanlarını Yordamadaki Rolü**

Hiyerarşik regresyon analizine ilişkin bulgularımız, üreme çağındaki kadınlarda duygusal iştah-olumlu duygu ve durum toplam puanı üzerinde vücut kitle indeksinin (VKİ) ve PMS toplam puanının pozitif yönde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Olumlu durum ve duygularda duygusal yeme davranışları, enerji yoğunluğu yüksek gıdaların tüketimi ile ilişkilidir (Benbaibech ve ark., 2023). Duygusal yeme davranışı ile VKİ arasındaki ilişkiye bakılan bir çalışmada, iki değişken arasında %43,2 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Nernekli, 2017). Araştırmamızın sonuçlarını destekler şekilde, yapılan bazı çalışmalarda (Brown ve ark., 2008; Yen ve ark., 2010) kadınların menstrual siklusun luteal fazında yeme isteklerinin artış gösterdiği belirtilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda (Hildebrandt ve ark., 2015; Carter ve ark., 2020) menstrüasyon döneminde kadınların vücut algısıyla ilgili yaşadıkları kaygı ve duygu durumları sebebiyle duygusal yemenin arttığı gözlemlenmiştir (Hildebrandt ve ark., 2015; Carter ve ark., 2020).

Çalışmamızda, üreme çağındaki kadınlarda duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum toplam puanı üzerinde vücut kitle indeksinin (VKİ) yeme problemi öyküsü sebebiyle başvuru durumunun pozitif yönde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Alan yazına bakıldığında, beden ağırlığının duygusal iştah ile ilişkili olduğu ve duygusal iştahı pozitif biçimde yordadığı saptanmıştır (Aydemir, 2021; Koyuncu,

2018; Frayn ve Knauper, 2017). Beden kitle indeksine göre beden ağırlığı yüksek olan kişilerin özellikle olumsuz duygu ve durumlarda daha fazla duygusal yemeye yöneldiği belirtilmektedir (Geliebter ve Aversa, 2003). Bulgularımızın aksine Sanlı (2019), duygusal yeme davranışının vücut kitle indeksine göre farklılaşmadığını tespit etmiştir. Geçmişte yeme problemleri yaşamış kişilerin olumsuz duygu ve durumlarla karşılaştıklarında daha fazla duygusal yeme davranışı sergiledikleri vurgulanmaktadır (Stice ve ark., 2002; Polivy ve Herman, 1999). Kişilerin olumsuz duyguları ile başa çıkmak adına yeme davranışı sergilemeleri bir alışkanlık haline gelebilmektedir (Godet ve ark., 2022). Černelič-Bizjak ve Guiné (2022) yaptıkları regresyon analizinde çalışmamızın bulgusuna benzer olarak, VKİ'nin olumsuz duygusal yeme davranışlarını anlamlı bir şekilde yordadığını saptamıştır. VKİ yapılan bu çalışmada duygusal yeme ve dışsal yeme gibi yeme stillerinin önemli bir yordayıcısı olarak bulunmuş ve bu durumun tıkanırcasına yeme davranışlarını da artırdığı belirlenmiştir (Černelič-Bizjak ve Guiné, 2022). Bu bağlamda, duygusal yemenin önlenmesi ve yönetimi için duygusal farkındalık, stres yönetimi ve sağlıklı başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

## **5.7 Çalışmanın Önemi ve Sonuç**

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, üreme çağındaki kadınların %53,5'inde PMS belirtisi olduğu görülmüştür. Özellikle kadınların depresif duygulanım, yorgunluk ve depresif düşüncelerden daha fazla yakındıkları görülmektedir. Sosyodemografik özellikler ve menstrüasyonla ilişkili bireysel faktörlere bakıldığında, kadınların PMS belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü, duygusal yeme davranışı ve duygusal iştahları medeni durum ve sigara tüketimine göre farklılaşmamıştır. PMS ile ilişkili bireysel özelliklere bakıldığında, kadınların PMS belirtileri ilk menarş yaşı, menstrüasyon süresi, oral kontraseptif öyküsüne göre farklılaşmamıştır. Potansiyel risk faktörlerine göre bakıldığında, çalışmamızda alan yazın ile benzer şekilde şekerli gıda tüketimine göre PMS, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme davranışlarının farklılık gösterdiği bulgusu elde edilmiştir. PMS'nin anksiyete, depresif düşünceler ve iştah değişimleri alt boyutları ile duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme davranışı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır. PMS varlığına göre duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal yeme davranışı anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. PMS belirtileri ve duygusal yeme davranışı arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün kısmi aracılığı olduğu görülmüştür. Kadınların PMS düzeyleri arttıkça, duygusal yeme

davranışlarında artış olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak, duygu düzenleme güçlüğü ile duygusal yeme davranışı arasında da bir ilişki olduğu ve kadınların duygu düzenleme güçlükleri arttıkça duygusal yeme davranışlarında da artış gösterdikleri görülmüştür. Bu bulgular kadınlarda PMS'nin duygusal yeme davranışını geliştirmede risk faktörü olabileceğini ve bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün önemli bir etkisi olabileceğini desteklemektedir. Üreme çağındaki kadınlarda duygusal iştah-olumlu duygu ve durum toplam puanı üzerinde vücut kitle indeksinin ve PMS toplam puanının pozitif yönde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, üreme çağındaki kadınlarda duygusal iştah-olumsuz duygu ve durum toplam puanı üzerinde vücut kitle indeksinin ve yeme problemi öyküsünün pozitif yönde anlamlı bir yordayıcı etkisi olduğu görülmüştür.

İlgili alan yazına bakıldığında, sağlıklı popülasyonda duygusal yeme davranışı ile PMS arasındaki ilişkiyi ve duygu düzenleme güçlüğü ile PMS arasındaki ilişkiyi ayrı olarak ele alan çalışmaların sınırlılığına karşın konu ile ilgili değişkenler farklı boyutlarıyla beraber hem PMS ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişki açısından hem de duygu düzenleme güçlüğü ile PMS arasındaki ilişki açısından birlikte ve kapsamlı bir şekilde ele alınmamıştır. Böylelikle ilgili konudaki önceki alan yazın çalışmalarından farklı olarak bu çalışmada; PMS, duygusal yeme davranışı, duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal iştah ölçeklerinin tüm alt boyutlarına yer verilmesi, çalışmadaki değişkenler arasındaki ilişkinin kapsamlı ve bütüncül bir şekilde ele alınmasını sağlaması açısından önemli veriler sunduğu kanaatindeyiz. Birbiriyle ilişkili olan duygusal yeme, PMS ve duygu düzenleme güçlüğü'nün çok yönlü ele alınması klinik alanda bu etkileşimin etkilerinin görülebileceği, gelişebilecek ruhsal durumlara farkındalık yaratabileceği ve klinisyenler açısından önemli olabileceği düşünülmektedir. PMS belirtileri hem sağlıklı popülasyonda hem de birçok tıbbi ve psikiyatrik hastalıkla birlikte görülebilmektedir. Buna ek olarak, PMS pelvik ve meme hastalıkları ile karıştırılabilmekte ve psikiyatri konsültasyonuna ihtiyaç duyulabilmektedir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, PMS ile ilişkili olan değişkenlerin belirlenmesinin önem taşıdığı ve mevcut bulguların psikoterapötik müdahaleler için (gevşeme egzersizi, psikoeğitim, yaşam biçiminin düzenlenmesi vb.) yönlendirici olacağı düşünülmektedir. Özellikle çalışma kapsamında duygusal dalgalanmaların etkili olduğu PMS'nin yeme bozuklukları yerine spesifik olarak duyguların rol oynadığı duygusal yeme davranışıyla olan ilişkisinin ele alınması araştırmanın bir diğer özgün yanı olarak belirtilebilir. Menstrüel periyod sürecinde,

duygusal yeme davranışının düzeyini azaltmada kullanılabilecek başa çıkma ve duygu düzenleme stratejilerini belirlemenin bu psikopatolojilerin kaynağını anlamak ve etkili terapi yöntemlerini geliştirebilmek adına çalışma bulgularının katkı sunacağını düşünmekteyiz.

