

T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA ENDOMETRİOZİSİN ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Tezi Hazırlayan  
Elif Büşra ARSLAN

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Semra KOCAÖZ

Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

Haziran 2021  
NEVŞEHİR



T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARDA ENDOMETRİOZİSİN ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

Tezi Hazırlayan  
Elif Büşra ARSLAN

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Semra KOCAÖZ  
Dr. Öğretim Üyesi Aynur KIZILIRMAK

Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

Haziran 2021  
NEVŞEHİR

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince ve tezin hazırlanması aşamasında değerli bilgi, beceri ve deneyimlerini esirgmeden paylaşan, destekçi olan, sabır ve anlayış gösteren, her konuda profesyonelliği ile yön veren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Semra KOCAÖZ'e,

Görüş ve tecrübesini yol gösterici olarak paylaşan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK'a,

Çalışmama bilgisi ve yardımları ile katkıda bulunan Uzm. Dr. Gamze ALBAYRAK'a,

Motive edici yaklaşımı ile desteğini hissettiğim arkadaşım Rahmi ULUDAĞ'a,

Çalışma hayatım ve tez dönemimi birlikte yürütmeme destek veren Acıbadem Kayseri Hastanesi 3B Servisi çalışma arkadaşlarıma,

Yaşantım boyunca maddi ve manevi yanımda olduklarını her zaman bildiğim aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

**KADINLARDA ENDOMETRİOZİSİN ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ  
ÜZERİNE ETKİSİ  
(Yüksek Lisans Tezi)**

**Elif Büşra ARSLAN**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Haziran 2021**

**ÖZET**

Bu araştırma, kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evrenini, 04 Aralık 2019-30 Ocak 2020 tarihleri arasında Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne muayene olmak amacıyla başvuran 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar oluşturmuştur. Evreni belli olan örneklem genişliği formülüne göre çalışmaya alınacak örneklem sayısı belirlenmiş ve araştırmaya dâhil edilme ölçütlerine uyan 420 kadınla çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Durumluk Kaygı Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden, ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve bağımsız gruplarda t testlerinden faydalanılmıştır. Endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından ve durumluk kaygı envanterinin genel toplamından aldıkları puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir. Araştırmaya katılan her 10 kadından yaklaşık olarak birinin endometriozis tanısı aldığı belirlenmiştir. Endometriozis rahatsızlığına bağlı olarak kadınların %70.6'sı tedavi almış ve %39.2'si çeşitli semptomları deneyimlemektedir. Kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin rol gücü (fiziksel) ve ağrı alt boyutlarından aldıkları puan ortancaları ve endometriozis varlığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Çocuk sahibi olmak isteyen endometriozisli kadınların, istemeyenlere göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortancasının anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin canlılık dışındaki ( $p<0.05$ ), diğer tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar ile durumluk anksiyete ölçeğinin toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin rol gücü (fiziksel), canlılık, ruhsal sağlık, ağrı ve genel

sağlık algısı alt boyutlarından alınan puanlar ile endometriozisli kadınlarda semptom sayısı arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile semptom sayısı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ). SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile endometriozisli kadınlarda bulguların başlama zamanı arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda endometriozisin kadınlarda anksiyete düzeyini etkilemediği, ancak yaşam kalitesinin bazı alt boyutlarında olumsuz etkilere yol açtığı tespit edilmiştir. Kadınlarda endometriozis bulgularının süresi arttıkça, fiziksel işlevlerinde azalmalar meydana gelmektedir. Ayrıca endometriozisli kadınlarda semptom sayısı arttıkça, yaşam kalitesinin bir çok alt boyutu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sonuçlar endometriozisin erken dönemde saptanmasının ve semptomlara yönelik etkili tedavinin ya da bulguların hafifletilmesinin, kadınların yaşam kalitesi üzerinde etkili olacağını düşündürmektedir. Bu nedenle kadınların jinekolojik muayeneye geldiklerinde endometriozis semptomları yönünden değerlendirilmesinin, endometriozis tanı ve tedavisine yönelik farkındalıklarının artırılmasının, onların yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca ileride yapılacak araştırmalarda, endometriozisi olan kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelik girişimsel müdahalelerin etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel ve randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.

***Anahtar kelimeler: Endometriozis, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Hemşirelik***  
**Tez Danışman: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ, Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK**  
**Sayfa Adeti:71**

# THE EFFECT OF ENDOMETRIOSIS ON ANXIETY AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN

(Postgraduate Thesis)

Elif Büşra ARSLAN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY  
FACULTY OF SCIENCE INSTITUTE

June 2021

## ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effect of endometriosis on the anxiety and quality of life in women. The study universe of this descriptive study consisted of all the women aged 15-49 years presenting for an examination at the Acibadem Kayseri Hospital In Vitro Fertilization and Reproductive Health Center and the Gynecology Outpatients Clinic between December 4, 2019 and January 30, 2020. The sample size was determined using the sample size formula for a known population and the study was completed with 420 women who met the inclusion criteria. The study data were collected with the “Descriptive Information Form”, “SF-36 Quality of Life Scale” and “State Anxiety Inventory”. Descriptive statistics were used for data evaluation while the Mann-Whitney U test and the t test for independent groups were used for binary comparisons. The relationship between the SF-36 quality of life subdimension scores and the state anxiety inventory total score in the women with endometriosis was evaluated with Pearson correlation analysis. Approximately one out of every 10 women included in the study was found to have a diagnosis of endometriosis. The rate of receiving treatment for endometriosis among the women diagnosed with this condition was 70.6%, and various symptoms continued to be experienced by 39.2%. A statistically significant association was found between the presence of endometriosis and the median scores from the role physical and bodily pain subdimensions of the SF-36 quality of life scale ( $p<0.05$ ). The median score from the physical functioning subdimension of the SF 36 quality of life scale was found to be statistically significantly higher in women with endometriosis who wanted to have children compared to those who did not ( $p<0.05$ ). No statistically significant relationship was found between the total state anxiety inventory score and the scores from all subdimensions of the SF 36 quality of life scale other than the vitality score ( $p<0.05$ ) ( $p>0.05$ ). A weak statistically significant negative relationship was found

between the scores from the role physical, vitality, mental health, bodily pain, and general health subdimensions of the SF-36 quality of life scale and the number of symptoms in the women with endometriosis ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). A moderate statistically significant negative relationship was found between the scores from the physical and social functioning subdimensions of the SF-36 quality of life scale and the number of symptoms ( $p<0.01$ ). There was a weak statistically significant negative relationship between the scores from the physical functioning subdimension of the SF-36 quality of life scale and the time of symptom onset in the women with endometriosis ( $p<0.05$ ). The study findings indicated that endometriosis does not affect the anxiety level in the women but has negative effects on some subdimensions of the quality of life scale. Increased duration of endometriosis findings resulted in decreased physical functioning in the women. An increased number of symptoms also had a negative effect on many subdimensions of the quality of life. These results indicate that early detection of endometriosis and treating or alleviating the symptoms could be effective on the women's quality of life. We therefore believe that evaluating women for endometriosis symptoms when they come for a gynecology examination and increasing their awareness regarding endometriosis diagnosis and treatment will make a positive contribution to their quality of life. We also recommend conducting future experimental and randomized controlled studies to evaluate the effect of interventions aimed at increasing the quality of life of women with endometriosis.

***Key words: Endometriosis, Quality of Life, Anxiety, Nursing***

**Thesis Consultant: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ, Assit. Prof. Aynur KIZILIRMAK**

**Number of Pages:71**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
<b>BÖLÜM 1 GİRİŞ</b> .....	1
<b>BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Giriş.....	4
2.2. Endometriozisin prevalans ve insidansı.....	4
2.3. Endometriozisin etiyopatogenezi.....	5
2.4. Endometriozisin gelişimini etkileyen risk faktörleri.....	7
2.5. Endometriozisin belirtileri .....	9
2.6. Endometriozisin tanı ve tedavisi .....	9
2.6.1. Endometriozisin tanısı .....	9
2.6.2. Endometriozisin tedavisi .....	11
2.7. Endometriozisin kadınların anksiyetesine etkisi .....	12
2.8. Endometriozisin kadınların yaşam kalitesine etkisi .....	14
2.9. Endometriozisli hastaların hemşirelik bakımı.....	14
<b>BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	17

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.4. Verilerin Toplanması .....	18
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması .....	19
3.4.2. Ön uygulama .....	20
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	20
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	20
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	21
3.6.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	21
3.6.2. Araştırmanın bağımlı değişkeni .....	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	21
<b>BÖLÜM 4 BULGULAR .....</b>	<b>22</b>
<b>BÖLÜM 5 TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>38</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>55</b>
EK-1:Tanıtıcı Bilgi Formu .....	56
EK-2:SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	61
EK-3: Durumluk Kaygı Envanteri.....	65
EK-4:Etik Kurul Onayı .....	66
EK-5:Çalışma İzni .....	67
EK-5:Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	68
EK-6: Ölçek Kullanım İzni.....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>71</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)	22
Tablo 4.2.	Kadınların Menstruasyon Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)	24
Tablo 4.3.	Kadınların Bazı Obstetrik, Aile Planlaması ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)	25
Tablo 4.4.	Kadınların Endometriozis Tanı ve Tedavisine İlişkin Verilere Göre Dağılımı (n=420)	26
Tablo 4.5.	Endometriozisli Kadınların Çocuk Sahibi Olmayla İlgili Verilerine Göre Dağılımı (n=51)	27
Tablo 4.6.	Endometriozisi Olan Kadınların Son Üç Ayda Yaşadıkları Semptomların Sıklığı (n=51)	28
Tablo 4.7.	Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometriozis Varlığına Göre Dağılımı (n=420)	30
Tablo 4.8.	Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometrioziste Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı (n=51)	32
Tablo 4.9.	Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometrioziste Semptomlarının Varlığına Göre Dağılımı (n=51)	34
Tablo 4.10.	Pearson Korelasyon Analizine Göre Endometriozisli Kadınların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=51)	35
Tablo 4.11.	Pearson Korelasyon Analizine Göre Endometriozisli Kadınların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarından ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanından Aldıkları Puanlar ile Semptom Sayısı ve Bulguların Başlama Zamanı Arasındaki İlişki (n=51)	36

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ACOG:** Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği

**ASRM:** Amerikan Üreme Tıbbı Derneği

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi

**DES:** Diethylstilbestrol

**GnRH:** Gonadotropin Releasing Hormon

**MRI:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NSAID:** Nonsteoridal Anti-enflamatuvar İlaçlar

**TAH+BSO:** Total Abdominal Histerektomi Bilateral Ooferektomi

**USG:** Ultrasonografi

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Doğumdan itibaren başlayıp ölüme kadar geçen yaşam süresince bir kadının sağlığı [1], doğurganlık, anne yaşı, beslenme yetersizliği, yeterli bakım alamama ve çeşitli sosyal faktörlerden etkilenmektedir [2]. Kadınlar, tüm yaşam dönemlerinde farklı sağlık sorunları yaşamakla birlikte, en çok sağlıkları anneliğe bağlı gelişen hastalık ya da sakatlıklardan etkilenmektedir [3]. Kadınların üreme sağlığı hastalık yüklerinin başında anneliğe bağlı sorunlar (%18) gelmektedir [4]. Ülkemizde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşanan sağlık sorunları nedeniyle 100.000 kadından 13.1'i anneliğe bağlı nedenlerle ölmektedir [5]. Üreme çağındaki kadınlar anneliğe bağlı sorunlar dışında anemi, beslenme bozukluğu, şiddet, seksüel disfonksiyon, tecavüz, istismar, madde bağımlılığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, meme ve jinekolojik kanserler gibi sağlık problemlerini yaşayabilmektedir [6]. Bu sağlık problemlerinin yanı sıra üreme sisteminin hem gelişim aşamasında hem de cerrahi işlemler, travmalar, doğum sonrası yaşanan komplikasyonlar sonucunda sonradan gelişen hastalıklar da kadınların hayatını etkilemektedir. Embriyolojik kökenli olarak ya da sonradan çeşitli nedenlerle gelişen ve kadınlarda sıkça görülen hastalıklardan birisi de endometriozistir [7].

Endometriozis, fonksiyonel olan endometrial dokunun, bezlerin ve stromanın uterin kavite dışında yerleşmesi ile görülen iyi huylu kronik ve ilerleyici tarzda bir hastalıktır [8]. Tüm yaşam dönemindeki kadınların %5 ila %10'unda ve infertilite problemi yaşayanların %30-50'sinde endometriozisin görüldüğü belirtilmektedir. Dünya çapında ise 176 milyon kadın endometriozisten etkilenmektedir [9]. Ayrıca literatürde, pelvik ağrı yaşayan adölesanların %50-60'ında bu sağlık sorununu yaşadığı bildirilmektedir [10]. Kadınlarda bu kadar sıklıkla görülen endometriozisin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ancak endometriozisin gelişimi ile ilgili pek çok teori bulunmaktadır [11]. Kadınlarda endometriozisin, çoğunlukla menstrasyon kanının geriye doğru göllenmesi sonucunda geliştiği ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra çölamik metaplazisi, immün sistem anormallikleri, genetik, çevresel ve yaşam biçimi ile ilgili bazı faktörlerin kadınlarda endometriozisin gelişmesinde etkili olabileceği bildirilmektedir [12].

Pek çok etiyolojik nedenle gelişen endometriozisin tanılanması, şüpheli alanlardan alınan parçaların histopatolojik olarak incelenmesiyle ve laparoskopik cerrahi yöntemlerle

yapılmaktadır [13]. Endometriozis bazı kadınlarda hiç belirti vermezken, bazılarında ise hafif düzeyde ya da non-steroidal antiinflamatuar veya prostaglandin sentezini azaltacak analjeziklerin kullanılmasını gerektirecek kadar şiddetli semptomlar yaşayabilmektedir. Kadınlarda endometriozisin klinik belirtileri arasında deride ve cerrahi skarlarda koyulaşma, hemoptizi, kronik pelvik ağrı, dismenore, disparoni, defekasyon problemleri ve üriner disfonksiyon yer almaktadır [7]. Ballard ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, endometriozisli kadınların %24.6'sında dismenore, %15.6'sında pelvik ağrı, %45.1'inde abdominal ağrı, %31.7'sinde vajinal akıntı, %26.9'unda menstural problemler, %23.1'inde menoraji ve %21.6'sında depresyon semptomlarının görüldüğü saptanmıştır [14].