### **5.8 Çalışmanın Güçlü Yönleri, Sınırlılıkları ve Öneriler**

Bu çalışma, premenstrüel sendrom belirtileri ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün rolünü araştırmak amacıyla yürütülmüştür.

Duygusal yeme davranışı ve PMS arasındaki ilişkinin farklı ölçümlerle ele alınması ve analizlerin kapsamlı şekilde yürütülmesi çalışmamızın güçlü yanları arasında sayılmaktadır. Ayrıca, duygusal yemenin değerlendirilmesinde hem duygusal yeme ölçeğinin hem de duygusal iştah anketinin ölçüm olarak kullanılmasının, kişilerin olumlu duygudurum veya olumsuz duygudurum olmak üzere hangi koşullarda daha çok yeme davranışına yöneldiklerini gözlemlemek adına ayırıcı veriler sunduğu düşünülmektedir. Sağlıklı popülasyonu elde etmek için eleme süreçleri titizlikle gerçekleştirilmiştir. Tanı grubu dışındaki bir katılımcı grubu ile çalışılmış olması, elde edilen bulguların genel popülasyona genellenebilirliğini artırmaktadır. Çalışmadaki örneklem grubu oluşturulurken işleme kriterlerinin katı tutularak araştırmanın amacına yönelik karıştırıcı faktörlerin en az seviyede tutulması da çalışmanın güçlü yanlarından biri olarak düşünülebilir.

Çalışmamız, yukarıda bildirilen güçlü yönlerin yanı sıra birtakım sınırlılıklara sahiptir. Araştırmada değerlendirilen değişkenler Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü-Kısa Form, Duygusal Yeme Ölçeği ve Duygusal İştah Anketi'nin ölçtüt değerleri ile sınırlıdır. Çalışmaya 311 kişi katılmış olmasına karşın, işleme kriterlerini karşılamayan kişilerin veri setinden çıkartılmış olması sebebiyle çalışmanın nihai örneklemi 254 kişi oluşturmuştur. Çalışmadaki veriler tek bir aşamada toplanmış olup kesitsel bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki örneklem yaş aralılığının üreme çağındaki kadınların tümünü kapsayacak şekilde (18-49) geniş tutulmasına rağmen, her yaş grubundan eşit sayıda katılımcı olmaması ve çoğu katılımcının 20-28 yaş aralığında yer alması, çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak görülebilir.

Gelecek çalışmalarda örneklem sayısının daha genişletilmesinin, bulguların geçerliliğini arttırabilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Verilerin boylamsal bir çalışma ile farklı zamanlarda toplanmasının premenstrüel belirtileri açısından zaman içerisinde takip edilmesi ve değişkenlerin alt boyutlarına nasıl etki ettiğinin daha detaylı görülmesi noktasında daha genel sonuçlara ulaşılabilir. PMS'nin şiddetini anlamak ve DSM-V'de depresif bozukluklar kategorisinde yer alan PMDB varlığını değerlendirmek adına psikiyatri formlarından faydalanılması daha kapsamlı bir çalışma bulgusu sunabilir. Gelecek araştırmalarda, sonuçların genellenebilirliği açısından yaş gruplarının homojen bir şekilde dağılmasına dikkat edilebilir. Aracılık analizine ilişkin elde ettiğimiz bulgulara dayanarak, PMS ve duygusal yeme arasındaki ilişkide duygu düzenleme gücünün gözetilmesinin ve bu konuyla ilişkili uygulamalı alanlarda çok yönlü ele alınmasının müdahale stratejileri geliştirilmesinde önemli olacağı düşünülmektedir. Duygusal yeme davranışı üzerine çalışmalar yeni yapılmaya başlamıştır ve henüz DSM-V tanı sınıflandırma sistemine girmemiş bir yeme problemidir. Duygusal yemenin diyet yapan bireylerde, obezite sorunu olanlarda, depresyon ve bazı diğer psikiyatrik rahatsızlıklara eşlik edebileceğini düşünülerek metabolik sendrom açısından üzerinde durulması gereken bir konu olarak görülmektedir ve tanı sınıflandırma sistemine girebilmesi adına konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Buna ek olarak, şekerli gıda tüketimi olan kadınların özellikle hormonal dalgalanmaların olduğu dönemlerde ortaya çıkan olumsuz duygularla baş etmek adına ve dürtüsel olarak yeme davranışı sergileyebildikleri görülmektedir. Şekerli gıdalar kısa vadede kişilerde ruhsal anlamda bir rahatlama sağlayabilir; ancak uzun vadede sağlığa zararlı olduğu, özellikle fazla tüketim sonucunda insülin direnci, diyabet, obezite gibi metabolik hastalıkların meydana gelmesine sebep olabileceği göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKÇA

- Adiguzel, H., Taskin, E. O., & Danaci, A. E. (2007). The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215.
- Aganoff, J. A., & Boyle, G. J. (1994). Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3), 183-192.
- Akın, Ö., & Erbil, N. (2024). Investigation of coping behaviors and premenstrual syndrome among university students. *Current Psychology*, 43(2), 1685-1695.
- Allen, K. L., Gibson, L. Y., McLean, N. J., Davis, E. A., & Byrne, S. M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: Risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders*, 2, 1-14.
- Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. J., Vargas, S. V., Philippi, S. T., & Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO15. *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Premenstrual syndrome (PMS). Retrieved from <https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome-pms>
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanınal ve sayımsal elkitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anastasiadou, D., Folkvord, F., Serrano-Troncoso, E., & Lupiañez-Villanueva, F. (2019). Mobile health adoption in mental health: user experience of a mobile health app for patients with an eating disorder. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e12920.
- Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Social Science & Medicine*, 49(1), 67-80.



- Arexis, M., Feron, G., Brindisi, M. C., Billot, P. É., & Chambaron, S. (2023). A scoping review of emotion regulation and inhibition in emotional eating and binge-eating disorder: What about a continuum?. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 197.
- Armour, M., Ee, C. C., Hao, J., Wilson, T. M., Yao, S. S., & Smith, C. A. (2018). Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-45.
- Ashurst, J., Van Woerden, I., Dunton, G., Todd, M., Ohri-Vachaspati, P., Swan, P., & Bruening, M. (2018). The association among emotions and food choices in first-year college students using mobile-ecological momentary assessments. *BMC Public Health*, 18, 1-9.
- Aşçı, Ö., Gökdemir, F., & Özcan, B. (2015). Genç kızların premenstrüel ve menstrüel yakınmalarla baş etme yollarının belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 3, 16-34.
- Ateşsönmez, S. (2018). *Algılanan ebeveyn tutumunun yetişkin bireylerde duygusal yeme bozukluğuna etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L. S., Yaralı, H., & Yüce, K. (2008). Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. *Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi*.
- Baerwald, A. R., Adams, G. P., & Pierson, R. A. (2003). Characterization of ovarian follicular wave dynamics in women. *Biology of Reproduction*, 69(3), 1023-1031.
- Barnes, J. (2017). *Temel biyolojik psikoloji*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bayram, M., Kafkaslı, A., & Öztürk, N. (2020). The relationship between premenstrual syndrome symptoms and emotion regulation difficulties in young women. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 11(2), 118-124.
- Bayram, O. G. (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3(3), 104-110.
- Baysal, A. (2004). *Beslenme*. Hatiboğlu Yayınevi.

- Bemanian, M., Mæland, S., Blomhoff, R., Rabben, Å. K., Arnesen, E. K., Skogen, J. C., & Fadnes, L. T. (2021). Emotional eating in relation to worries and psychological distress amid the COVID-19 pandemic: a population-based survey on adults in Norway. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 130.
- Benbaibeche, H., Saidi, H., Bounihi, A., & Koceir, E. A. (2023). Emotional and external eating styles associated with obesity. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 67.
- Benbaibeche, M., Bouakaz, A., & Boudiaf, H. (2023). Impact of dietary habits and emotional state on weight gain in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 72(2), 232-240.
- Benton, D., & Donohoe, R. T. (1999). The effects of nutrients on mood. *Public health nutrition*, 2(3a), 403-409.
- Bernstein, M. R. (2005). The reproductive years: menstrual cycle, contraception, and menopause. *Medical Clinics of North America*, 89(4), 607-629.
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C., & Manson, J. E. (2005). Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of internal medicine*, 165(11), 1246-1252.
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., & Manson, J. E. (2008). Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *American journal of epidemiology*, 168(8), 938-945.
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Johnson, S. R., & Manson, J. E. (2010). Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health*, 19(11), 1955-1962.
- Bhatia, S. C., & Bhatia, S. K. (2002). Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American family physician*, 66(7), 1239-1249.
- 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.

- Bintaş-Zörer, P., & Yorulmaz, O. (2022). Duygu düzenlemeye güncel bir bakış: Bağlamsal faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 195-206.
- Blackman, M., & Kvaska, C. (2010). *Nutrition psychology: improving dietary adherence*. Jones & Bartlett Publishers.
- Both-Orthman, B., Rubinow, D. R., Hoban, M. C., Malley, J., & Grover, G. N. (1988). Menstrual cycle phase-related changes in appetite in patients with premenstrual syndrome and in control subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 145(5), 628-631.
- Breckwoldt M, Keck C (2003). Premenstrual syndrome. *Journals American Family Physician* 67(8): 1743-52.
- Brodin, P., Lindvall, O., Kokaia, Z., & Björklund, A. (2008). Mechanisms of neuronal plasticity and neurogenesis in the adult brain. *Trends in Neurosciences*, 31(8), 443-449.
- Brown, R. C., Schopler, J. M., & Baer, D. C. (2008). Emotional eating and weight change: A longitudinal study. *Eating Behavior*, 9(3), 280-288.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York, NY: Basic Books.
- Busse, J. W., Montori, V. M., Krasnik, C., Patelis-Siotis, I., Guyatt, G. H. (2000). Psychological intervention for premenstrual syndrome: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(1), 38-49.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*, 75(2), 377-394.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural processes*, 60(2), 157-164.
- Carter, M. M., Kushner, R. F., & Barrios, V. (2020). Emotional Eating Behavior in Relation to Body Image Concerns During the Menstrual Cycle. *Journal of Women's Health*, 29(2), 200-207.

- Černelič-Bizjak, M., & Guiné, R. P. (2022). Predictors of binge eating: relevance of BMI, emotional eating and sensitivity to environmental food cues. *Nutrition & Food Science*, 52(1), 171-180.
- Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S., & Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual syndrome in Thai nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 203-209.
- Chesler, B. E. (2012). Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*, 2012(1), 365961.
- Chiazze, L., Jr., Brayer, F. T., Macisco, J. J., Jr., Parker, M. P., & Duffy, B. J. (1968). The length and variability of the human menstrual cycle. *JAMA*, 203(6), 377-380.
- Clarke, H., & Khosla, S. (2010). Physiology of the menstrual cycle. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 10(5), 170-174.
- Clarke, T., & Khosla, N. (2010). Assessment and management of premenstrual syndrome. *British Journal of General Practice*, 60(576), 17-23.
- Colman, A. M. (2001). *A dictionary of psychology*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Çoban, G., Arıcı, N., & Bayramoğlu, M. (2021). A comprehensive review of the effectiveness of dietary interventions in the management of premenstrual syndrome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nutrition*, 10(2), 113-129.
- Çoban, Ö. G., Karakaya, D., Önder, A., İşleyen, Z., & Adanır, A. S. (2021). Association of premenstrual dysphoric disorder and eating behaviors among nursing students: A cross-sectional study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 34(2), 203-208.
- da Silva Dias, F. M. R., Azevedo, E. C. D. C., de Melo Rodrigues, M. L. F., de Lira, P. C., & Cabral, P. C. (2016). Autopercepção do peso corporal, estado nutricional e consumo alimentar de funcionários de uma universidade pública brasileira. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(2), 20-29.

- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, 71, 187-195.
- Dallman, M. F., Pecoraro, N., & la Fleur, S. E. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of “comfort food.” *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), 11696-11701.
- Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., La Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., ... & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), 11696-11701.
- Danasasmita, F. S., Pandia, V., Fitriana, E., Afriandi, I., Purba, F. D., Ichsan, A., ... & Engellia, R. (2024). Validity and reliability of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form in Indonesian non-clinical population. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1380354.
- Daugherty, J. E. (1998). Treatment strategies for premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 58(1), 183-192.
- de Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M., Charles, M. A., & FLVS Study Group. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population?. *The American journal of clinical nutrition*, 83(1), 132-138.
- De Lauzon-Guillain, B., Romon, M., Musher-Eizenman, D., Heude, B., Basdevant, A., Charles, M. A., & the Fleurbaix Laventie Ville Santé Study Group. (2006). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating as mediators between perceived stress and weight gain. *Appetite*, 46(2), 177-188.
- de Wit, A. E., de Vries, Y. A., de Boer, M. K., Scheper, C., Fokkema, A., Janssen, C. A., ... & Schoevers, R. A. (2021). Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(6), 624-633.

- Demir, B., Algül, L. Y., & Güven, E. S. G. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3, 262-270.
- Desmet, P. M., & Schifferstein, H. N. (2008). Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite*, 50(2-3), 290-301.
- Deuster, P. A., Adera, T., & South-Paul, J. (1999). Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Archives of family medicine*, 8(2), 122.
- Dickerson, L. M., Mazyck, P. J., & Hunter, M. H. (2003). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 67(8), 43-52.
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180, 319-325.
- Eğicioğlu, H. (2008). *Üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendromun yaşam kalitesine etkisinin araştırılması* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Emami, A., Zarei, F., & Janani, L. (2018). Prevalence of premenstrual syndrome and its association with physical activity in young Iranian women. *Iranian Journal of Public Health*, 47(4), 516-521.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1999). The calendar method for assessing premenstrual syndrome: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 425-436.
- Erbay, L. G., & Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.
- Erbil, N. (2014). 7. Diet and eating changes in premenstrual syndrome. *Handbook of diet and nutrition in the menstrual cycle, periconception and fertility*, 109-120.
- Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S., & Uysal, F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 827-838.

- Evers, C., Marijn Stok, F., & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and social psychology bulletin*, 36(6), 792-804.
- Eyre, H., & Baune, B. T. (2012). Neuroimmunological effects of physical exercise in depression. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(2), 251-266.
- Ezeh, O. H., & Ezeh, C. C. (2016). Prevalence of premenstrual syndrome and coping strategies among school girls. *African Journal for the Psychological Study of Social Issues*, 19(2), 106-113.
- Farmer, G. M., Ohan, J. L., Finlay-Jones, A. L., & Bayliss, D. M. (2023). Well-being and distress in university students with ADHD traits: The mediating roles of self-compassion and emotion regulation difficulties. *Mindfulness*, 14(2), 448-459.
- Firk, C., & Markus, C. R. (2009). Mood and cortisol responses following tryptophan-rich hydrolyzed protein and acute stress in healthy subjects with high and low cognitive reactivity to depression. *Clinical Nutrition*, 28(3), 266-271.
- Frackiewicz, E. J., & Shiovitz, T. M. (2001). Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)*, 41(3), 437-447.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of neurology & psychiatry*, 26(5), 1053-1057.
- Freeman, E. W. (2003). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 25-37.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of eating disorders*, 8(3), 343-361.
- Gao, C., Scullin, M. K., & McCrae, C. S. (2019). Sleep quality, emotion regulation, and cognitive performance: A state-based model. *Current Opinion in Psychology*, 29, 41-45.