Pek çok semptomun gelişmesine neden olan endometriozisin tanısının konulması genellikle gecikmektedir [15,16]. Nnoaham ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, kadınlarda endometriozis tanısının konulmasının 6.7 yıl geciktiği saptanmıştır [15]. Hudelist ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise ilk semptomların başlamasından itibaren ortalama 10.4 yıl sonrasında kadınlarda endometriozis tanısının konulduğu belirlenmiş ve bu tanılama aşamasında hastaların %74'üne ise en az bir yanlış tanının konulduğu bulunmuştur. Endometriozis tanısının konulmasının gecikmesi ise var olan semptomların kötüleşmesine neden olmaktadır [16].

Kompleks bir durum olan endometrioziste psikolojik faktörlerin bilinmesi, bu rahatsızlığa bağlı olarak gelişen semptomların şiddetinin belirlenmesinde ve etkili tedavinin yapılmasında oldukça önemlidir [8]. Nnoaham ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, var olan semptomların kadınların yaşam kalitesinin ve iş üretkenliklerinin azalmasına neden olduğu belirlenmiştir [15]. Yapılan bir çalışmada, endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin standartların altında olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada ağrı şiddetinin yoğunluğu ile fiziksel sınırlılıklar arasında bir ilişki ve tedavi süresi ile yaşam kalitesi arasında ise ters bir korelasyonun olduğu bildirilmiştir [17]. Endometriozis sadece yaşam kalitesini azaltmayı aynı zamanda anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlara da yol açmaktadır [8]. Friedl ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, endometriozisli hastaların %29'unda orta-şiddetli derecede anksiyete ve %14.5'inde depresif semptomların olduğu belirlenmiştir [18]. Yapılan bir çalışmada ise endometriozisli kadınların %87.5'inde anksiyetenin olduğu bulunmuştur [17].

Uluslararası düzeyde endometriozisli kadınlarda anksiyete ve yaşam kalitesini bir arada inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmalarda sadece endometriozisli kadınlarla araştırma yapılmıştır [17,18]. Ülkemizde ise endometriozis ile ilgili sadece yaşam kalitesini değerlendiren bir metodolojik çalışmaya rastlanmıştır [19]. Ancak ulusal düzeyde endometriozisin kadınların yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyine etkisini değerlendiren çalışmalara rastlanılmamıştır. 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nin 6. maddesinin 1. fıkrasının a bendinde “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” denilmektedir [20]. Hemşirelerin endometriozis olan olmayan kadınlarda yaşam kalitesinin ve anksiyete düzeyinin nasıl etkilendiğinin belirlenmesi, bireylere bu konuda yapılacak olan müdahalelerin belirlenmesinde faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmamız, kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Giriş

Endometriozis, kökeni ve patolojisi tam olarak belirlenemeyen esrarengiz bir hastalık olarak belirtilmektedir [21]. 1927 yılında Sampson tarafından endometriozis kelimesinin tanıtımı, myometriumda endometrium benzeri doku ve rektovajinal septumda adenomyoma ve overlerde hemorajik kistler şeklindeki tanımlamalardan yola çıkılarak yapılmıştır [22]. Endometriozis, uterus kavitesi dışında endometrial glandüler ve stromal hücrelerin bulunması olarak tanımlanmaktadır [23]. Kronik inflamatuvar bir hastalık olarak bilinen endometriozis, ilerleyici, invaziv ve estrojene bağlı olarak büyüme, nüks ve metastaz yapma eğilimi gibi özellikleri nedeniyle malign hastalıklara benzemektedir [12].

Ovarial hormonlara yanıt veren endometriozis odakları, vajene, tubalara, overlere, karın boşluğuna, mesane ve bağırsaklara yerleşerek çoğalabilmektedir. Bu endometrial odaklar nadiren, böbrek, karaciğer, akciğer ve zarına, beyin, göz, burun, omurilik, cerrahi skar dokularına ve umblikusa yerleşebilmektedir [7]. Ektopik endometrial oluşumlar, yaygın olarak overlere, overian fossaya, uterosakral ligamente ve posterior kuldesak boşluğuna implante olabilmektedir [12]. Menstrual siklus esnasında görülen endometrium tabakasında meydana gelen proliferatif ve sekretuvar fazlardaki değişimler, endometrial odaklarda da görülmektedir [7].

#### 2.2. Endometriozisin Prevalans ve İnsidansı

Endometriozisin tanı konulması görsel cerrahi gerektirdiğinden, bu hastalığın doğru prevalans ve insidans değerlerinin verilmesinde güçlükler yaşanmaktadır [24]. Genel toplumda, kadınlarda endometriozisin görülme prevalansı %6-10 arasında değişmektedir [23-25]. Üreme çağındaki kadınlarda endometriozisin görülme oranı %10-15 arasındadır [26]. Farklı popülasyonda yapılan çalışmalarda ise endometriozisin prevalansında farklı oranlara rastlanmaktadır. Tüp ligasyon yaptıran asemptomatik kadınların %2-4'ünde, infertil hastalarda ve pelvik ağrı ile hastaneye yatırılanlarda ise sırasıyla %5-50 ve %5-21 arasında endometriozisin görüldüğü bildirilmektedir [24]. Literatürde, yetişkin kadınlarda subfertilite sorunu olduğu durumda %21-47 arasında ve kronik pelvik ağrı olduğunda ise



%71-87 aralığında endometriozisin olduğu rapor edilmektedir. Ayrıca pelvik ağrısı olan adölesanlarda ise bu oranın %69 olduğu belirtilmektedir [25].

Endometriozisin insidansı ile ilgili çalışmaların yetersiz sayıda olduğu ifade edilmektedir [24]. İsrail’de yapılan bir çalışmada, endometriozisin ortalama yıllık insidansının 7.2/10.000 olduğu saptanmıştır [27]. Minnesota’da yapılan başka bir çalışmada ise endometriozisin insidans hızının 1.9/1000 olduğu bulunmuştur [28]. Houston ve çalışma arkadaşlarının araştırmasında ise 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda pelvik endometriozis insidansı 160.4/100.000 olarak tespit edilmiştir [29].

### **2.3. Endometriozisin Etiyopatogenezi**

Endometriozisin biyolojisi ve etiyolojisi hala belirsizliğini korumaktadır [12]. Endometriozisin gelişimini açıklayan pek çok öneri sunulmuştur [7]. Pelvik endometriozisin gelişmesini açıklamada kullanılan en yaygın görüş, retrograd menstruasyon teorisidir [12]. Sampson’ın bu teorisine göre menstruasyon döneminde endometrial stromal ve glandüler hücreler fallop tüpleri aracılığıyla peritoneal kaviteye dökülmektedir. Peritoneal kavitede bu hücreler peritonda yapışıklara yol açmakta, burada çoğalmakta ve farklılaşarak bulunduğu dokulara penetre olabilmektedir. Kadınların %70-90’ında retrograd menstruasyon geliştiği, ancak endometriozisin bu kadar yaygın olarak görülmediği belirtilmektedir. Bu nedenle endometriozisin gelişiminin sadece retrograd menstruasyon teori ile açıklanamayacağı ifade edilmektedir [23]. Retrograd menstruasyonun, endometriozisin pelvis dışındaki oluşumları açıklayamaması üzerine endometrial dokunun kan ve lenf yoluyla da taşınabileceği ileri sürülmüştür [7]. Endometriozisin gelişmesinde retrograd menstruasyon/transplantasyon teorisi dışında çölamik epitelin metaplazisinin, immün sistem anormalliklerin, genetik nedenlerin, çevre ve yaşam tarzıyla ilişkili faktörlerin de etkili olabileceği bildirilmektedir [12].

Çölamik epitel metaplazisi teorisinde, normal peritoneal dokunun ektopik endometrial dokuya dönüşebileceği ileri sürülmektedir [21]. Çölamik epitel hücreleri, herhangi bir uyarı ile karşılaştıklarında karakterlerini ve yapısal fonksiyonlarını değiştirebilme özeliğine sahiptir [7]. Steroid hormonların ve çeşitli eksojen bileşenlerin, normal mezotelyal hücrelerin endometrial dokuya dönüşmesinde etkili olabileceği belirtilmektedir [12]. Endokrin bozucu kimyasalların bu dönüşümde önemli rolleri bulunmaktadır. Ayrıca müllerian kalıntılar teorisi görüşünde de müllerian kanal göçünden

kalan hücrelerin estrojenin etkisiyle endometrial dokuya dönüşebileceği vurgulanmaktadır. Hatta kemik iliğinden elde edilen kök hücrelerinden endometrial dokular elde edilebileceği ifade edilmektedir [21].

Endometriozis gelişiminde, immün sistemin rol oynadığına inanılmaktadır [30]. İmmün sistem teorisinde aktive olmuş olan monosit ve makrofajlardan salınan büyüme faktörlerinin, ektopik endometrial dokunun çoğalmasını sağladığı ve yeni damar gelişimini hızlandırdığı iddia edilmektedir [7]. Periton bölgesinde immün sistem yetersizliğinin bu rahatsızlığın ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir [30]. Endometrial hücrelerin periton içerisindeki yetersizliği, lokal olarak aktive edilmiş makrofajları ve lökositleri toplayarak inflamatuvar bir yanıt olmasını tetiklemektedir. Bu inflamatuvar yanıt, menstrual kalıntıların ortadan kaldırılmasını engelleyen ve ektopik endometrial hücrelerin implantasyonunu ve büyümesini engelleyen kusurlu bir immün gözetim sisteminin gelişmesine neden olabilmektedir [31]. Endometriozisli kadınlarda fagositik aktivite azalmasına karşın, artmış sitokin üretimiyle peritoneal makrofajların aktivasyonuna dair birçok kanıt bulunmaktadır [30].

Endometriozisin, birinci derece akrabalarda yaygın olarak görülmesi nedeniyle genetik bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda, endometriozisin gelişmesinde genetiksel faktörün etkisi olduğunu desteklemektedir. Monozigotik 16 ikizinin 14'ünde eş zamanlı olarak endometriozisin görülmesi, genetik yatkınlığı doğrulayan bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır. Monozigotik ikizlerde, dizigotik olanlara göre endometriozis açısından eş zamanlı uyumun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Avustralya'da ikizlerle çok geniş örneklemlerle yapılan bir çalışmada, endometriozisin %51 oranında kalıtsal olduğu saptanmıştır [12]. Kalıtsal ve edinilmiş olan genetik faktörler, kadınları ektopik endometrial hücrelerin peritoneal epitelyuma bağlanmasına ve bu lezyonların immün sistemden kaçmasını yatkın hale getirebilmektedir. Endometriozisi olan ve olmayan kadınlar arasında genler ve protein ekspresyonunda farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Detoksifikasyon enzimleri, östrojen reseptör polimorfizmi ve doğuştan gelen bağışıklık sisteminde meydana gelen mutasyonlar, hücre hasarına neden olmakta ve endometrial hücrelerin davranışlarında değişiklik yaratarak ektopik olarak yapışmasını ve büyümesini desteklemektedir [31].

#### **2.4. Endometriozisin Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri**

Birkaç üreme faktörüyle endometriozisin ilişkili olduğu belirlenmiş ve bu duruma hormonal varyasyonların etkisi olabileceğini düşündürmüştür [26]. Intrauterin dönemde Diethylstilbestrol (DES)'a maruz kalmanın endometriozis gelişme riskini çok artırdığı belirtilmektedir. Üreme sisteminin anormal gelişimine neden olan ve değiştirilmiş estrogen reseptör ekspresyonu ile bağlantılı olan intra uterin DES'e maruz kalma, retrograd menstruasyonda artışa ve immün sistemde disfonksiyona neden olarak endometriozis gelişmesini tetiklemektedir [24].

Endometrioziste erken menarş ve kısa adet döngüsü uzunluğu gelişim riskini artırırken, oral kontraseptifler ve parite ise tam tersi sonuca neden olmaktadır. Menarş yaşı erken ve nullipar olan kadınlarda, ektopik endometrial dokunun gelişimini uyararak estradiol ve estron seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur [26]. Beden kütle indeksi (BKİ) düşük ve çok az ya da hiç çocuğu olmayan kadınlarda ise endometriozis gelişme riskinin fazla olduğu rapor edilmiştir [12]. Doğumda düşük doğum ağırlığının, endometriozis gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir [24,25].

Üreme faktörüyle bağlantılı olmasa da, kadınlarda beden büyüklüğü ile endometriozis arasında tutarlı ters bir ilişki olduğu saptanmıştır [26]. Yapılan çalışmalar da, çocuklarda ve adolesanlarda BKİ ile endometriozis gelişme riski arasında ters bir ilişki olduğunu göstermektedir. Aynı sonuç yetişkinlerde de elde edilmiştir [32,33]. Hemşirelerin Sağlık Araştırması II prospektif çalışmanın sonucuna göre kadınlarda bel kalça oranı <0.60 olanların, 0.70-0.79 arasında olanlara göre endometriozis gelişme riskinin yaklaşık üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir [33]. Uzun boylu kadınlarda, endometriozis gelişim riski artmaktadır [24]. Yeşil ve mavi gözlü olan veya fazla çilli olan kadınlarda endometriozisin daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir [25]. Ayrıca egosentrik, zeki ve mükemmeliyetçi kişilik özelliğine sahip olmak da endometriozis gelişim riskleri arasında belirtilmektedir [7].

Endometriozis genetik olarak yatkınlık göstermektedir [7,25]. Etiyoloji karmaşık olan bu hastalık, %50 oranında genetiksel bileşene sahip olduğu tahmin edilmektedir [34]. Anne ve kız kardeşinde endometriozis görülen kadınlarda, bu hastalığın prevalansı oldukça yüksek bulunmuştur [32]. Yapılan bir araştırmada birinci derece akrabalarında

endometriozisin olması, endometriozis gelişme riskini yaklaşık olarak 7.2 kat artırdığı saptanmıştır [35].