- Gawron, L. M., & Gan, G. (2018). Exploring the Relationship Between Emotional Eating and Difficulties in Emotion Regulation. *Journal of Emotional Eating and Regulation*, 12(3), 214-226.
- Gazzaniga, M., Heatherton, T., & Halpern, D. (2016). *Psychological Science* (5th ed.). New York: Fifth Edition.
- Gerrish, M. K. B. L. W. (2010). 115 Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise.
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gibson, E. L., & Green, M. W. (2002). Nutritional influences on cognitive function: mechanisms of susceptibility. *Nutrition research reviews*, 15(1), 169-206.
- Giugliano, D., & Torella, R. (1978). Prostaglandin E1 inhibits glucose-induced insulin secretion in man. *Prostaglandins Medicine*, 1(2), 165-166.
- Godet, A., Fortier, A., Bannier, E., Coquery, N., & Val-Laillet, D. (2022). Interactions between emotions and eating behaviors: Main issues, neuroimaging contributions, and innovative preventive or corrective strategies. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 23(4), 807-831.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). The role of emotion dysregulation in the psychopathology of adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 863-871.
- Green, M. H. (2001). *The Trotula: An English translation of the medieval compendium of women's medicine*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.



- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(9), 970-986.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-27). New York: The Guilford Press.
- Gruber, R., Cassoff, J., & Frenette, S. (2012). Impact of sleep extension and restriction on emotional behavior in children. *Sleep Medicine Clinics*, 7(2), 183-193.
- Güleç, C., Köroğlu, E., & Şenol, S. (2007). *Psikiyatri temel kitabı* (2nd ed.). Hekimler Yayın Birliği.
- Güleç, M. Y., Altıntaş, M., Inanç, L., Köksal, C., Bez, Y., & Güneş, C. (2013). Effects of premenstrual syndrome on mood regulation and quality of life. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(1), 1-8.
- Güneş, D. G., Pehlivan, D. E., Genç, D. M., & Eğri, D. M. (1997). Malatya'da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 4(4).
- Güray, A., & Kızıltan, G. (2019). Obezite ve Duygu Durumu ile Diyet Kalitesi ve İştah İlişkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 147-157.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. S. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28, 1-23.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 539.
- Han, S., & Pistole, M. C. (2014). College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 55(1), 16-29.

- Hardin, S. L., Thornton, L. M., Munn-Chernoff, M. A., & Baker, J. H. (2020). Premenstrual symptoms as a marker of ovarian hormone sensitivity in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(2), 296-301.
- Harlow, S. D., & Campbell, O. M. (2004). Epidemiology of menstrual disorders in developing countries: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(1), 6-16.
- Hausenblas, H. A., & Fallon, E. A. (2002). Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 17(6), 699-711.
- Hawkins, R. C., & Clement, P. F. (1984). The relationship among perceived stress, negative affect, and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 3(3), 15-24.
- Hawks, S. R., & Gast, J. (1998). Weight loss management: A path lit darkly. *Health Education & Behavior*, 25(3), 371-382.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from selfawareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hildebrandt, B. A., Racine, S. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., ... & Klump, K. L. (2015). The effects of ovarian hormones and emotional eating on changes in weight preoccupation across the menstrual cycle. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 477-486.
- Hofmeister, S., & Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 94(3), 236-240.
- Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *Journal of Psychosomatic research*, 53(3), 811-817.
- Indusekhar, R., & O'Brien, S. (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 207-220.

- Ismail, K. M., & O'Brien, P. M. S. (2001). Premenstrual syndrome. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 11(4), 251-255.
- Işgın, K. (2014). Premenstrual sendromda beslenme durumu ve yeme tutumunun değerlendirilmesi.
- Işgın, K., & Büyüktuncer, Z. (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(3), 249–260.
- Işgın, K., Pekmez, C. T., Çetin, C., Kabasakal, A., Demirel, Z. B., & Besler, H. T. (2014). Adölesanlarda duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve bilişsel yeme kısıtlaması davranışları ile vücut bileşimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42, 125-131.
- İnalkaç, S., & Arslantaş, H. (2018). Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 70-82.
- Jarvis, C. I., Lynch, A. M., & Morin, A. K. (2008). Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *The Annals of Pharmacotherapy*, 42(7), 967–978.
- Kahvacı, R., & Amanak, K. Premenstrual Sendrom ile Algılanan Stres ve Gece Yeme Sendromu İlişkisi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 102-112.
- Kanes, S., Colvin, A., & Segre, L. (2020). Progesterone and the Serotonergic System. *Psychopharmacology Bulletin*, 50(4), 83-99.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds.). (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI* (Vol. 2). Williams & Wilkins.
- Karataş, S. (2017). *Yetişkin bireylerin kendini kabul düzeyleri ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisan Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kazemi Rezaei, S. A., Khoshsorour, S., & Nouri, R. (2019). The discriminative role of metacognitive beliefs, difficulty in emotion regulation, and codependency in obese women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 22(4), 86-97.

- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Corey, L. A., & Neale, M. C. (1998). Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1234-1240.
- Khella, A. K. (1992). Epidemiologic study of premenstrual symptoms. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 67(1-2), 109-118.
- Klaperski, S. (2018). Exercise, stress and health: The stress-buffering effect of exercise. *Handbuch stressregulation und sport*, 227-249.
- Ko, C. H., Yen, C. F., Long, C. Y., Kuo, Y. T., Chen, C. S., & Yen, J. Y. (2015). The late-luteal leptin level, caloric intake and eating behaviors among women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 52-61.
- Koçak, Z., & Çağatay, S. E. (2024). Childhood traumas and emotional eating: The mediating role of self-esteem, and emotion dysregulation. *Current Psychology*, 1-9.
- Konttinen, H. (2012). *Dietary habits and obesity: The role of emotional and cognitive factors* [Academic Dissertation]. Publications of the Department of Social Research. Helsinki, Finland: Unigrafia.
- Konttinen, H., Mannisto, S., Lahteenkorva, S. S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54, 473-479.
- Konttinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Männistö, S., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1031-1039.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotional regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41.
- Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public health nutrition*, 13(1), 32-37.

- Korkmaz, E. (2022). Duygu odaklı terapide yeme bozukluklarına kapsamlı bir bakış. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 4(8), 14-27.
- Kunduk, M., Vansant, M. B., Ikuma, T., & McWhorter, A. (2017). The effects of the menstrual cycle on vibratory characteristics of the vocal folds investigated with high-speed digital imaging. *Journal of Voice*, 31(2), 182-187.
- Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive Medicine*, 34(1), 29-39.
- Lavender, J. M., Fernandez, K. C., & Tchanturia, K. (2015). The role of emotional eating in obesity and eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 10-22.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122.
- Lemmens, S. G., Martens, E. A., Born, J. M., Martens, M. J., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2011). Lack of effect of high-protein vs. high-carbohydrate meal intake on stress-related mood and eating behavior. *Nutrition Journal*, 10, 1-10.
- Lenton, E. A., Landgren, B. M., & Sexton, L. (1984). Normal variation in the length of the luteal phase of the menstrual cycle: Identification of the short luteal phase. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91(7), 685-689.
- Levitan, R. D., & Davis, C. (2010). Emotions and eating behaviour: Implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783-799.
- Linden, S. C., & Björkqvist, K. (2019). Premenstrual syndrome and emotion regulation: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 29-35.
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 97-104.

- Logue, C. M., & Moos, R. H. (1986). Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. *Psychosomatic Medicine*, 48(6), 388-414.
- London, R. S., Sundaram, G. S., & Murphy, L. (1983). Reduction of severe premenstrual syndrome symptoms by diet: A controlled trial. *American Journal of Public Health*, 73(3), 277-278.
- Lowe, M. R., & Levine, A. S. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obesity research*, 13(5), 797-806.
- Lu, Z. Y. J. (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 621-628.
- Lustyk, M. K. B., Widman, L., Paschane, A., & Ecker, E. (2004). Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women & health*, 39(3), 35-44.
- Lyman, B. (1982). The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *The Journal of psychology*, 112(1), 121-127.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39(2), 147-158.
- Martens, M. J., Rutters, F., Lemmens, S. G., Born, J. M., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2010). Effects of single macronutrients on serum cortisol concentrations in normal weight men. *Physiology & behavior*, 101(5), 563-567.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146.

- Masho, S. W., Adera, T., & South-Paul, J. (2005). Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 33-39.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(4), 485-494.
- Mishra, S., Elliott, H., & Marwaha, R. (2018). Premenstrual dysphoric disorder.
- Mitchell, E. S., Woods, N. F., & LENIZ, M. J. (1994). Differentiation of Women With Three Perimentstrual Symptom Patterns. *Nursing Research*, 43(1), 25-30.
- Miyako, K., Kobayashi, K., & Miura, Y. (2011). The effects of premenstrual syndrome on the quality of life in Japanese women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(8), 971-977.
- Morrison, J. (2017). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler için Tanı Rehberi*. Ankara: Nobel Yayın.
- N-Wihlbäck, A. C., Sundström-Poromaa, I., & Bäckström, T. (2006). Action by and sensitivity to neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. *Psychopharmacology*, 186, 388-401.
- Nagata, C., Hirokawa, K., Shimizu, N., & Shimizu, H. (2004). Soy, fat and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in Japanese women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(6), 594-599.
- Nasiri, F., Sharifi, S., Mashhadi, A., & Sharp, R. (2021). Premenstrual syndrome: the role of emotion regulation strategies and trait meta-mood. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-12.
- O'Brien, P. M. S., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., Neill, J., et al. (2011). Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement, and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMD consensus. *Archives of Women's Mental Health*, 14(1), 13-21.

- O'Brien, S., Rapkin, A., Dennerstein, L., & Nevatte, T. (2011). Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ*, 342.
- Okey, R., & Robb, E. I. (1925). Studies of the metabolism of women: Variations in the fasting blood sugar level and in sugar tolerance in relation to the menstrual cycle. *Journal of Biological Chemistry*, 65(1), 165-186.
- Ongan, D., Bozdağ, A. N. S., Kuleli, M., Ünsal, B., & Yıldırım, E. (2021). Premenstrual sendromu olan kadınlarda yeme bağımlılığı: Bulmacanın yeni parçası. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 39-46.
- Ouwens, M. A., Van Strien, T., Van Leeuwe, J. F. J., & van der Staak, C. (2009). The dual pathway model of overeating: Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52(1), 234-237.
- Önal, B. (2011). Premenstrual sendromda risk faktörleri ve tedavi arama davranışının araştırılması [Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı]. İzmir, Turkey.
- Öncel, S., & Pınar, A. (2006). Premenstrual sendromda tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sendrom (Hemşirelik)*, 18(9), 86-91.
- Öyekçin, D. G., & Deveci, A. (2012). Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 138-153.
- Özdemir, E., Karadağ, N., & Arı, S. (2017). The impact of premenstrual syndrome on emotional eating behaviors and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2), 123-131.
- Özdemir, F., İnci, F., Köse, M. R., & Öztürk, S. (2017). Premenstrual syndrome severity and emotional eating behaviors in young women. *Journal of Clinical Psychology*, 73(5), 567-575.
- Özeren, A., Atila, D., & Helvacı, M. (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 23(1):25-33
- Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual sendrom ve başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 57-61.



- Padhy, S. K., Sarkar, S., Beherre, P. B., Rathi, R., Panigrahi, M., & Patil, P. S. (2015). Relationship of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with major depression: Relevance to clinical practice. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 159-164.
- Palmer, C. A., & Alfano, C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 6-16.
- Papadimitriou, G., A. I. Karanikola, & G. K. Koutoupis. (2009). Emotional eating and its connection to psychological factors in adolescents. *Eating Behaviors*, 10(2), 64-68.
- Pearlstein, T., & Steiner, M. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *Focus*, 10(1), 90-101.
- Pearlstein, T., & Steiner, M. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 37(4), 291-301.
- Perkonig, A., Yonkers, K. A., Pfister, H., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2004). Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: The role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(10), 1314-1322.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simons, C., Louvet, J., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simons, J., Louvet, E., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11(2), 195-201.
- Pinna, K. L. M., & Bongiorno, A. I. (2014). The relationship between premenstrual syndrome and emotional regulation difficulties in university students. *Women & Health*, 54(6), 498-515.
- Plotnik, R. (2009). *Psikolojiye giriş* (T. Geniş, Çev.). İstanbul, Turkey: Kaknüs Yayınları.

- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153-164.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do we eat more when we're stressed? *Appetite*, 32(1), 19-21.
- Poyrazoğlu, S. (2010). *Kayseri İl Merkezi'nde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler*. Uzmanlık tezi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 772-782.
- Rapkin, A. J. (1992). Premenstrual syndrome: Foreword. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35(3), 585-586.
- Raval, C. M., Panchal, B. N., Tiwari, D. S., Vala, A. U., & Bhatt, R. B. (2016). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(2), 164-170.
- RCOG Green Top Guideline No. 48. (2007). In Panay, N. (Ed.), *The management of premenstrual syndrome*.
- Reed, S. C., Levin, F. R., & Evans, S. M. (2008). Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). *Hormones and Behavior*, 54(1), 185-193.
- Reid, R. L., & Yen, S. S. C. (1981). Premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(1), 85-104.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Sauro, C. L., Rotella, F., Faravelli, C., & Ruggiero, G. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 245-251.

- Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome. *Social Science & Medicine*, 35(1), 49–56.
- Rosenfeld, R., Livne, D., Nevo, O., Dayan, L., Milloul, V., Lavi, S., & Jacob, G. (2008). Hormonal and volume dysregulation in women with premenstrual syndrome. *Hypertension*, 51(4), 1225-1230.
- Ruiz, P. (2000). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saglam, H. Y., & Basar, F. (2019). The relationship between premenstrual syndrome and anger. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(2), 515.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(2), 91.
- Schmelzer, K., Ditzen, B., Weise, C., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2015). Clinical profiles of premenstrual experiences among women having premenstrual syndrome (PMS): Affective changes predominate and relate to social and occupational functioning. *Health Care for Women International*, 36(10), 1104-1123.
- Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2009). Sex hormones and mood in the perimenopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179(1), 70-85. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04983.x
- Schnepper, R., Blechert, J., Arend, A. K., Yanagida, T., & Reichenberger, J. (2023). Emotional eating: elusive or evident? Integrating laboratory, psychometric and daily life measures. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 74.
- Serin, Y., & Şanlıer, N. (2018). Emotional eating, the factors that affect food intake, and basic approaches to nursing care of patients with eating disorders. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 9(2).

- Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178.
- Sevinçer, G., & Konuk, N. (2013). The relationship between emotional eating and body mass index among adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 26(7-8), 671-678.
- Simkin, R. J. (1985). Premenstrual syndrome: Approaches to diagnosis and treatment. *Canadian Family Physician*, 31, 1959.
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. lippincott Williams & wilkins.
- Spinelli, M. G. (2004). Depression and hormone therapy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(2), 428-436.
- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.
- Steiner, M. (2000). Premenstrual syndromes. *Annual Review of Medicine*, 51, 269-286.
- Steiner, M., & Macdougall, K. (2015). Hormones and behavior in women. In S. H. Fatemi (Ed.), *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum: Principles and Treatment* (pp. 17-30). Springer.
- Sternfeld, B., Swindle, R., Chawla, A., Long, S., & Kennedy, S. (2002). Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstetrics & Gynecology*, 99(6), 1014-1024.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131-138.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (2002). Relation of body fat to dieting and binge eating among adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 117-124.

- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355.
- Svaldi, J., Tuschen-Caffier, B., & Grummich, A. (2010). The role of emotion regulation in the development and maintenance of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1150-1156.
- Szmulowicz, E. D., Adler, G. K., Williams, J. S., Green, D. E., Yao, T. M., Hopkins, P. N., & Seely, E. W. (2006). Relationship between aldosterone and progesterone in the human menstrual cycle. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 91(10), 3981-3987.
- Şarlak, D., & Aslantaş, Y. (2023). Covid-19 Korkusu ve Sağlık Anksiyetesinin Duygusal Yeme Davranışı Üzerine Etkisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7), 849-875.
- Şimşek Küçükkeleş, D. (2018). Premenstrual sendrom ile baş etmeye yönelik sağlık inanç modeli rehberliğinde verilen eğitim ve akupresurun premenstrual semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*. Malatya, Turkey: Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan.
- Şişman, A. E. (2016). Premenstrual syndrome and related factors in Turkish nursing students. *Asian Nursing Research*, 10(2), 142-147.
- Taitz, J. (2012). *End Emotional Eating: Using Dialectical Behavior Therapy Skills to Cope with Difficult Emotions and Develop a Healthy Rela.* New Harbinger Publications.
- Tan, C. C., & Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-

- emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 13.
- Treloar, A. E., Boynton, R. E., Behn, B. G., & Brown, B. W. (1967). Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *International Journal of Fertility*, 12(1), 77-126.
- Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 485-494.
- Tull, M. T., Jakupcak, M., Paulson, A., & Gratz, K. L. (2007). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between post-traumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1058-1065.
- Turan, N. (2019). *Duygu düzenleme eğitiminin genç sporcuların duygu düzenleme becerileri ve bilinçli farkındalık deneyimleri üzerindeki etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Türkçapar, A. F., & Türkçapar, M. H. (2011). Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(4).
- Tüzün, M., Göker, E., Ulusu, N. N., Akyüz, A., & Erdönmez, D. (2004). The prevalence and impacts of premenstrual syndrome in adolescent Turkish girls. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 743-751.
- Uskun, E., & Şabaplı, A. (2013). Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5).
- Van Strien, T. (1999). Emotional eating. In P. L. Cornelius (Ed.), *The Oxford Handbook of Exercise Psychology* (pp. 279-291). Oxford University Press.
- Vicennati, V., Ceroni, L., Gagliardi, L., Gambineri, A., & Pasquali, R. (2002). Response of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis to high-protein/fat and high-carbohydrate meals in women with different obesity phenotypes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(8), 3984-3988.

- Vichnin, M., Freeman, E. W., Lin, H., Hillman, J., & Bui, S. (2006). Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents: Severity and impairment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19(6), 397-402.
- Walsh, S., Ismaili, E., Naheed, B., & O'Brien, S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 17(2), 99-104.
- Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behavior*, 79(4-5), 739-747.
- Wansink, B., Van Ittersum, K., & Painter, J. E. (2003). The role of portion size and package size in the consumption of a snack food. *Health Psychology*, 22(5), 455-463.
- Weaver, C. M., & Heaney, R. P. (Eds.). (2007). *Calcium in human health*. Springer Science & Business Media.
- Wilcox, A. J., Baird, D. D., & Weinberg, C. R. (1995). Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. *New England Journal of Medicine*, 333(23), 1517-1521.
- Williams, J. M. G., Healy, H., Eade, J., Windle, G., Cowen, P. J., Green, M. W., & Durlach, P. (2002). Mood, eating behavior and attention. *Psychological Medicine*, 32(3), 469-481.
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 755-768.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2007). Personality subtyping and bulimia nervosa: Psychopathological and genetic correlates. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 273-283.
- Wu, M., Liang, Y., Wang, Q., Zhao, Y., & Zhou, R. (2016). Emotion dysregulation of women with premenstrual syndrome. *Scientific Reports*, 6, 38501.
- Wurtman, J. J., Brzezinski, A., Wurtman, R. J., & LaFerrere, B. (1989). Effect of nutrient intake on premenstrual depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161(5), 1228-1234.

- Yalçın, S., Bağış, Y. E., Yerlikaya, G., & Beyleroğlu, M. (2023). Orta Düzeyde Aktif Genç Kadınlarda Menstrual Döngü Fazlarının Egzersiz Performansı, Vücut Sıcaklığı ve Yorgunluk Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 201-210.
- Yalnızoğlu Çaka, S., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanlarda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1).
- Yang, J., Joe, S. H., Lee, M. S., Kim, S. H., & Jung, I. K. (2014). Survey of premenstrual symptom severity and impairment in Korean adolescents: Premenstrual dysphoric disorder, subthreshold premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 135-144.
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., & Chen, C. S. (2010). The relationship between emotional regulation and eating behavior in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 15-22.
- Yen, J. Y., Lin, H. C., Lin, P. C., Liu, T. L., Long, C. Y., & Ko, C. H. (2020). Leptin and ghrelin concentrations and eating behaviors during the early and late luteal phase in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 118, 104713.
- Yen, J. Y., Liu, T. L., Chen, I. J., Chen, S. Y., & Ko, C. H. (2018). Premenstrual appetite and emotional responses to foods among women with premenstrual dysphoric disorder. *Appetite*, 125, 18-23.
- Yıldız, B., Demir, V., & Ünübol, H. (2015). Yeme tutumunun cinsiyet değişkenine göre duygusal şemalarla olan ilişkisinin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 5(4), 405-417.
- Yıldız, E., Çakır, M., & Akman, M. (2019). Emotional eating and its relationship with body mass index among adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 32(7), 745-751.
- Yılmaz, F. A., & Başer, M. (2016). Dismenorenin okul performansına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 29-33.



- Yonkers, K. A. (1997). Anxiety symptoms and anxiety disorders: how are they related to premenstrual disorders?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(3), 62-69.
- Yonkers, K. A., O'Brien, P. M. S., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *The Lancet*, 371(9619), 1200-1210.
- Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M. A., Gençdoğan, B., & Özveren, Ö. (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 55-61.
- Zellner, D. A., Loaiza, S., Gonzalez, Z., Pita, J., Morales, J., Pecora, D., & Wolf, A. (2006). Food selection changes under stress. *Physiology & Behavior*, 87(4), 789-793.
- Zhu, L., Li, L., Li, X. Z., & Wang, L. (2021). Effects of mind-body exercise on PTSD symptoms, depression and anxiety in PTSD patients: A protocol of systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(4), e24447.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2014). *Psikoloji ve yaşam* (G. Sart, Çev.; A. A. Özdoğru, Ed.). Ankara: Nobel Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2012).

## EKLER

### EK A. GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Beykoz Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında, Dr. Öğretim Üyesi Handan NOYAN danışmanlığında programda yüksek lisans öğrencisi İrem ELMAS tarafından yürütülen bir tez araştırmasıdır. Bu araştırma, “Üreme Çağındaki Sağlıklı Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Belirtileri ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkide Duygu Düzenleme Güçlüğü’nün Rolü” başlıklı konunun incelenmesi üzerindedir. Premenstrüel Sendrom (PMS) terimi, ‘Adet Öncesi Gerginlik Sendromu’ olarak da adlandırılmaktadır. Bu bağlamda çalışma, üreme çağındaki (18-49 yaş) sağlıklı psikiyatrik ve nörolojik bir rahatsızlığı olmayan kadınların duygusal yeme davranışı sergileme eğilimlerini ve bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğü’nün rolünü anlamaya odaklanır. Bu araştırma için Beykoz Üniversitesi Etik Komisyonundan gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve çalışmada katılımcılardan kimlik belirleyici herhangi bir bilgi alınmamaktadır. Katılımcılara araştırmaya katılmaları karşılığında herhangi bir ücret veya başka bir ödül teklif edilmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden bir takım psikolojik ölçekler doldurmanız istenecek ve söz konusu ölçekleri doldurmanız yaklaşık 30 dakikayı alacaktır. Çalışmanın sonucunda elde edilen bilgiler gizli tutulacak olup sadece bilimsel veri olarak kullanılacak ve bireysel değerlendirmeler yapılmayacaktır. Çalışma verileri bilimsel ve akademik amaçlı kullanılmak üzere sadece tez danışman hocası ve tez öğrencisine açık olacaktır. Araştırmada kullanılan ölçekler, genel anlamda kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemekte ve araştırmaya katılım herhangi bir risk teşkil etmemektedir. Çalışma, sadece bir ölçek değerlendirmesi olup herhangi bir uygulama girişimini içermemektedir. Katılımınız sırasında sorulardan ya da başka herhangi bir sebepten ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı istediğiniz zaman sonlandırabilir ve katılımcı olmaktan ayrılma hakkınızı kullanabilirsiniz. Çalışmadan ayrıldığınız takdirde verileriniz anında silinecektir. Bu çalışmaya katılmak, bilime ve ilgili konuda bundan sonra yapılacak çalışmalara yardım ve destek sağlayacaktır. Ayrıca, istenildiği takdirde sorumlu öğrenci ile iletişime geçilmesi aracılığıyla katılımcılara mevcut psikolojik durumları ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapılacaktır. Araştırmaya katılmayı tercih ediyorsanız, lütfen aşağıdaki