Endometriozisin diyet ve yaşam tarzıyla olan ilişkisi olduğunu düşündüren çalışmalar bulunmaktadır [12]. Endometriozis ve diyet arasındaki ilişkiyi açıklayan sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır [24]. Egzersiz ve omega-3 yağ asitlerinin, tümör nekroz faktörü alfa, interlökin 6 ve diğer inflamatuvar belirteç seviyelerini azaltabileceği belirtilmektedir. Uzun zincirli omega-3 yağ asitlerinin yüksek oranda alımı ile endometriozis gelişim riskinin azalması arasında bir ilişki bulunmuştur [26]. Meyve ve sebze tüketiminin, eti az yemenin endometriozis gelişme riskini azalttığı belirtilmektedir [12]. Ancak kırmızı et, zeytinyağ, meyve ve sebze tüketimi, doymuş, tekli doymamış ve hayvansal yağ alımı, fitoöstrojenler ve soya izoflavonları, süt ürünleri alımı ve serum D vitamini seviyeleri ile endometriozis gelişim riskine ilişkin çelişkili sonuçların olduğu bildirilmiştir [24]. Bu nedenle ileriki yıllarda diyet ve endometriozis gelişimini açıklayan yeni çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulduğu açıklanmıştır [32].

Fiziksel olarak egzersiz yapmanın, endometriozis gelişimini etkileyebilecek luteal östrojenleri düşürme ve seks hormonunu bağlayan globulinlerin seviyesini artırma gibi hormon seviyelerini etkilediği bilinmektedir [24]. Aynı zamanda düzenli fiziksel egzersizin antiinflamatuvar ve antioksidan özelliklere sahip sistemik sitokin seviyelerinde artışa neden olarak inflamatuvar süreçleri içeren hastalıklara karşı koruyucu olabileceği vurgulanmaktadır [36]. Endometriozis ile fiziksel egzersiz arasındaki ilişki net olarak açıklanamamaktadır [26]. Diyetle olduğu gibi egzersiz ve endometriozis arasındaki ilişkinin net olarak açıklanmasına yönelik yeni çalışmaların yapılması tavsiye edilmektedir [36]. Benzer şekilde sigara içme ve endometriozis arasındaki ilişki de hala belirsizliğini korumaktadır [26,32].

Dioksin ve poliklorlu bifeniller gibi sentetik bileşiklere maruz kalmanın, endokrin bozucu etkilerinden dolayı endometriozis gelişimine neden olabileceği öne sürülmektedir [12]. Poliklorlu bifeniller ve dioksinin dolaşımdaki hormon seviyesinin bozulmasına ve/veya bağışıklık sisteminde düzensizliğe yola açarak endometriozis gelişimini tetikleyebileceği belirtilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların küçük örneklem gruplarında yapılması, değişen zaman aralığı ve kontrol popülasyondaki farklılıklar nedeniyle elde edilen sonuçlarda tutarsızlıklar bulunmuştur [24].

## **2.5. Endometriozisin Belirtileri**

Kadınlarda yüksek prevalanslarda endometriozis görülmesine karşın, hala hastalık tam olarak anlaşılammıştır. Hastalığın derecesi ile semptomları arasında hiçbir ilişki bulunamamıştır [12]. Kadınlarda endometriozisin klinik seyri değişiklik göstermektedir [26]. Aynı zamanda hastalığın ilerleyişi ile semptomlar arasındaki ilişki de tam anlamıyla anlaşılammıştır [37]. Endometrioziste implant alanların tekliği ya da çokluğu semptomların şiddetini etkilememektedir [7]. Bu rahatsızlığı olan kadınların önemli bir kısmı, asemptomatik olabilmektedir. Endometriozisli kadınlar genellikle şiddetli dismenore, döngüsel olmayan kronik pelvik ağrı, infertilite, disfonksiyonel uterin kanama, disparonia, menstruasyon esnasında ağrılı dışkılama, üriner ve gastrointestinal sistem semptomları yaşabilmektedir [12]. Şiddetli vakalarda, endometriozis kronik pelvik ağrıya yol açabilmektedir. Bu durumu, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG), pelvik bölgede 6 aydan uzun süren ağrı şeklinde tanımlamaktadır [37]. Endometrioziste ağrının en yaygın sebebi, kronik pelvik ağrıdır. Ancak ağrı sadece pelvik bölgede görülmeyebilir, daima adetle ilişkili olmayabilmektedir ve genellikle sırt bölgesinde görülmektedir [11]. Endometrial odağın yerine göre diyare, konstipasyon, karında kramp tarzında ağrı, hemoptizi, hematüri, deride ve cerrahi skar dokularının renginde koyulaşma görülebilmektedir [7]. Endometriozisli kadınlarda dismenore, pelvik ağrı, infertilite, disparonia, menstrual düzensizlik, siklik dizüri-heamtüri, döngüsel rektal kanama sıklıkları sırasıyla %60-80, %30-50, %30-40, %25-40, %10-20, %1-2 ve %1 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir [38].

## **2.6. Endometriozisin Tanı ve Tedavisi**

### **2.6.1. Endometriozisin tanısı**

Endometriozisi olan tüm hastalara pelvik muayene yapılması önerilmektedir. Adölesanlarda vajinal muayene yapılamayacak durumlarda, rektal olarak muayene yapmak endometriozisin tanısını kolaylaştırmada yardımcı olabilecektir [38]. Klinik muayene, kesin endometriozis tanısının konulmasını sağlamamaktadır. Ancak vajinal muayenede ağrı, adnesklerde kitle, posterior fornikte nodül, uterusun harekesizliği yani sabit retroversiyon pozisyonu endometriozis olabileceğine yönelik işaret vermektedir [11]. Pelvik muayenede arka vajinal fornikte vajinal nodül, perimenstrual dönemde

özellikle rektovajinal duvarda ağırlı endürasyon ve/veya nodül tespit edildiğinde hastanın endometriozis olduğundan şüphelenilmesi gerekmektedir [38].

Kadınlarda endometriozisin tanılanmasında altın stardart olarak laparoskopı yöntemi kullanılmaktadır. İnvaziv olan bu yöntem, maliyetli olması dışında mesane ve bağırsak yaralanmalarına ve pelvik bölgedeki damarlarda hasarlarına neden olabilmektedir [39]. Endometriozisin esas tanısı, yapılan cerrahi işlem sonrası alınan numenin histolojik olarak incelenmesiyle konulmaktadır. Histolojik olarak incelenen lezyonlar, inflamasyon ve fibrozisli stromal ve endometrial bezleri içermektedir ve siyah toz yanığı, beyaz, berrak veziküler veya kırmızı şeklinde görülebilmektedir [37]. Elde edilen bulgular doğrultusunda endometriozis, Amerikan Üreme Tıbbı Derneğı (ASRM)'nin sistemine göre evrelendirilmektedir. Evre I ve II'de hafif ve Evre III ve IV'de ise orta ve ağır hastalık olarak endometriozis sınıflandırılmaktadır [25].

Ultrasonografi (USG) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yöntemleri, over kisti veya rektovajinal nodül gibi pelvik kitle şeklinde görünen büyük endometriozis odaklarını tespit edebilmektedir [37]. Moore ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları bir sistematik incelemede, USG'nin endometriomaları güvenli bir şekilde tespit edebileceğı ve adezyon ve pelvik sıvıyı gösterebileceğı saptanmıştır [40]. Ancak literatürde USG'nin 1 cm'den küçük endometrial implantları ya da odakları veya derin infiltrasyonu güvenilir bir şekilde tespit edemeyeceğı vurgulanmaktadır. Yanı sıra bağırsak temizliğı ve transrektal USG ile birlikte yapılan transvajinal ultrasonografinin bağırsak, mesane ve rektovajinal keseyi etkileyen derin infiltrasyonu tespit edebileceğı bildirilmektedir. MRI ise subperitoneal endometriotik kalıntıları tespit etmede kullanılabilir. Transvajinal USG'ye göre MRI'nın endometriozisi saptama olasılığı daha düşük bulunmuştur [11]. MRI'nın endometriozisi tanılamadaki duyarlılığının %86 ve özgüllüğünün ise %75 olduğu bildirilmektedir [38].

Endometriozisin tanılanmasında kullanılan bir diğere belirteç ise serum Ca-125 değerinin ölçümüdür. Yüksek moleköl ağırlıklı glikoprotein olan Ca-125, over kanseri hücre dizisine karşı oluşturulan bir antikor kullanılarak elde edilmiştir. Serum Ca-125'nin düzeyi endometriozis, adenomyozis, uterin fibriodler, pelvik inflamatuvar hastalık durumlarında yükselmektedir. Endometriozisten şüphelenilmesi için serum eşik değeri 35 U/ml olduğu belirtilmektedir. Ancak bu değerin duyarlılık ve özgüllüğü düşük

bulunmuştur [39]. Endometrioziste serum Ca-125 konsantrasyonu ölçümünün Evre I ve II'deki tanıda çok sınırlı ve Evre III ve IV'de ise daha iyi sonuç ortaya koyduğu bildirilmekle birlikte [38], bu belirtecin endometriozisin tanılanmasına bir araç olarak kullanılmaması gerektiği vurgulanmaktadır [12].

### **2.6.2. Endometriozisin tedavisi**

Endometriozisli hastalarda tedaviye karar verilirken hastanın yaşına, hastalığın klinik prezantasyonuna, yerleşimine ve yayılımına, semptomların şiddetine, doğurganlık isteğine, bu rahatsızlığa eşlik eden diğer patolojik durumlara, yapılacak tedavinin maliyeti, yan etkileri ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlara bakılarak karar verilmesi gerekmektedir [23]. Endometriozis tedavisi kadınlarda ağrıyı azaltmak, gebelik şansını artırmak, pelvik kitleyi düzeltmek ve bu hastalığın nüks gelişimini engellemek amacıyla yapılmaktadır. Asemptomatik olan ya da hafif endometriozisli hastalar, sadece belirli aralıklara hastalığın gelişimi açısından gözlenebilmektedir [7].

Endometriozis tedavisinin yönetimi çok karmaşıktır [41]. Günümüze kadar endometriozis için başarılı bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Tedavi iki yöntemle yapılmaktadır. İlki, endometriotik implantların büyümesini engellemeyi amaçlayan farmakolojik yani medikal tedavidir. Diğeri ise endometriotik implantları çıkarmaya ya da yok etmeye çalışan cerrahi tedavi yöntemidir [12]. Endometriozisin farmakolojik tedavisinde pek çok seçenek bulunmaktadır. Bunların yan etkileri, etki mekanizması, maliyeti ve gebelik üzerine etkilerinde farklılıklar görülmektedir [23]. Endometriozisin tedavisinde ampirik yaklaşım denenmektedir. Endometriozisli kadınların ilk farmakolojik tedavisinde nonsteroidal anti-enflamatuvar ilaçlar (NSAID)'ın, kombine hormonal kontraseptiflerin ve progestinlerin kullanımı mantıklı bulunmaktadır [37]. Endometriozis estrojene bağlı bir bozukluk olduğu için tıbbi tedavi bu hormonun azaltılmasına odaklanmaktadır [12]. Estrojen seviyesini azaltmaya yönelik over supresyonu, hastalığın aktivitesini ve ağrısını azaltabilmektedir. Endometriozisle ilişki ağrıyı azaltmada medroksiprogesteron asetat, noretisteron, siproteron asetat veya dienogest içeren kombine hormonal kontraseptiflerin ve sürekli progestojenlerin etkin olduğu belirtilmektedir. İkinci basamak tedaviler arasında gonadotropin releasing hormon (GnRH) agonistleri ve levonorgestrel içeren rahim içi araçlar yer almaktadır [11]. Danazol ise kadınlarda istenilmeyen yan etkileri nedeniyle artık endometriozis

tedavisinde kullanılmamaktadır [7,11]. Testosteronu estrojene dönüşümünü engelleyen aromataz inhibitörlerinin, endometriozise bağlı ağrının şiddetinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Ancak uzun dönemde bu ilacın etkilerinin, hasta memnuniyeti, ağrı ve yan etkiler açısından diğer endokrin tedavilerden üstün olduğunu gösteren bir bulguya rastlanmamıştır [11].

Endometriozisli kadınların cerrahi tedavisi, hastanın durumuna göre laparoskopik cerrahi, second-look laparoskopi, laparotomi, mikrocerrahi, total abdominal histerektomi bilateral ooferektomi (TAH+BSO) operasyonları şeklinde yapılabilmektedir. Bazı özel endometriozisli vakalarda ise unilateral ooferektomi cerrahisi gerçekleştirilebilmektedir [7]. Cerrahi tedavi, kadınların over rezervlerini azaltabilmektedir. Endometriozise bağlı olarak gelişen kronik pelvik ağrısının tedavisinde kullanılan hem medikal ve hem de cerrahi tedavi yöntemlerinin etkisi kısa vadede etkili olmaktadır. Endometriozisin nüks etmesi her iki yöntemde de yaygın olarak görülmektedir. Cerrahi tedavi sonrası nükslerin gelişiminin önlenmesi için hormonal kontraseptifler gibi postoperatif baskılayıcı farmakolojik yöntemler kullanılabilir [41]. Gebe kalmak isteyen hastalara, cerrahi tedavinin ardından üremeye yardımcı tekniklere başvurmanın yararlı olabileceği belirtilmektedir [12].

## **2.7. Endometriozisin Kadınların Anksiyetesine Etkisi**

Adet dönemi esnasında şiddetli ve yaşamı etkileyen ağrı, seksüel ilişki, bağırsak hareketleri, ürinyasyon, kronik pelvik ağrı, bulantı, yorgunluk, abdominal şişkinlik ve bazen de anksiyete, depresyon ve infertilite ilişkili kronik bir hastalık olan endometriozis, dünya çapında 190 milyon üreme çağındaki kadının ve kızın yaşamını etkilemektedir [42]. Endometriozis, kadınların işini, özel ilişkilerini, cinselliğini ve aile yaşamını tehlikeye atabilmektedir [43]. Bu hastalığın ayrıca sosyal, halk sağlığı ve ekonomik açıdan etkileri de bulunmaktadır. Endometriozisli kadınların yaşadıkları şiddetli ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve infertilite onların yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Endometriozis, kadınların işe ve okula gitmelerini engelleyecek kadar ağrı yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum kadınların okula olan devamsızlıklarını artırabilmekte ve iş gücüne verdikleri katkıların azalmasına yol açabilmektedir. Endometriozise bağlı olarak gelişen disparonia, kadınların cinsel ilişkinin kesilmesine ya da kaçınılmasına neden olarak eşlerin seksüel sağlık sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir [42].



Endometriozisin kendisinin neden olduğu semptomlar, bu rahatsızlık nedeniyle yapılan bazı tedavi rejimleri ve/veya yapılan cerrahi operasyonlar, kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Endometriozise bağlı semptomatik belirtiler gösteren kadınlar, günlük yaşamlarında daha fazla stres, somatizasyon ve yorgunluk yaşayabilmektedir [8].

Literatürde, endometriozis ile psikolojik hastalıklar arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Endometriozisin, kadınlarda özellikle anksiyete, depresyon, psikolojik stres ve kötü yaşam kalitesi gibi psikiyatrik semptomlarla ilişkisinin olduğu altı çizilmektedir [8]. Yapılan bir sistematik inceleme, endometriozis tanısı ile başvuran kadınların psikososyal rahatsızlıklar ve psikiyatrik distres altında olduğuna işaret etmektedir. Bu tür rahatsızlıkların endometriozisin neden olduğu kronik pelvik ağrıdan mı yoksa inflamasyondan mı kaynaklandığının açıklanması gerektiği bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmada, endometriozis semptomlarıyla gelen kadınların psikososyal rahatsızlıklar ve psikiyatrik distres açısından taranması gerektiği önerilmektedir [44]. Chaman-Ara ve çalışma arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede, endometriozisli kadınların %86'dan fazlasının depresif belirtileri, %29'unun orta-şiddetli anksiyete semptomlarını ve %68'nin mood değişikliklerini yaşadıkları bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmada bu psikiyatrik bozuklukların normal popülasyona göre oldukça fazla görüldüğü belirtilmektedir [10]. Friedl ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Avusturyalı kadınların %29'unda ortadan şiddetliye kadar değişen anksiyete semptomlarının olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada endometriozisli kadınların, normal popülasyona göre yaklaşık olarak 3 kat daha fazla anksiyete semptomunu yaşadığı belirtilmektedir. Ayrıca çalışmada, endometriozisli kadınların yaşı arttıkça daha az anksiyete semptomlarını yaşadıkları saptanmış ve bu durum hastalıkla ilgili olarak bireylerin günlük yaşamını daha iyi entegre etmelerine bağlanmıştır [18]. Amerika'da yapılan retrospektif çalışmada da, endometriozisli her 1000 kadından 57.1'nin anksiyete semptomlarını yaşadıkları ve normal popülasyona göre bu rahatsızlığın 1.38 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır [45]. Brezilya'da yapılan bir çalışmada ise pelvik endometriozisi olan kadınların %24'ünün minör ve %63.5'nin major olmak üzere toplam %87.5'inin anksiyete semptomlarını yaşadıkları bildirilmektedir. Yanı sıra bu çalışmada, endometriozisli kadınların yaşadıkları ağrının şiddetinin yoğunluğu ile anksiyete semptomları arasında pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir [17]. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada da,

endometriozisli kadınlara verilen kendi kendine bakım danışmanlığının müdahale grubunda kontrole göre durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyini azalttığı saptanmıştır.

## **2.8. Endometriozisin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi**

Endometriozise bağlı yaşanan sorunlar, kadınların yaşam kalitesini ve psikososyal iyilik halini etkilemekte ve algıladıkları stres seviyesini artırmaktadır [43]. Yapılan çalışmalarda, kadınlarda endometriozisin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir [9,15,17,18]. Bien ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, endometriozisli kadınların yaşam kalitesinin psikolojik alan skorlarının en yüksek (13.33) ve fiziksel alan puanlarının ise en düşük (11.52) olduğu bulunmuştur [46]. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, endometriozisli kadınların kontrol grubuna göre genel sağlık, canlılık, emosyonel rol ve mental sağlık bileşenindeki yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir [18]. Yapılan bir integratif incelemede, endometriozisin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında negatif etkileri olduğu ve bu durumun tanıdan çok semptomlarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir [9]. Sepulcri ve do Amaral’ın yaptığı çalışmada, endometriozisin tedavi süresi ile yaşam kalitesi arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır [17]. Nnoaham ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise endometriozisli kadınların, benzer semptomu olan ve endometriozis tanısı almayanlara göre yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutunun önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir [15]. Endometriozisin neden olduğu semptomlarının şiddetinin ve anksiyete ve depresyon gibi komorbid durumların kadınların yaşam kalitesini azaltacağı bildirilmektedir [8]. Yukarıda belirtildiği üzere birçok soruna neden olan endometriozisin ele alınması, kadınların yaşam kalitesinin ve genel refah seviyesinin artmasına, üreme ve cinsel sağlığının korunması ve iyileştirilmesi katkıda bulunarak onların güçlenmesini sağlayacaktır [42].

## **2.9. Endometriozisli Hastaların Hemşirelik Bakımı**

Endometriozis, işbirlikçi ve destekleyici tedavi yaklaşımı gerektiren kronik bir rahatsızlıktır [47]. Hemşirelerin endometriozisle ilgili rolleri biraz karmaşıktır, bir dizi yönetim ve liderlik anlayışının yanı sıra bir takım uygulama becerilerinin olması gerekmektedir [48]. Hemşireler, bu hastalığın ilerlemesinin engellenmesinde ve bireylerin sağlığının yükseltilmesinde anahtar rol oynamaktadır [47]. Günümüzde endometriozisin gelişiminin önlenmesine yönelik herhangi bir yol bulunmamaktadır.

Kadınların farkındalığının artırılması ve ardından erken teşhis ve tedavinin yapılması, endometriozisin doğal ilerlemesinin yavaşlatılmasını veya durdurulmasını sağlayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu yolla olası merkezi sinir sisteminin ağrı duyarlılığı riskini de kapsayan semptomlarının uzun vadeli yükünün de azaltılabileceği rapor edilmiştir [42].

Kadınlarda endometriozisin teşhis edilmesi ve yönetiminde, hemşirelerin etkili olabilmesi için öncelikle bu hastalığın semptomlarını ve risk faktörlerini bilmesi ve tanılamayı yapabilmesi gerekmektedir. Endometriozis hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak, kadınların yaşadıkları birçok sağlık sorununun azaltılmasında kilit rol oynamaktadır [47]. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin, kadınların, erkeklerin, adölesanların, öğretmenlerin ve çok geniş bir topluluğun endometriozis hakkında farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Farkındalığı artırmak için ulusal ve uluslararası bilgilendirme kampanyaları ile sağlık çalışanlarının ve halkın bilgilendirilmesine yönelik girişimlere ihtiyaç bulunmaktadır. Endometriozisli hastaları tarama, teşhis etme, tedavisini yönetme ve sevk etme gibi becerilerin gelişmesi için özellikle sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitilmesi gerektiği vurgulanmaktadır [48].

Endometriozisli kadınların yaşadıkları sorunlara ve infertiliteye bağlı olarak benlik sayısında azalma, ağrı, anksiyete, hastalığı hakkında bilgilendirme ihtiyacı, karar vermede çatışma gibi hemşirelik problemleri sıklıkla karşılaşılan durumlar arasında yer almaktadır [49]. Kadınların hastalığın belirti, tanı ve tedavilerini anlayabilmeleri için gerekli bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir [49,50]. Endometriozis hastalığının tanısı, nedenleri, tedavisi ve seçenekleri ve olası yan etkilerine ilişkin riskler hakkında kadın ve ailesi ile tartışmak, hemşirelik bakımın çatısını oluşturmaktadır. Kadının yaşadığı sorunlara ve hastalığın tedavisine ilişkin duygularının ifade edilmesinin teşviki önemlidir. Yaşanılan anksiyetenin azaltılması için kadınlarla nedenler ve baş etme yöntemlerine ilişkin konuşmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır [49]. Pelvik ağrı şikayeti ile gelen kadınların mutlaka endometriozis yönünden sorgulanması gerektiği bildirilmektedir. Kadınların ağrısının özellikleri, yaşadıkları semptomlar, psikolojik sorunlar, obstetrik, menstrual ve jinekolojik anamnez, endometriozisin tanılanması açısından sorgulamada sorulması gereken konular arasında yer almaktadır. Endometriozise özgü pelvik ağrı ve belirtileri, ne tür durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurulacağı, tedaviye uyum ve düzenli sağlık kontrollerine gelme konusunda hastaları

bilgilendirmek gerekmektedir. Endometriozis sadece fiziksel semptomlara değil aynı zamanda psikolojik problemlere de yol açmaktadır. Bu nedenle endometriozisli kadınların psikolojik yönden değerlendirilmesinin ve gerekli durumlarda tedavisinin yapılması önemlidir [47]. Endometriozisli kadınlarda adet görölmemesi, üreme organlarının cerrahi ile alınması ve infertilite gibi durumlar benlik sayısı ve beden imajını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sorunları yaşayan kadınlarda yapılacak değerlendirmelere göre hemşirelik yaklaşımının belirlenmesi gerekmektedir [50].



## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır. Acıbadem Kayseri Hastanesi'nin 104 yatak kapasitesi, 28 yoğun bakım yatağı ve 6 ameliyathanesi bulunmaktadır. Bu hastane, akıllı bina teknolojisiyle yapılan tarihi ve ana bina olmak üzere iki ayrı yapıdan oluşmaktadır. Tarihi binada göz, tıbbi onkoloji, dermatoloji, plastik, estetik, rekonstrüktif cerrahi, beslenme ve diyet birimleri ile idari ofisler yer almaktadır. Tıp alanında tüm branşlarda tanı ve tedavi hizmetleri sunan Acıbadem Kayseri Hastanesi'nin -1. katında, tüp bebek ve üreme sağlığı merkezi ve kadın hastalıkları polikliniği bulunmaktadır. Bu merkez ve poliklinikte, bir profesör, bir doçent, bir doktor öğretim üyesi ve 6 kadın doğum uzmanı olmak üzere 8 hekim ve 12 hemşire çalışmaktadır. Sağlık profesyonelleri, bu birimlerde 08.<sup>00</sup>-18.<sup>00</sup> saatleri arasında hizmet sunmaktadır. Hastanenin tüp bebek ve üreme sağlığı merkezi ve kadın hastalıkları polikliniğinde, günde ortalama 90 hasta hizmet görmektedir. Bu birimlerde, endometriozisli hastalara, tanı ve tedavi hizmetleri verilmekte ve gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Ancak bu birimlerde çalışan hemşireler tarafından endometriozisli hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye ya da anksiyetelerini azaltmaya yönelik herhangi bir bilgilendirme ya da danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 04 Aralık 2019-30 Ocak 2020 tarihleri arasında Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne

muayene olmak amacıyla başvuran 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar oluşturmuştur. 1 Ocak 2019 - 31 Aralık 2019 tarihleri arasında Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'ne ortalama 32580 kadın muayene olmuştur.

### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, evreni belli olan örneklem genişliği formülüne  $(n=N.t^2.p.q/d^2.(N-1)+ t^2.p.q)$  göre hesaplanmıştır [51]. Bu formülde, %95 güven aralığında,  $N=32580$ ,  $t=1.96$ ,  $p=0.10$  [24] ve  $q=0.90$  olarak ele alındığında örnekleme alınması gereken en az kadın sayısı 138 olarak hesaplanmıştır.

### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 15-49 yaş arasında,
- Adet gören,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Üç ay içerisinde antidepresan kullanmayan,
- Üç ay içerisinde anksiyolitik kullanmayan,
- İletişim kurmaya ve soruları cevaplamaya engeli bulunmayan kadınlar kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

Bu araştırma, yukarıdaki dahil edilme kriterlerine uyan 420 kadın ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, tüp bebek ve üreme sağlığı merkezi ve kadın hastalıkları polikliniğine muayene olmak amacıyla başvuran kadınlara gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. 17 kadın araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür [15,16,19,52,53] bilgileri incelenerek hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Durumluk Kaygı Envanteri” kullanılarak toplanmıştır.

### 3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

**Tanıtıcı bilgi formu:** Bu formda sosyo-demografik (yaş, beden kütle indeksi, meslek, öğrenim, medeni ve gelir getiren bir işte çalışma durumu, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı, algılanan sağlık ve gelir, sigara içme ve düzenli egzersiz yapma), menstrual, jinekolojik ve obstetrik özelliklere (menarş yaşı, menstruasyon süresi ve sıklığı, gebelik, doğum, düşük ve küretaj yapma durumu ve sayısı, doğum şekli, gebelikten korunma durumu, kullandığı kontraseptif yöntem türü, düzenli cinsel ilişki ve genital enfeksiyon geçirme) ve endometriozis hastalığına (endometriozis varlığı, tanı, tedavisi, tedaviye başlama ve hekime başvurma zamanı, çocuk sahibi olma isteği ve bu nedenle tedavi alama durumu, semptomların görülme sıklığı) yönelik 33 soru yer almaktadır.

**SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:** Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini incelemek amacıyla Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek, 36 sorudan ve 8 alt boyuttan (fiziksel ve sosyal işlevsellik, rol kısıtlılığı [fiziksel ve emosyonel], canlılık, ağrı ve ruhsal sağlık) oluşmaktadır. Ölçekte, her bir alt boyuttan 0 ila 100 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekte alınan puanların artışı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir [54]. Ülkemizde, Pınar tarafından bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1995 yılında yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur [55]. Araştırmamızda bu ölçeğin her bir alt boyutunun Cronbach alfa değerleri 0.54-0.92 arasında olduğu saptanmıştır.

**Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri:** 1970 yılında Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiş [56] ve 1983 yılında ise bu envanterin Türkçe'ye uyarlamasını Öner ve Le Compte yapmıştır [57]. Araştırmamızda, bu envanterin durumluk anksiyeteyi değerlendiren bölümü kullanılmıştır. 20 maddeden oluşan ve dörtlü likert tipine olan durumluk kaygı envanterinde her bir ifadeye “Hiç”ten “Tamamıyla” kadar değişen cevap verilebilmektedir. Durumluk kaygı envanteri, belirli bir an içerisinde bireyin nasıl hissettiğini değerlendirmektedir. Envanterden en az 20 ve en çok 80 puan alınabilmektedir. Envanterde alınan puanların artışı, bireyin durumluk anksiyetesinin arttığına işaret etmektedir [57]. Araştırmamızda bu envanterin Cronbach alfa değerinin 0.89 olduğu tespit edilmiştir.

### **3.4.2. Ön Uygulama**

Etik kurul onayı ve Acıbadem Kayseri Hastanesi'nden sözlü kurum izni alındıktan sonra, tanıtıcı bilgi formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla 01 Aralık 2019 tarihinde çalışmanın yapıldığı hastanenin tüp bebek ve üreme sağlığı merkezi ve kadın hastalıkları polikliniğinde 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan kadınlar, araştırmanın örnekleme alınmamıştır. Bu uygulama sonrasında tanıtıcı bilgi formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çocuk sahibi olamamanın kadınların yaşantısına olan etkisi sorusu, formdan çıkartılmıştır. Cinsel ilişkiyle ilgili soruda ise ifade değişikliği yapılmıştır.

### **3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmada tanıtıcı bilgi formu, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ve durumluk kaygı envanteri, araştırmacı tarafından çalışmaya katılan kadınlara 04 Aralık 2019-30 Ocak 2020 tarihleri arasında Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'nin bekleme salonunda ve hasta odalarında uygulanmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce, kadınlara araştırmanın yapılma nedeni açıklanmış ve çalışmaya gönüllü olarak katılım göstermeleri istenmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarını sözlü beyan edenlerin yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlar veri toplama araçlarını kendileri doldurmuş ve ortalama 10-15 dakika kadar sürmüştür.

### **3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Veriler, SPSS IBM (24.0, IBM Corp., Armonk, NY) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının ve durumluk kaygı envanterinin genel toplamının, geçerlilik ve güvenilirliğine Cronbach Alpha katsayısı değeriyle bakılmıştır. Araştırmada sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, maksimum, minimum ve %25-75'lik persentil değerler tanımlayıcı istatistik olarak kullanılmıştır. Endometriozis ve semptom varlığı, tedavi alma durumu ve çocuk sahibi olma isteği ile yaşam kalitesi ölçeğinden ve durumluk anksiyete envanterinden alınan puan ortalamalarının ve ortancalarının karşılaştırılmaları, Mann-Whitney U ve bağımsız gruplarda t testleriyle incelenmiştir. Endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından ve durumluk kaygı envanterinin genel toplamından alınan



puanlar arasındaki ilişkiye Pearson korelasyon analiziyle bakılmıştır. Ayrıca bu testle endometriozisli kadınlarda semptom sayısı ve bulguların başlama zamanı ile SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından ve durumluk kaygı envanterinin genel toplamından alınan puanlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenler**

- Kadınlarda endometriozis varlığı
- SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan
- Durumluk kaygı envanterinin genel toplamından alınan puan

#### **3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenler**

- Sosyo-demografik, menstrual, jinekolojik ve obstetrik özellikler, endometriozis hastalığına yönelik değişkenler,

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmanın her basamağında etik ilkelere riayet edilmiştir. Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, araştırmacılar tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (09.09.2019 tarih ve 20034/15) (EK IV) ve Acıbadem Kayseri Hastanesi Başhekimliği'nden önce sözlü ve ardından yazılı kurum izni (EK V) alınmıştır. Gerekli yerlerden izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan kadınlara Acıbadem Kayseri Hastanesi Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi ve Kadın Hastalıkları Polikliniği'nin bekleme salonunda ve hasta odalarında araştırmanın amacı anlatılmış ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yazılı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Form'ları (EK VI) alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- ✓ Araştırmamızda verilerin beyana ve hatırlamaya dayalı elde edilmesi potansiyel bir yanlılığa neden olabilecek bir durumdur.
- ✓ Araştırmamız Kayseri'de özel bir hastanede yürütüldüğünden, elde edilen bulgular sadece çalışmanın evrenine genellenebilmektedir

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)**

Sosyo-demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Minimum	Maksimum
<b>Yaş (yıl)</b>	31.80±8.59	16.00	49.00
<b>Beden Kütle İndeksi (kg/m<sup>2</sup>)</b>	24.55±4.33	16.53	42.15
<b>Öğrenim Durumu</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İlkokul mezunu		30	7.1
Ortaokul mezunu		59	14.1
Lise mezunu		136	32.4
Üniversite mezunu		184	43.8
Yüksek lisans mezunu		11	2.6
<b>Medeni Durumu</b>			
Evli		262	62.4
Bekar		158	37.6
<b>Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor		214	51.0
Çalışmıyor		206	49.0
<b>Meslek (n=266)</b>			
Memur		106	39.9
İşçi		69	25.9
Serbest meslek		37	13.9
Diğer		54	20.3
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>			
Var		374	89.0
Yok		46	11.0
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>			
Geliri giderinden az		149	35.5
Geliri giderine denk		227	54.0
Geliri giderinden fazla		44	10.5
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>			
İçiyor		103	24.5
Bırakmış		43	10.2
Hiç içmemiş		274	65.3

**Tablo 4.1. Devamı**

<b>Sosyo-demografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Genel Sağlığını Değerlendirme Durumu</b>		
Çok kötü	9	2.1
Kötü	13	3.1
Orta	152	36.2
İyi	209	49.8
Çok iyi	37	8.8
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu*</b>		
Yapan	121	28.8
Yapmayan	299	71.2
<b>Beden Kütle İndeksi</b>		
<18.5 kg/m <sup>2</sup>	32	7.6
18.5-24.99 kg/m <sup>2</sup>	207	49.3
25.00-29.99 kg/m <sup>2</sup>	133	31.7
≥30 kg/m <sup>2</sup>	48	11.4

\* Haftada en az üç kez ve 30 dakika düzenli egzersiz yapma

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların yaş ve beden kütle indeksi ortalaması sırasıyla 31.80±8.59 ve 24.55±4.33’dir. Araştırmaya katılan kadınların %7.1’i ilkokul ve %43.8’i üniversite mezunudur. Kadınların %62.4’ü evli olduğunu, %51.0’ı gelir getiren bir işte çalıştığını, %39.9’u memur olarak görev yaptığını, %89.0’ı sosyal güvencesi ve %54.0’ı geliri giderine denk olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %24.5’i sigara içmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %49.8’i genel sağlığını iyi olarak değerlendirdiğini ve %28.8’i düzenli egzersiz yaptığını beyan etmiştir. Kadınların %49.3’ünün normal ve %11.6’sının şişman kategorisinde beden kütle indeksine sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2. Kadınların Menstruasyon Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)**

<b>Menstruasyon Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Menarş Yaşı</b>		
≤11 yaş	38	9.1
12-14 yaş	281	66.9
≥14 yaş	101	24.0
<b>Menstruasyon Süresi</b>		
≤3 gün	28	6.7
4-7 gün	293	69.8
≥7 gün	99	8.5
<b>Menstrual Siklus Süresi</b>		
≤21 gün	82	19.5
22-35 gün	302	71.9
≥35 gün	36	8.6

Kadınların menstruasyon özelliklerine göre dağılımı, Tablo 4.2’de görülmektedir. Araştırmaya kadınların %66.9’u 12-14 yaşları arasında menarşının başladığını belirtmiştir. Kadınların %69.8’i 4-7 gün arasında adet gördüğünü ve %71.9’u siklus süresinin 22-35 gün aralığında olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4.3. Kadınların Bazı Obstetrik, Aile Planlaması ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=420)**

<b>Obstetrik ve Aile Planlamasıyla İlgili Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Hiç gebe kalmamış	194	46.2
1 kez	64	15.3
2 kez	90	21.4
≥3 kez	72	17.1
<b>Düşük Yapma Durumu (n=226)</b>		
Yapan	92	40.7
Yapmayan	134	59.3
<b>Küretaj Olma Durumu (n=226)</b>		
Olan	59	26.1
Olmayan	167	73.9
<b>Doğum Sayısı</b>		
Hiç doğum yapmamış	231	55.0
1 kez	66	15.7
2 kez	78	18.7
≥3 kez	45	10.7
<b>Doğum Şekli (n=189)</b>		
Normal doğum	94	49.8
Sezaryen	73	38.6
Normal doğum+Sezaryen	22	11.6
<b>Düzenli Cinsel İlişki Varlığı</b>		
Var	204	48.6
Yok	216	51.4
<b>Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu</b>		
Kullanan	132	31.4
Kullanmayan	288	68.6
<b>Kontraseptif Türü (n=132)</b>		
Kondom	44	33.3
Rahim içi araç	40	30.3
Hap	22	16.7
Tüp ligasyon	16	12.1
Diğer	10	7.6
<b>Genital Enfeksiyon Geçirme Durumu</b>		
Geçiren	97	23.1
Geçirmeyen	323	76.9

Tablo 4.13’de, kadınların bazı obstetrik, aile planlaması ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Kadınların %46.2’si hiç gebe kalmadığını belirtirken, %10.7’si üç ve üzerinde gebelik yaşadığını söylemiştir. Gebelik yaşayan kadınların %40.7’si düşük yaptığını ve %26.1’i küretaj olduğunu beyan etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %55.0’i hiç doğum yapmadığını ve %18.7’si iki kez doğum yaptığını ifade etmiştir.

Kadınların %49.8'i normal vajinal yolla doğum yaptığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %48.6'sı düzenli cinsel ilişkisinin olduğunu, %31.4'ü kontraseptif bir yöntem kullandığını ve bunların %33.3'ü gebeliği önlemek için kondom kullandıklarını ifade etmiştir. Kadınların %23.1'i genital enfeksiyon geçirmiştir.

**Tablo 4.4. Kadınların Endometriozis Tanı ve Tedavisine İlişkin Verilere Göre Dağılımı (n=420)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Endometriozis tanısı alma</b>		
Alan	51	12.1
Almayan	369	87.9
<b>Endometriozisin tanısının konulduğu yaş grubu (n=51)</b>		
<18 yaş	8	15.7
18-29 yaş	25	49.0
30-39 yaş	13	25.5
40-49 yaş	5	9.8
<b>Endometriozisin tanı konulma şekli (n=51)</b>		
Laparoskopi ya da abdominal cerrahiyle	8	15.7
Ultrason gibi cerrahi olmayan teknikle	43	84.3
<b>Endometriozis nedeniyle tedavi alma durumu (n=51)</b>		
Alan	36	70.6
Almayan	15	29.4
<b>Alınan Tedavinin Şekli (n=36)</b>		
Cerrahi	12	33.3
İlaç	24	66.7
<b>Endometriozise bağlı semptomu olma durumu (n=51)</b>		
Olan	20	39.2
Olmayan	31	60.8
	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min-Max</b>
<b>Endometriozisle ilgili bulguların başlama zamanı (ay)</b>	43.51±42.40	4-192
<b>Endometriozis nedeniyle hekime ilk kez başvurma zamanı (ay)</b>	39.23±41.35	2-190

Tablo 4.4'de, kadınların endometriozis tanı ve tedavisine ilişkin verilere göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmamıza katılan kadınların %12.1'nin endometriozis tanısı aldığı belirlenmiştir. Endometriozisli kadınların %49.0'ı 18-29 yaşları arasında ve %84.3'ü ultrason gibi cerrahi olmayan teknikle hastalığına ilişkin tanı konulduğunu beyan etmiştir. Endometriozisi olduğu saptanan kadınların %70.6'sı tedavi aldığını ve bu

nedenle çoğunluğu (%66.7) ilaçla tedavi edildiğini belirtmiştir. Endometriozisi olan kadın %39.2'sinin hastalığına ilişkin semptom yaşadıkları saptanmıştır. Endometriozisi olan kadınların hastalığıyla ilgili bulgularının başlama zamanının ve bu hastalık nedeniyle hekime ilk kez başvurma aylarının sırasıyla ortalama  $43.51 \pm 42.40$  ve  $39.23 \pm 41.35$  olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5. Endometriozisli Kadınların Çocuk Sahibi Olmayla İlgili Verilerine Göre Dağılımı (n=51)**

Değişkenler	Sayı	%
<b>Çocuk sahibi olma isteği</b>		
Olan	30	58.8
Olmayan	21	41.2
<b>Çocuk sahibi olmak için tedavi alma durumu</b>		
Alan	14	27.5
Almayan	37	72.5
<b>Çocuk sahibi olmak için alınan tedavinin şekli (n=37)</b>		
In vitro fertilizasyon	10	71.4
İlaç tedavisi	3	21.4
İnseminasyon	1	7.2

Endometriozisli kadınların çocuk sahibi olmayla ilgili verilerine göre dağılımı, Tablo 4.5'te görülmektedir. Endometriozisi olan kadınların %58.8'i çocuk sahibi olmak istemekte ve bu nedenle %27.5'i tedavi almıştır. Çocuk sahibi olmak için tedavi alan endometriozisli kadınların %71.4'ü in vitro fertilizasyon yöntemiyle tedavi edilmiştir.