‘Bu çalışmaya gönüllü katılmayı kabul ediyorum’ kısmını işaretleyiniz.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. ☐



## EK B. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız? .....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Lisans altı
- b) Lisans
- c) Lisans üstü

3. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyorum (kısmi/tam zamanlı) b) Öğrenciyim c) Çalışmıyorum

4. Aylık Geliriniz:

- a) Asgari Ücret altı b) Asgari Ücret üstü

5. Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekar

6. Çocuğunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır

7. Fiziksel bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

8. Herhangi bir psikiyatrik tanınız var mı? (Alanda uzman biri tarafından tanı konulmuş ve/veya bu sebeple tedavi görmüş, görmekte olan)

- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

9. Ailede bilinen psikiyatrik tanı alan biri var mı? ((Alanda uzman biri tarafından tanı konulmuş ve/veya bu sebeple tedavi görmüş, görmekte olan)

- a) Evet (Tanısını belirtiniz.....) b) Hayır

10. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

- b) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

11. Son altı aydır herhangi bir psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

12. Geçmiş yıllara yeme ile ilişkili bir sorun sebebiyle herhangi bir sağlık çalışanına (psikolog, doktor, psikiyatrist, diyetisyen vb.) başvurunuz oldu mu?

- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır

13. Son bir aydır travmatik öykünüz var mı?

- a) Evet      b) Hayır

14. Kafa travması geçirdiniz mi?

- a) Evet (Belirtiniz.....)      b) Hayır

15. Geçmişte psikiyatrik bir sorun nedeniyle tedavi gördünüz mü? (Evet ise nedenini ve süresini ay olarak belirtiniz.)

- a) Evet (Farmakoterapi-ilaç)      b) Evet (Psikoterapi)      c) Evet (Her ikisini de)      d) Hayır

### **Menstrüasyon ile İlgili Özellikler**

16. İlk menarş yaşıınız .....

17. Menstrüel döngüleriniz düzenli mi?

- a) Evet      b) Hayır

18. Kaç günde bir menstrüasyon olursunuz?

- a) Düzensiz      b) 20 günden az      c) 21-35 gün      d) 35 günden fazla

19. Menstrüasyon süreniz nedir?

- a) 3 günden az      b) 3-5 gün      c) 6-8 gün      d) 9 gün ve üzeri

20. Premenstrüel dönemde (menstrüasyon başlamadan önceki hafta) duygu durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Aynı      b) Daha kötü      c) Bilmiyorum

21. Güncel olarak oral kontraseptif kullanıyor musunuz?

- a) Evet      b) Hayır

22. Geçmişte oral kontraseptif kullandınız mı?

- a) Evet (Süresini belirtiniz....)      b) Hayır

23. Menstrüel dönemde ağrı yaşar mısınız?

- a) Evet      b) Hayır

24. Ağrınızı azaltmak veya kesmek için ne yaparsınız?

- a) Doktora giderim      b) Ağrı kesici içerim      c) Diğer (Farklı bir yöntem varsa belirtiniz....)

### **PMS ve Risk Faktörleri**

25. Trioid hastalığı, polikistik over sendromu ve diğer hormon bozuklukları ile ilgili bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet (Belirtiniz.....)      b) Hayır

26. Sigara Kullanımı:

- a) Kullanmıyorum      b) Ara sıra içiyorum      c) Paket taşıyorum

- d) Kullanıyordum bıraktım (Gün olarak belirtiniz)
27. Geçmişte veya mevcut durumda alkol kötüye kullanımına ve bağımlılığına sahip olma durumunuz var mıdır?
- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır
28. Geçmişte veya mevcut durumda maddeyi kötüye kullanımına ve bağımlılığına sahip olma durumunuz var mıdır?
- a) Evet (Belirtiniz.....) b) Hayır
29. Şekerli gıda tüketiminiz var mı?
- a) Evet b) Hayır
30. Kahve/çay tüketim sıklığınız nedir?
- a) Hiç b) Günde 1 fincan c) Günde 2 fincan veya daha fazla d) Haftada 1-2 fincan
31. Egzersiz yapar mısınız?
- a) Evet b) Hayır
32. Premenstrüel dönemde yaşadığınız şikâyetleri azaltma yönteminiz var mı?
- a) Bir şey yapmıyorum
- b) Vücut rahatlatıcı terapiler uyguluyorum (Masaj, akupunktur)
- c) Bitkisel yöntemlere başvuruyorum (Bitki çayları; rezene,papatya çayı..)
- d) Medikal tedavileri kullanıyorum (Ağrı kesici)
- e) Beden ve zihin tekniklerinden faydalaniyorum (Yürüyüş, fiziksel egzersiz, yoga, gevşeme egzersizleri)
- f) Yaşam tarzı değişiklikleri uyguluyorum (Diyet, kafein, alkol-sigara alışkanlığının azaltılması, vitamin desteği)
- g) Sıcak su torbası tercih ediyorum
- h) Diğer....
33. Kilonuz?.....
34. Vücut Kitle İndeksiniz (VKİ) nedir?
- a) 18,5 kg/ m<sup>2</sup>'in altında olanlar zayıf
- b) 18,5-24,9 kg/ m<sup>2</sup> arasında olanlar normal
- c) 25-29,9 kg/ m<sup>2</sup> arasında olanlar fazla kilolu
- d) 33 kg/ m<sup>2</sup> ve üzerinde olanlar obez

## EK C. PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ (PMSÖ)

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

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

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



## EK D. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ KISA FORM (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

|                                                                                                      | Hemen<br>hemen<br>hiç (%<br>0-% 10 | Bazen<br>(% 11-<br>% 35) | Yaklaşık<br>Yarı<br>yarıya<br>(% 36-<br>% 65) | Çoğu<br>zaman<br>(% 66-<br>% 90) | Hemen<br>hemen<br>her<br>zaman<br>(% 91-<br>% 100) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.                                                        |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.                                                         |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.                                        |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.                                                    |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.                                   |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.                        |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.                                   |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.                                     |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.                                |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.                               |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.                            |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım. |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.                     |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.              |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.                                  |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |
| 16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.                                           |                                    |                          |                                               |                                  |                                                    |

## EK E. TÜRKÇE DUYGUSAL YEME ÖLÇEĞİ (DYÖ)

Aşağıda yaşamınızla ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Herhangi teşhisi konmuş Bulimiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza veya Tikanırcasına Yeme Bozukluğu'nuz yok ise size uygunluk derecesine göre (asla, nadiren, bazen, sıklıkla, neredeyse her zaman) seçeneklerinden bir tanesini işaretleyiniz.