**Tablo 4.6. Endometriozisi Olan Kadınların Son Üç Ayda Yaşadıkları Semptomların Sıklığı (n=51)**

Semptomlar	Görülme Sıklıkları									
	Hiçbir zaman		Nadiren		Bazen		Genellikle		Her zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Pelvik ağrı</b>	8	15.7	12	23.5	22	43.1	8	15.7	1	2.0
<b>Abdominal ağrı</b>	9	17.6	11	21.6	26	51.0	5	9.8	-	-
<b>Mide bulantısı/şikayeti</b>	13	25.5	12	23.5	16	31.4	7	13.7	3	5.9
<b>Baş dönmesi</b>	16	31.4	13	25.5	19	37.2	2	3.9	1	2.0
<b>Adet esnasında ağrı</b>	7	13.7	6	11.8	16	31.4	13	25.5	9	17.6
<b>Adet esnasında kanamada artış</b>	13	25.5	12	23.5	18	35.3	5	9.8	3	5.9
<b>Her ay adet görme zamanı makatta ağrı ya da kanama</b>	22	43.1	12	23.5	11	21.6	3	5.9	3	5.9
<b>Her ay adet görme zamanı idrar yaparken ağrı ya da kanama</b>	24	47.1	6	11.8	15	29.4	4	7.8	2	3.9
<b>Adet dışında kanama</b>	29	56.9	11	21.5	7	13.7	3	5.9	1	2.0
<b>Ağrılı cinsel ilişki</b>	24	52.9	8	15.7	11	21.6	4	7.8	1	2.0
<b>Ağrılı idrar yapma</b>	21	41.2	13	25.5	9	17.6	8	15.7	-	-
<b>Makatta ağrı</b>	25	49.0	11	21.6	9	17.7	4	7.8	2	3.9
<b>Yorgunluk</b>	6	11.8	6	11.8	10	19.6	16	31.4	13	25.4



Tablo 4.6’da, endometriozisi olan kadınların son üç ayda yaşadıkları semptomların sıklığı görülmektedir. Endometriozisi olan kadınların %15.7’si pelvik ağrıyı, %9.8’i abdominal ağrıyı, %13.7’si mide bulantısını, %3.9’u baş dönmesini, %25.5’i adet esnasında ağrıyı, %9.8’i mens esnasında kanamada artışı, her adet görme zamanında %5.9’u makatta ve %7.8’i idrar yaparken ağrı ve kanamayı, %5.9’u adet dışında kanamayı, %7.8’i ağrılı cinsel ilişkiyi, %15.7’si ağrılı idrar yapmayı, %7.8’i makatta ağrıyı ve %31.4’ü yorgunluğu genellikle deneyimlediklerini bildirmiştir.



**Tablo 4.7. Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometriozis Varlığına Göre Dağılımı (n=420)**

Ölçekler	Endometriozis Varlığı								
	Var				Yok				İstatistik/ p değeri
SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	
SF 36 Fiziksel İşlevsellik	69.61±25.08	75.00	0.00 100.00	50.0 92.5	74.01±24.86	85.00	0.00 100.00	55.00 95.00	z=-1.307 0.191*
SF 36 Rol Güçlüğü-Fiziksel	53.92±37.54	50.00	0.00 100.00	25.0 100.0	71.07±35.85	100.00	0.00 100.00	50.00 100.00	z=-3.281 0.001*
SF 36 Rol Güçlüğü-Emosyonel	53.59±40.04	33.33	0.00 100.00	33.33 100.00	63.50±39.31	66.67	0.00 100.00	33.33 100.00	z=-1.653 0.098*
SF 36 Canlılık	52.94±20.15	50.00	10.00 90.00	35.00 67.50	52.41±18.73	50.00	0.00 100.00	40.00 65.00	z=-0.046 0.963*
SF 36 Ruhsal Sağlık	53.72±17.53	52.00	4.00 96.00	44.00 60.00	55.44±17.13	56.00	8.00 96.00	44.00 68.00	z=-0.686 0.493*
SF 36 Sosyal İşlevsellik	61.76±23.77	62.50	12.50 100.00	50.00 75.00	63.62±21.83	62.50	0.00 100.00	50.00 75.00	z=-0.596 0.551*
SF 36 Ağrı	56.32±23.75	55.00	10.00 100.00	42.50 73.75	64.03±23.75	67.50	0.00 100.00	45.00 87.50	z=-2.259 0.024*
SF 36 Genel Sağlık Algısı	54.31±21.66	55.00	15.00 100.00	45.00 67.50	58.33±16.90	60.00	10.00 100.00	45.00 70.00	z=-1.648 0.099*
<b>Durumluluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanı</b>	40.71±5.15	40.00	30.00 52.00	37.00 44.00	41.92±6.29	42.00	20.00 62.00	38.00 46.00	t=-1.315 0.189**

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7’de, kadınların yaşam kalitesi ve durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve ortancalarının endometriozis varlığına göre dağılımı görülmektedir. Kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin rol güçlüğü (fiziksel) ve ağrı dışındaki ( $p<0.05$ ), tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortancaları ve endometriozis varlığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Endometriozisi olanların, olmayanlara göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı ve rol güçlüğü (fiziksel) alt boyutundan aldıkları puan ortancalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Endometriozisi olmayan kadınların olanlara göre durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda endometriozis varlığı ile durumluk anksiyete ölçeğinin puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometrioziste Tedavi Alma Durumuna Göre Dağılımı (n=51)**

Ölçekler	Endometrioziste Tedavi Alma								
	Almayan				Alan				İstatistik/ p değeri
SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	
SF 36 Fiziksel İşlevsellik	69.33±24.56	70.00	30.00 100.00	47.50 50.00	69.72±25.63	75.00	0.00 100.00	90.00 95.00	$z=-0.176$ 0.860*
SF 36 Rol Güçlüğü-Fiziksel	48.33±38.34	50.00	0.00 100.00	12.50 25.00	56.25±37.50	50.00	0.00 100.00	75.00 100.00	$z=-0.708$ 0.479*
SF 36 Rol Güçlüğü-Emosyonel	51.11±35.34	33.33	0.00 100.00	33.33 0.00	54.63±42.28	66.67	0.00 100.00	83.33 100.00	$z=-0.226$ 0.821*
SF 36 Canlılık	53.00±23.66	55.00	10.00 90.00	37.50 35.00	52.92±18.87	50.00	25.00 90.00	67.50 67.50	$t=0.013$ 0.989**
SF 36 Ruhsal Sağlık	56.00±16.21	52.00	36.00 88.00	44.00 42.00	52.78±18.19	56.00	4.00 96.00	66.00 60.00	$t=0.594$ 0.555**
SF 36 Sosyal İşlevsellik	60.00±20.70	50.00	25.00 100.00	50.00 50.00	62.50±25.18	62.50	12.50 100.00	68.75 81.25	$t=-0.339$ 0.736**
SF 36 Ağrı	52.17±25.77	55.00	10.00 90.00	33.75 42.50	58.06±23.44	55.00	12.50 100.00	68.75 80.00	$t=-0.794$ 0.431**
SF 36 Genel Sağlık Algısı	51.33±26.57	55.00	15.00 100.00	30.00 45.00	55.56±19.56	52.50	15.00 95.00	62.50 72.50	$t=-0.631$ 0.531**
<b>Durumluluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanı</b>	38.67±5.73	38.00	31.00 49.00	34.50 39.00	41.56±4.71	42.00	30.00 52.00	41.00 44.50	$t=-1.872$ 0.067**

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Kadınların yaşam kalitesi ve durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve ortancalarının endometrioziste tedavi alma durumuna göre dağılımı Tablo 4.8’de, görülmektedir. Endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalama ve ortancaları ile endometrioziste tedavi alma durumu arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Tedavi alan kadınların, almayanlara göre durumluluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ancak endometrioziste tedavi alma ile durumluk anksiyete ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.9. Kadınların Yaşam Kalitesi ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Ortancalarının Endometrioziste Semptomlarının Varlığına Göre Dağılımı (n=51)**

Ölçekler	Endometrioziste Semptom Varlığı								
	Olan				Olmayan				İstatistik/ p değeri
SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	$\bar{X}\pm SS$	Ortanca	Min- Max	%25- 75'lik Persentil	
SF 36 Fiziksel İşlevsellik	68.75±26.80	77.50	0.00 100.00	50.00 50.00	70.16±24.34	70.00	25.00 100.00	92.50 92.50	$z=-0.097$ 0.923*
SF 36 Rol Güçlüğü-Fiziksel	48.75±38.45	50.00	0.00 100.00	12.50 25.00	57.26±37.19	75.00	0.00 100.00	87.50 100.00	$z=-0.770$ 0.441*
SF 36 Rol Güçlüğü-Emosyonel	46.67±39.59	33.33	0.00 100.00	0.00 33.33	58.06±40.34	66.67	0.00 100.00	83.33 100.00	$z=-1.026$ 0.305*
SF 36 Canlılık	52.00±19.22	50.00	10.00 90.00	37.50 35.00	53.55±21.02	55.00	15.00 90.00	60.00 70.00	$t=-0.265$ 0.792**
SF 36 Ruhsal Sağlık	53.80±14.88	56.00	28.00 88.00	44.00 42.00	53.68±19.29	52.00	4.00 96.00	60.00 66.00	$t=0.024$ 0.981**
SF 36 Sosyal İşlevsellik	55.63±25.48	50.00	12.50 100.00	43.75 50.00	65.73±22.12	62.50	25.00 100.00	75.00 81.25	$t=-1.500$ 0.140**
SF 36 Ağrı	55.50±21.9	55.00	22.50 100.00	40.00 42.50	56.85±26.04	55.00	10.00 100.00	66.25 80.00	$t=-0.195$ 0.847**
SF 36 Genel Sağlık Algısı	52.00±20.61	47.50	20.00 90.00	42.50 45.00	55.81±22.51	55.00	15.00 100.00	60.00 72.50	$t=-0.609$ 0.545**
<b>Durumluluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanı</b>	41.95±4.60	41.50	34.00 52.00	39.50 36.50	39.90±5.39	39.00	30.00 50.00	46.00 44.00	$t=1.400$ 0.168**

\*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

\*\* Bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da, kadınların yaşam kalitesi ve durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve ortancalarının endometrioziste semptom varlığına göre dağılımı görülmektedir. Endometrioziste semptom varlığı ile SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalama ve ortancaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Endometriozisli kadınlarda, semptomu olanların olmayanlara göre anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda endometrioziste semptom varlığı ile durumluk anksiyete ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10. Pearson Korelasyon Analizine Göre Endometriozisli Kadınların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=51)**

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puan	
	<i>r</i>	<i>p</i>
SF 36 Fiziksel İşlevsellik	0.126	0.378
SF 36 Rol Güçlüğü-Fiziksel	0.161	0.258
SF 36 Rol Güçlüğü-Emosyonel	0.275	0.051
SF 36 Canlılık	0.296	0.035
FSF 36 Ruhsal Sağlık	0.124	0.387
SF 36 Sosyal İşlevsellik	0.153	0.282
SF 36 Ağrı	0.204	0.150
SF 36 Genel Sağlık Algısı	0.138	0.334

\*Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.10’da, Pearson korelasyon analizine göre endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar ile durumluk anksiyete ölçeğinin toplam

puanı arasındaki ilişki yer almaktadır. Endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin canlılık dışındaki ( $p<0.05$ ), diğer tüm alt boyutlarından alınan puanlar ile durumluk anksiyete ölçeğinin toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Endometriozisli kadınların durumluk anksiyete toplam puanı ile SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin canlılık alt boyutu arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuç, kadınların canlılıkla ilgili yaşam kalitesi arttıkça durumluk anksiyete seviyesinin de yükseldiğini göstermektedir.

**Tablo 4.11. Pearson Korelasyon Analizine Göre Endometriozisli Kadınların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarından ve Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Toplam Puanından Aldıkları Puanlar ile Semptom Sayısı ve Bulguların Başlama Zamanı Arasındaki İlişki (n=51)**

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	Semptom Sayısı		Bulguların Başlama Zamanı (ay)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SF 36 Fiziksel İşlevsellik	-0.482**	<0.0001	-0.304*	0.030
SF 36 Rol Güçlüğü-Fiziksel	-0.338*	0.015	-0.124	0.387
SF 36 Rol Güçlüğü-Emosyonel	-0.188	0.185	-0.085	0.554
SF 36 Canlılık	-0.316*	0.024	-0.102	0.478
SF 36 Ruhsal Sağlık	-0.317*	0.023	-0.248	0.079
SF 36 Sosyal İşlevsellik	-0.400**	0.004	-0.164	0.251
SF 36 Ağrı	-0.364**	0.009	-0.117	0.414
SF 36 Genel Sağlık Algısı	-0.332*	0.017	-0.111	0.439
<b>Durumluk Anksiyete Ölçeği'nin Toplam Puan</b>	-0.001	0.995	0.063	0.660

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

\*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Pearson korelasyon analizine göre endometriozisli kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından ve durumluk anksiyete ölçeğinin toplam



puanından aldıkları puanlar ile semptom sayısı ve bulguların başlama zamanı arasındaki ilişki, Tablo 4.11’de görülmektedir. Endometriozisli kadınlarda semptom sayısı ile SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin rol gücü (fiziksel), canlılık, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ). SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile semptom sayısı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Endometriozisli kadınlarda durumluk anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile semptom sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Fiziksel işlevsellik dışındaki SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından ve durumluk anksiyete ölçeğinden alınan puanlar ile bulguların başlama zamanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Ancak endometriozisli kadınlarda SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile bulguların başlama zamanı arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum endometriozisli kadınların bulguları yaşama süresi arttıkça, yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir.

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA VE SONUÇ

İnflamasyon, genetik profil, immünolojik faktör, hormonal aktivite, menstruasyon döngüsü, organoklor yükü ve prostaglandin metabolizmasına bağlı olarak geliştiği öne sürülen endometriozis [58], uterus dışında endometrium benzeri dokunun varlığı olarak tanımlanmaktadır [59]. 2017 yılındaki Dünya Bankası verilerine göre dünyada yaklaşık olarak 190 milyon kadının endometriozis olduğu tahmin edilmektedir [59]. Fertilité döneminde yer alan kadınların %10-15'inde endometriozisin görüldüğü bildirilmektedir [26]. Araştırmamızda üreme çağındaki kadınlarda endometriozis görülme oranının %12.1 olduğu saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada, 18-49 yaş grubundaki kadınların %6.1'inin tanı konulmuş endometriozisi olduğu belirlenmiştir [60]. Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise şüpheli tanılarla birlikte endometriozisin kümülatif prevalansının %11.4 olduğu tespit edilmiştir [61]. Almanya'da yapılan bir çalışmada, 15-54 yaşları arasındaki kadınlarda endometriozis prevalansının %8.1 olduğu bulunmuştur [62]. Porto Rikolu kadınlarla yapılan bir çalışma da, kendilerinin bildirmiş olduğu endometriozis prevalansının %4.0 olduğu rapor edilmiştir [63]. Yapılan sistematik bir incelemede de, kadınların kendilerinin bildirmiş olduğu endometriozis prevalansının %1 ile %5 arasında değiştiği bildirilmektedir [64]. Türkiye'de kadınlarda endometriozis prevalansını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bulgularımız, literatürle [26] ve Rowlands ve çalışma arkadaşlarının [61] araştırma sonucuna yakın bulunmuştur.

Kadınlarda pelvik endometriozis, menarştan önce nadir görülmektedir ve menopozdan sonra ise azalma eğilimi göstermektedir [32]. Literatürde kadınlarda endometriozis insidansının 25-34 yaşları arasında pik seviyesine ulaştığı ve 44 yaşından sonra dramatik olarak bu oranda düşüş meydana geldiği belirtilmektedir [24]. Araştırmamızda her iki kadından birinin endometriozis tanısının 18-29 yaşları arasında konulduğu saptanmıştır. Ayrıca araştırmamızda en az endometriozis tanısının konulduğu yaş grubu ise 40-49 yaşlarına denk gelmektedir. Fuldeore ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, ortalama 27 yaşında kadınlara endometriozis tanısının konulduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, kadınların %52.7'sine 18-29 yaş grubunda endometriozis tanısının konulduğu bildirilmektedir [60]. Soliman ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kadınlarda endometriozis tanısının ortalama 27.2 yaşında konulduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, kadınlarda

endometriozis semptomlarının %48.6'sının 18-29 yaş grubunda başladığı ve en az belirtinin görülmeye başladığı yaş grubunun ise 40-49 olduğu tespit edilmiştir [52]. Almanya ve Avusturya'da yapılan bir çalışmada, kadınların ortalama 21.2 yaşında ilk endometriozis semptomlarının başladığı ve 32 yaşında ise tanı konulduğu rapor edilmiştir [65]. Moradi ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada da, kadınlarda endometriozisin tanı konulma yaşı ortalama  $25.6 \pm 7.9$  olarak bulunmuştur [66]. Endometriozisin tanı konulduğu yaş grubu ile ilgili olarak elde ettiğimiz bu bulgu, Fuldeore ve çalışma arkadaşlarının [60] araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Endometriozisin tanısında laparoskopik yöntem, altın standart olarak kabul edilmekle birlikte, yalancı pozitiflik oranının düşürülmesi için histolojik olarak sonucun teyit edilmesi gerekmektedir [25]. Endometriozisin tanısında ayrıca USG, MRI ve serum Ca-125 değerinin ölçümü yöntemleri de kullanılabilir [11,39]. Araştırmamızda, yaklaşık olarak her 10 kadından 8'ine USG gibi cerrahi olmayan yöntemlerle tanı konulmuştur. Soliman ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, kadınların %50.6'sına cerrahi olmayan yöntemlerle tanı konulduğu saptanmıştır [52]. Fuldeore ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların %51.5'nin cerrahi yöntemler (%82.1 laparoskopi ve %22.1 laparotomi) kullanılarak endometriozis tanısını aldıkları belirtilmektedir [60]. Endometriozisin tanı konulmasıyla ilgili bulgumuz, bu iki çalışma [60,61] sonuçlarıyla uyumsuzdur. Bu sonucun elde edilmesinde, endometriozis tanı konulmasına yönelik hastanelerin farklı protokollerinin olmasından ve çalışma popülasyonumuzda yer alan kadınların teşhis için invaziv olmayan yöntemleri tercih etmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ampirik yaklaşımın kullanıldığı endometriozisin tedavisinde [37], kesinlikle tam anlamıyla başarının sağlandığı bir yöntem bulunmamaktadır. Medikal tedaviler endometrial odağın büyümesini engellemeye çalışırken, cerrahi yöntemlerle bu implantların yok edilmesi ya da çıkarılması amaçlanmaktadır [12]. Araştırmamızda her 10 endometriozisli kadından 7'si, bu hastalığı nedeniyle tedavi almıştır. Bu kadınların %66.7'si medikal yöntemlerle tedavi edilmiştir. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulguya yönelik araştırmalarda karşılaştırma yapabileceğimiz herhangi bir orana rastlanılmamıştır.

Kadınlarda endometriozis hastalığının klinik olarak seyrinde farklılıklar görülmektedir [26]. Endometrioziste semptomların, heterojenitesinin oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir [59]. Bazı kadınlarda endometriozis asemptomatik olarak seyrederken [12], bazılarında ise

ağrılı adetler, kronik pelvik ağrı, cinsel ilişki esnasında ve/veya sonrasında ağrı, bağırsak hareketlerinde ağrı, ağrılı idrar yapma, yorgunluk, anksiyete ve depresyon, abdominal şişkinlik ve bulantı gibi semptomların bir veya birkaçı görülebilmektedir [42]. Araştırmamızda her 10 endometriozisli kadından yaklaşık olarak dördünde semptom görülmektedir. Semptomu olan endometriozisli kadınların sıklıkla yorgunluk (%88.2), adet esnasında ağrı (%86.3), pelvik ağrı (%84.3), abdominal ağrı (%82.4), menstruasyon sırasında kanamada artış ve bulantı (%74.5) şikayetlerini yaşadıkları tespit edilmiştir. İngiltere’de 15-55 yaşları arasındaki kadınlarla yapılan bir vaka kontrol çalışmada, endometriozis olanların abdominal ağrı, vajinal akıntı, menstrual problemler, dismenore, menoraji, depresyon ve pelvik ağrı deneyimleme sıklıklarının sırasıyla %45.1, %31.7, %26.9, %24.6, %23.1, %21.6 ve %15.6 olduğu bulunmuştur [14]. Fuldeore ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, endometriozis tanılı kadınların %64.4’ünün yorgunluk/anemi, %57.0’inin konstipasyon/gaz/diyare, %52.7’sinin menstrual pelvik ağrı/kramp, %39.8’inin ağır menstrual kanama ve %36.7’sinin menstruasyona bağlı olmayan pelvik ağrı/kramp yaşadıkları belirlenmiştir [60]. Abbas ve çalışma arkadaşlarının Almanya’da yaptıkları araştırmasında, endometriozisli kadınların sıklıkla dismenore (%58.0), ovaryen kistler (%25.5) ve menoraji (%23.2) semptomlarını yaşadıkları rapor edilmiştir [62]. Flores ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Porto Riko’lu endometriozisli kadınların %82.5’inin dismenore, %66.9’unun şiddetli dismenore, %52.0’unun disparonia, %70.6’sının algılama problemleri ve %80.0’inin kronik pelvik ağrı deneyimledikleri tespit edilmiştir [63]. Yapılan bir kalitatif çalışmada, endometriozisli kadınların en yaygın görülen semptomlarının sırasıyla ağrılı adet, aşırı menstruasl kanama, disparona, bağırsakta ağrı, düzensiz kanama, mesanede ağrı ve infertilite olduğu bildirilmektedir [66]. Soliman ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kadınların pelvik ağrı/menstruasyon esnasında kramp (%31.6), adet dönemi dışında pelvik ağrı (%27.3), cinsel ilişkide ağrı (%7.5), adet sırasında aşırı kanama (%14.5) gibi şikayetler ile hekime başvurdukları tespit edilmiştir [66]. Yukarıdaki çalışmalar gösteriyor ki, literatürde belirttiği gibi farklı populasyonda yapılan araştırmalarda endometriozisli kadınların hem klinik semptomları hem de onun görülme oranları değişiklik göstermektedir.

Endometriozis hastalığının kendine özgü semptomları ve/veya komplikasyonları bulunmamaktadır. Endometioziste yaşanan bu semptomlar veya bu hastalığa bağlı gelişen semptomlar, pelvik inflamatuvar hastalık, iritabl bağırsak sendromu ve adenomyozis gibi

diğer jinekolojik ya da başka bir sağlık sorununa bağı olarak gelişebilmektedir. Bu nedenle kadınlarda endometriozise ya yanlış teşhis konulmakta ya da hastalığın tanısı gecikmektedir [67]. Araştırmamızda endometriozisli kadınlarda semptomların başlama zamanı ortalama 44 ay olduğu belirlenmiştir. Endometriozis semptomları nedeniyle hekime başvurma zamanı ise ortalama 39 ay olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızda endometriozisli kadınlarda, tanının konulmasının yaklaşık 5 ay geciktiği saptanmıştır. Dünya çapında kadınlarda endometriozisin tanısının konulmasında yaklaşık olarak 5-10 yıl kadar gecikmenin yaşandığı belirtilmektedir [52]. Hudelist ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, kadınlarda endometriozis tanısının konulmasının gecikmesinin yaklaşık olarak ortalama 10.4 kadar sürdüğü saptanmıştır [65]. Yapılan bir kalitatif çalışmada da, kadınların semptomlar başladıktan ortalama 8 yıl sonrasında endometriozis tanısını aldığı belirlenmiştir [66]. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, yukarıda belirtilen tüm çalışma sonuçlarına göre oldukça düşük çıkmıştır. Literatürde endometriozisin kesin tanısının laparoskopiyle konulması gerektiği vurgulanmaktadır [25,38,39]. Bu sonucun ortaya çıkmasında araştırmamızda laparoskopi gibi cerrahi yöntemlerle endometriozisin tanı konulma oranının oldukça düşük olmasının, çalışmanın özel hastanede gerçekleştirilmesinin, örnekleme alınan populasyonun çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olunmasının ve Türkiye'deki hastanelerde verilen sağlık bakım hizmetlerinde cerrahi için çok sıra beklenilmemesinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Endometriozis hastalığı fiziksel sağlık sorunlarına neden olduğu kadar, psikolojik problemlere de yol açmaktadır [47]. Bu rahatsızlık kadınlarda algılanan stres seviyesini yükselterek [43] ve anksiyete gibi psikolojik sorunların gelişmesini tetiklemektedir [8]. Yapılan araştırmalarda endometriozisli kadınlarda, normal popülasyona göre daha fazla anksiyetenin görülme oranlarının arttığı bildirilmektedir [18,45]. Araştırmamızda endometriozisi olanlarda olmayanlara göre durumluk anksiyete puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmayacak kadar daha düşük olduğu saptanmıştır. Chen ve çalışma arkadaşlarının Tayvan'da yaptıkları araştırmalarında, endometriozisin anksiyete gelişme olasılığını yükselten bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir [68]. Laganà ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada da, Semptom Kontrol Listesi 90-R'ye, göre endometriozisli olanlar ile kontrol grubu arasında anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada, Kendini Değerlendirme Anksiyete Ölçeği'ne göre anlamlı olarak endometriozisli grupta şiddetli anksiyete

puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir [69]. Friedl ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, Avusturyalı kadınlarda endometriozisli olanlar ile kontrol grubu anksiyete puanları arasında istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur [18]. Eriksen ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise ağrılı olan ve olmayan endometriozisli kadınlarda anksiyete puanları arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda ağrı ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir korelatif ilişkinin olmadığı da belirlenmiştir [70]. Bulgularımız, Friedl ve çalışma arkadaşlarının [18] ve Eriksen ve çalışma arkadaşlarının [70] araştırma bulgularını destekler niteliktedir. Konuyla ilgili olarak az sayıda yapılan araştırmalarda anksiyeteyi ölçmeyi değerlendiren araçların farklı olması, çalışmalar arasındaki karşılaştırmayı zorlaştıran bir durum olarak görülmektedir.

Endometriozisin neden olduğu semptomlar, bu hastalığa yönelik yapılan tıbbi ve cerrahi tedaviler [8], rahatsızlığın yaşattığı sosyal ve ekonomik sorunlar, kadınların yaşam kalitesinde istendik olmayan sonuçları doğurmaktadır [42]. Araştırmamızda endometriozisi olan kadınların olmayanlara göre yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü ve ağrı alt boyutlarından alınan puanların anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Avusturyalı kadınlarla yapılan bir çalışmada, endometriozisli olanların olmayanlara göre yaşam kalitesinin genel sağlık alt boyutundan alınan puanların düşük olduğu, ancak aralarında istatistiki açıdan anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır [61]. Avusturalya’da yapılan bir başka çalışmada da, endometriozisli kadınların kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin canlılık, genel sağlık, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutundan aldıkları puanların anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir [18]. Marinho ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları bir incelemede, kadınlarda endometriozisin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında olumsuz etkiler yarattığı belirtilmektedir [9]. Brazilya’da yapılan bir araştırmada, endometriozisi olan kadınların olmayanlara göre yaşam kalitesinin tüm al boyutlarından anlamlı olarak düşük puan aldıkları saptanmış ve bu durumun hastalığın evresiyle ilişkili olmadığı bulunmuştur [71]. İtalya’da kohort tipinde bir araştırmada, endometriozisli olanların olmayanlara göre anlamlı olarak yaşam kalitesinin ağrı, fiziksel ve mental rol alt boyutlarından düşük puan aldıkları rapor edilmiştir [72]. Çok merkezli kesitsel tipte bir çalışmada ise endometriozisi olanların, benzer semptomu olan ve endometriozis tanısı konulmayanlara göre yaşam kalitesinin fiziksel alt boyutundan anlamlı olarak düşük puan aldıkları bildirilmiştir [15]. Yukarıda bahsedilen tüm çalışmalar, farklı sonuçlar

sunmaktadır. Bunun nedeninin yaşam kalitesini belirlemede kullanılan ölçüm araçlarının standart olmamasından, araştırma türlerinin ve çalışma popülasyonunun farklılığından kaynaklanabileceği muhakeme edilmektedir.