Bu veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

| “ |    |                                                                                | Asla | Nadiren | Bazen | Sıklıkla | Neredeyse Her Zaman |
|---|----|--------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------|----------|---------------------|
| S | 1  | Zor zamanlarda, sağlıksız davranışlara daha eğilimli oluyorum                  |      |         |       |          |                     |
| S | 2  | Kendimi baskı altında hissedersen daha çok yerim                               |      |         |       |          |                     |
| S | 3  | Stresli olduğum zamanlarda daha çok yerim                                      |      |         |       |          |                     |
| S | 4  | Kendimi çaresiz hissedersen yemek yemek isterim                                |      |         |       |          |                     |
| S | 5  | İş tempom yoğunlaşırsa daha çok yerim                                          |      |         |       |          |                     |
| S | 6  | Yemeği abarttığımda suçlu hissedirim                                           |      |         |       |          |                     |
| S | 7  | Yiyecekleri, ödül ve zevk kaynağı olarak kullanırım                            |      |         |       |          |                     |
| S | 8  | Aç olmadığımda yerim.                                                          |      |         |       |          |                     |
| S | 9  | Bir şeyler beklediğim gibi gitmezse yemek yemek isterim                        |      |         |       |          |                     |
| S | 10 | Bir şeylerden rahatsız olduğumda daha fazla yemek isterim                      |      |         |       |          |                     |
| S | 11 | Bir konuda depresif ya da üzgünsem yemek yemek isterim                         |      |         |       |          |                     |
| S | 12 | Bir konuda endişeli ya da kaygılı hissediyorsam yemek yemek isterim            |      |         |       |          |                     |
| S | 13 | Canımın sıkkın olduğu zamanlarda yemek yemek isterim                           |      |         |       |          |                     |
| S | 14 | Yalnız hissettiğimde yemek yemek isterim                                       |      |         |       |          |                     |
| S | 15 | Biri beni üzdüğünde yemek yemek isterim                                        |      |         |       |          |                     |
| S | 16 | Bana acı veren bir deneyimimi hatırlatan benzer durumlarda yemek yemek isterim |      |         |       |          |                     |

|   |    |                                                                             |  |  |  |  |  |
|---|----|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| S | 17 | Korktuğum zaman yemek yemek isterim                                         |  |  |  |  |  |
| S | 18 | Sinirlerimin bozuk olduğu zamanlarda yemek yemek isterim                    |  |  |  |  |  |
| S | 19 | Yaptığım bir şeyden dolayı kötü ya da suçlu hissedersen yemek yemek isterim |  |  |  |  |  |
| S | 20 | Kendimi incinmiş hissedersen yemek yemek isterim                            |  |  |  |  |  |
| S | 21 | Heyecanlı olduğum zamanlarda yemek yemek isterim                            |  |  |  |  |  |
| S | 22 | Sorunlarımla baş edebilmek için yemek yerim                                 |  |  |  |  |  |
| S | 23 | Yememin kontrolümün dışında olduğunu hissediyorum                           |  |  |  |  |  |
| S | 24 | Lezzetli bir şey görüp kokusunu alırsam onu yemek isterim                   |  |  |  |  |  |
| S | 25 | Başkalarını yemek yerken görürsem ben de yemek yemek isterim                |  |  |  |  |  |
| S | 26 | Diyet söz konusu olduğunda irademe hakimim                                  |  |  |  |  |  |
| S | 27 | Kilo kontrolünde diyetle istikrarı sağlayamıyorum.                          |  |  |  |  |  |
| S | 28 | Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilirim                                      |  |  |  |  |  |
| S | 29 | Yemek için ısrar edilirse hayır diyebilirim                                 |  |  |  |  |  |
| S | 30 | Yiyecekler duygularımla baş etmede bana yardım ediyor.                      |  |  |  |  |  |

## EK F. DUYGUSAL İŞTAH ANKETİ (DİA)

Lütfen yemek yeme davranışınızın belirli duygular, durumlar ve şartlar ile nasıl etkilendiğini aşağıdaki tablodan bir numarayı işaretleyerek belirtiniz. Tablo 1 ile 9 arasında değişmektedir, 1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ise yemek yemenizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için uygun değilse lütfen UD'yi, eğer cevabı bilmiyorsanız lütfen CB'ü işaretleyiniz.

|                                                                                                                             |   |         |   |   |      |   |   |            |   |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|---|---|------|---|---|------------|---|----|----|
| Aşağıdakiler sizin <b>DUYGULARINIZI</b> ifade ediyor.<br>Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz,<br><b>SİZ:</b>          |   |         |   |   |      |   |   |            |   |    |    |
|                                                                                                                             |   | Daha Az |   |   | Aynı |   |   | Daha Fazla |   |    |    |
| Üzgün (olduğunuzda)                                                                                                         | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Sıkılmış (olduğunuzda)                                                                                                      | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Güvenli (olduğunuzda)                                                                                                       | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Kızgın (olduğunuzda)                                                                                                        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Kaygılı (olduğunuzda)                                                                                                       | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Mutlu (olduğunuzda)                                                                                                         | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Yılgin (olduğunuzda)                                                                                                        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Yorgun (olduğunuzda)                                                                                                        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Karamsar (olduğunuzda)                                                                                                      | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Korkmuş (olduğunuzda)                                                                                                       | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Rahat (olduğunuzda)                                                                                                         | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Neşeli (olduğunuzda)                                                                                                        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Yalnız (olduğunuzda)                                                                                                        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Hevesli (olduğunuzda)                                                                                                       | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Aşağıdakiler içinde bulunduğunuz <b>ŞARTLARI</b> ifade ediyor.<br>Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz,<br><b>SİZ:</b> |   |         |   |   |      |   |   |            |   |    |    |

|                                                  |   | Daha Az |   |   | Aynı |   |   | Daha Fazla |   |    |    |
|--------------------------------------------------|---|---------|---|---|------|---|---|------------|---|----|----|
| Baskı altında iken                               | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Hararetli bir tartışmadan sonra                  | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Size yakın olan biri felakete uğradıktan sonra   | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Âşık olduğunuzda                                 | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Bir ilişkiyi bitirdikten sonra                   | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Keyif veren bir hobi ile meşgul olduğunuz sırada | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| Para veya bir eşyanızı kaybettikten sonra        | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |
| İyi haberler aldıktan sonra                      | 1 | 2       | 3 | 4 | 5    | 6 | 7 | 8          | 9 | UD | CB |

## ÖZGEÇMİŞ

İrem ELMAS, lisans eğitimini İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji bölümünde onur öğrencisi olarak 3.5 yılda tamamladı. Ardından, 2022 yılında Beykoz Üniversitesin’nde Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programına başladı. Lisans ve Yüksek Lisans eğitimleri sırasında Humanite Psikiyatri Merkezi’nde ve Play to Garden Anaokulu’nda uzun dönem staj yaptı. Bilgi Üniversitesi’nde belirli not ortalaması üzerinde olan öğrencilerin katılabildiği Araştırma Uygulamaları dersinde 'Bilimsel Araştırma Görevlisi' olarak görev aldı. Bu ders kapsamında yürütülmekte olan bilimsel araştırmalara katkıda bulunup, alandaki deneysel yöntemler ve teorik sorunlarla ilgili bilgi ve pratik kazanma fırsatı edindi. Bir diğer edindiği tecrübe ise araştırma görevlisi olarak 'Ergen Klinik Oturumu ve Çocuk Terapisi' alanında yürütülen görüşmeleri deşifreledi. 2021 yılında Erasmus Staj Programı kapsamında Neuro-Psychiatrisches Zentrum Riem’de 4 ay psikolog ve araştırma görevlisi olarak staj yaptı. Uzmanlık alanını nitelikli kılmak adına; Prof. Dr. Mehmet Sungur’un eğitmenliğinde "Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği" (EABCT) akrediteli "Kognitif Davranış Terapisi" ve Aile Danışmanlığı eğitimlerini tamamladı. Beykoz Üniversitesi'ndeki eğitim kapsamında Prof. Dr. Ebru Şalcıoğlu ile DATEM'den ders kapsamında BDT sertifika eğitimlerini tamamladı. Temmuz 2023’den beri 2019 yılında stajyer olarak bilgi birikim kazandığı Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi’nde, Prof.Dr.Sedat Özkan'ın asistan psikoloğu olarak hem servis hastaları ile çalışmakta hem de ön görüşmeleri gerçekleştirmektedir. Buna ek olarak merkezin sorumlu staj koordinatörü olarak görev almaktadır ve eğitimleri düzenlemektedir.