Endometriozisin, psikiyatrik semptomlarla ilişkili olduğu [8] ve anksiyete gibi bu sorunların yaşam kalitesini etkileyeceği ifade edilmektedir [42]. Araştırmamızda endometriozisli kadınlarda, durumluk anksiyete skorları ve canlılık dışındaki yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmamıştır. Araştırmamızda kadınların anksiyetesi arttıkça anlamlı olarak canlılığında çok zayıf düzeyde bir artış yaşanmaktadır. Literatürde, anksiyete belirtilerinden birinin aşırı uyarılmanın [74] yani yüksek aktivite ve ajitasyonun olduğu bildirilmektedir [75]. Araştırmamızda elde ettiğimiz bu bulgu, literatürle [74,75] uyuşmaktadır.

Endometriozisin dismenore, disparenia [60] ve kronik pelvik ağrı [69] gibi semptomlarının anksiyete ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca endometrioziste yer alan semptomların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği rapor edilmiştir [9,15]. Sepulcri ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise endometrioziste ağrı semptomunun şiddetinin yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarıyla negatif korelatif bir ilişkide olduğu tespit edilmiştir [17]. Araştırmamızda semptomların sayısı ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaz iken, yaşam kalitesinin emosyonel güçlüğü dışında tüm alt boyutlarıyla zayıf ve orta düzeyde negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda [9,15,60] bazı semptomlar ve şiddeti [17] ile anksiyete ve yaşam kalitesinin durumu incelenmiştir. Ancak endometriozisli kadınlarda semptom sayısının anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle endometrioziste semptomların anksiyete ve yaşam kalitesiyle olan ilişkisini inceleyen çalışmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

Endometrioziste semptomlar başladıktan sonra tanı ne kadar geç konulur ise kadınların yaşadıkları sorunların o kadar kötüleşebileceği bildirilmektedir [65]. Araştırmamızda endometriozis bulguların başlama zamanı ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak araştırmamızda kadınların endometriozis bulgularının başlama zamanı arttıkça, fiziksel işlevselliğin azaldığı saptanmıştır. Sepulcri ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, çalışma bulgularımızı destekler tarzda endometriozisli kadınlarda şikayetin zamanı ile yaşam kalitesinin fiziksel, psikososyal ve sosyal

boyutlarından alınan puanlar ile negatif korelatif ilişki olduğu bulunmuştur [17]. Bu konuda da fazla çalışmaya rastlanılmaması nedeniyle, ileriki yıllarda endometriozis bulgularının başlama zamanı ile anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## **Sonuç ve Öneriler**

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

1. Üreme çağındaki kadınların %12.1'nin endometriozis tanısı aldığı,
2. Kadınların yaklaşık olarak yarısına (%49.0) 18-29 yaşları arasında endometriozis tanısının konulduğu,
3. Endometriozisli kadınların %15.7'sinin laparoskopisi ya da abdominal cerrahi yöntemi kullanılarak tanılandığı,
4. Her 10 kadından 7'sinin endometriozis nedeniyle tedavi aldığı,
5. Kadınların %39.2'sinin endometriozise bağlı semptomlarının var olduğu,
6. Endometriozis kadınların, ortalama bulgularının başlama ve bu nedenle ilk kez hekime başvurma zamanının sırasıyla  $43.51 \pm 42.40$  ve  $39.23 \pm 41.35$  olduğu,
7. Semptomu var olan endometriozisli kadınların görülme sıklıklarına göre sırasıyla yorgunluk (%88.2), adet esnasında ağrı (%86.3), pelvik ağrı (%84.3), abdominal ağrı (%82.4), menstruasyon sırasında kanamada artış ve bulantı (%74.5) şikayetlerini yaşadıkları,
8. Endometriozisi olanların olmayanlara göre yaşam kalitesinin ağrı ve fiziksel rol güçlüğü alt boyutlarından aldıkları puan ortancalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu ( $p < 0.05$ ),
9. Endometriozisli kadınların durumluk anksiyete ile yaşam kalitesinin canlılık alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu ( $p < 0.05$ ),
10. Endometriozisli kadınlarda semptom sayısı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü, canlılık, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ ),
11. Endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile semptom sayısı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu ( $p < 0.01$ ),



12. Endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik alt boyutlarından alınan puanlar ile bulguların başlama zamanı arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu ( $p<0.05$ ) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmamızda her 10 üreme çağındaki kadından birinin endometriozis tanısı aldığı, ancak semptomlar başladıktan sonra tanı almak için bir hekime başvurma zamanının yaklaşık olarak 5 ay gibi geciktiği saptanmıştır. Tanı almanın gecikmesi, kadınların var olan durumlarının kötüleşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle halk eğitimi ve kadın doğum hastanelerinde bireysel ya da toplu eğitimlerle üreme çağındaki kadınların endometriozisin tanısı, belirtileri ve tedavisi konusunda farkındalıklarının artırılması,
- Gecikmiş tanı konulmasında kadınların semptomlarının farkına varmamasının olduğu kadar, yanlış tanı konulması da ekili olmaktadır. Tanı konulmasının gecikmemesi için endometriozisli kadınları tarama, tanı koyma, tedavisini yönetme ve sevk etme gibi becerilerin gelişmesine yönelik olarak sağlık profesyonellerinin bu konudaki bilinçlenmelerini artıracak hizmet-içi eğitimlerin yapılması,
- Araştırmamızda endometriozisli olan kadınların yaşam kalitesini azaltan ağrı ve fiziksel rol gücünü daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir. Endometriozise bağlı semptom sayısının artması, kadınların yaşam kalitesinin birçok alanını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca semptomların başlama zamanı ne kadar fazla ise kadınların yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik boyutu kötüleşmektedir. Endometriozisli kadınların hastalığının ilerlemesinin yavaşlatılması ve durdurulmasının en etkili yolu erken teşhis ve etkili tedaviyle olmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından muayene olmaya gelen tüm kadınların endometriozis semptomları açısından sorgulanması, tanı konulduğu takdirde gecikilmeden tedaviye başlanması,
- Literatürde endometriozisli kadınlarda anksiyetenin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir Bu konuda yapılan araştırmalarda anksiyete ve yaşam kalitesi ayrı olarak incelenmiş ve birbiriyle olan etkileri ise değerlendirilmemiştir. Endometriozisli kadınlarda anksiyete gibi psikolojik sorunların yaşam kalitesiyle olan ilişkini değerlendiren çalışmaların yapılması,
- Araştırmamızda endometriozis bulgularının başlama zamanı ve semptom sayısının anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisine bakılmış, ancak yeterince bu durum başka

Çalışma sonuçlarıyla karşılaştırılamamıştır. Bu nedenle endometriozis bulgularının başlama zamanı ve semptom sayısı ile anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi daha ayrıntılı inceleyen araştırmaların yapılması,

- Endometriozisi olan kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelik yapılacak olan müdahalelerin etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel ve randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Eroğlu, K., “Kadın ve üreme sağlığına genel bakış”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları*., İstanbul, s. 15-38, 2012.
2. Taşkın, L., “Kadın sağlığına giriş”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Akademisyen Tıp Kitabevi*., Ankara, s. 1-19, 2016.
3. Coşkun, A. M., “Üreme sistemi yapı ve fonksiyonu”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları*., İstanbul, s.39-68, 2012.
4. Taşkın, L., Zeyneloğlu, S., “Cinsel sağlık/üreme sağlığı”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13.bs., Editör, Taşkın, L., *Akademisyen Tıp Kitabevi*., Ankara, s.20-41, 2016.
5. İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni” <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
6. Kızılkaya Beji, N., Meran, H. E. P., “Kadın sağlığına genel bakış”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2.bs., Editör, Beji, N.K., *Nobel Tıp Kitapevleri*, İstanbul, s.5-48, 2016.
7. Aşçı, Ö., Kocaöz, S., “Üreme organları tümörleri”, Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Editör, Arslan Özkan, H., *Akademisyen Kitabevi*, Ankara, 673-720, 2019.
8. Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., Rossetti, D., Ban Frangež H. B., Vrtačnik Bokal, E., Vitale, S. G., “Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges”, *Int. J. Womens Health*., 9, 323-330, 2017.
9. Marinho, M. C. P., Magalhaes, T. F., Fernandes, L. F. C., Augusto, K. L, Brillhante, A. V. M., Bezerra, L. R. P. S., “Quality of life in women with endometriosis: An integrative review”, *Int. J. Womens Health (Larchmt)*., 27 (3), 399-408, 2018.

10. Chaman-Ara, K., Bahrami, M. A, Bahrami, E., “Endometriosis psychological aspects: A literature review”, *J. Endometr. Pelvic Pain Disord.*, 9 (2), 105-111, 2017.
11. Hickey, M., Ballard, K., Farquhar, C. “Endometriosis”, *BMJ*, 348: g1752, 2014.
12. Mehedintu, C., Plotogea M. N., Lonescu, S., Antonovici, M., “Endometriosis still a challenge”, *J. Med. Life.*, 7 (3), 349-357, 2014.
13. Berker, B., Seval, M., “Problems with the diagnosis of endometriosis”, *Womens Health (Lond)*, 11 (5), 597-601, 2015.
14. Ballard K. D., Seaman, H. E., de Vries, C. S., Wright, J. T., “Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study- Part 1”, *BJOG*, 115 (11), 1382–1391, 2008.
15. Nnoaham, K. E, Hummelshoj, L., Webster, P., d'Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., Zondervan, K. T., World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women’s Health consortium., “Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries”, *Fertil. Steril.*, 366-373.e8, 2011.
16. Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., Salzer, H., “Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences”, *Hum. Reprod.*, 27 (12), 3412-3416, 2012.
17. Sepulcri, R. de P., do Amaral, V. F., “Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis”, *Eur. J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol.*, 142 (1), 53-56, 2009.
18. Friedl, F., Riedl, D., Fessler, S., Wildt, L., Walter, M., Richter, R., Scübler, G., Böttcher, B., “Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: An Austrian perspective”, *Arch. Gynecol. Obstet.*, 292 (6), 1393-1399, 2015.
19. Şahin, S., “Endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 5-73, İstanbul, 2010.

20. İnternet: Resmi Gazete “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
21. Rolla, E., “Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment [version 1; peer review: 4 approved] F1000Research, 8 (F1000 Faculty Rev), 529, 2019.
22. Koninckx, P. R., Ussia, A., Adamyan, L., Wattiez, A., Gomel, V., Martin D. C., “Pathogenesis of endometriosis: the genetic/epigenetic theory”, *Fertil. Steril.*, 111 (2), 327-340, 219.
23. Göksever Çelik, H., Oral, E., “Endometriozisin medikal yönetimi”, Endometrioma, Adenomyoma ve Fertilitenin Korunması, 1.bs., Editör, Çetin, M. T., *Türkiye Klinikleri.*, Ankara, s.15-23, 2019.
24. Shafrir, A. L., Farland, L. V., Shah, D. K., Harris, H. R., Kvaskoff, M., Zondervan, K., Missmer, S. A., “Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review”, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 51, 1-15, 2018.
25. Baştu, E., Mutlu, M. F., Serdaroğlu H., “Endometriozis tedavisinde güncel yaklaşım”, *İst. Tıp Fak. Derg.*, 75 (4), 2012.
26. Parasar, P., Ozcan, P., Terry, K. L., “Endometriosis: epidemiology, diagnosis and clinical management”, *Curr. Obstet. Gynecol. Rep.*, 6 (1), 34-41, 2017.
27. Eisenberg, V. H., Well, C., Chodick, G., Shaley, V., “Epidemiology of endometriosis: a large population-based database study from a healthcare provider with 2 million members”, *BJOG*, 125 (1), 55-62, 2018.
28. Leibson, C. L., Good, A. E., Hass, S. L., Ransom, J., Yawn, B. P., O’Fallon, W. M., Melton, L. J., “Incidence and characterization of diagnosed endometriosis in a geographically defined population”, *Fertility and Sterility*, 82(2), 314-321, 2004.
29. Houston, D. E., Noller, K. L., Melton, 3rd L. J., Selwyn, B. J., Hardy, R. J., “Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970-1979”, *Am. J. Epidemiol.*, 125, 959e69, 1987.

30. Giudice, L. C., Kao, L. C., “Endometriosis”, *Lancet*, 364, 1789-1799, 2004.
31. Sourial, S., Tempest, N., Hapangama, D. K., “Theories on the pathogenesis of endometriosis”, *Int. J. Reprod. Med.*, 2014, 179515, 2014.
32. Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., Vercellini, P., “Endometriosis: epidemiology and aetiological factors”, *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 18 (2), 177-200, 2004.
33. Shah, D. K., Correia, K. F., Vitonis, A. F., Missmer, S. A., “Body size and endometriosis: results from 20 years of follow-up within the Nurses' Health Study II prospective cohort”, *Hum. Reprod.*, 28, 1783e92, 2013.
34. Borghese, B., Zondervan, K. T., Abrao, M. S., Chapron, C., Vaiman, D., “Recent insights on the genetics and epigenetics of endometriosis”, *Clin. Genet.*, 91, 254-264, 2017.
35. Moen, M. H., Magnus, P., “The familial risk of endometriosis”, *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 72 (7), 560-564, 1993.
36. Bonoche, C. M., Montenegro, M., L., Silva, J. C. R., Ferriani, R. A., Meola, J., “Endometriosis and physical exercises: a systematic review”, *Reprod. Biol. Endocrinol.*, 12, 4, 2014.
37. Kim, J. H., Han, E., “Endometriosis and pelvic pain”, *Semin. Reprod. Med.*, 36, 143-151, 2018.
38. İnternet: Endometriozis & Adenomyozis Derneği “Türkiye Endometriozis Tanı ve Yönetim Kılavuzu 2014” <http://www.endometriozisdernegi.com/konu/yan4/img/kilavuz.pdf>
39. García-Velasco, J. A., Rizk, B. R. M. B., “Endometriozis Güncel Yönetim ve Gelecek Akımlar”, Çeviri Editörü, Oral, E., *Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.*, s.106, New Delhi, 2012.

40. Moore, J., Copley, S., Morris, J., Lindsell, D., Golding, S., Kennedy, S., “A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis”, *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 20, 630-364, 2002.
41. Falcone, T., Flyckt, R., “Clinical management of endometriosis”, *Obstet. Gynecol.*, 131 (3), 557-571, 2018.
42. İnternet: World Health Organization “Endometriosis” <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
43. Vitale, S. G., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Laganà, A. S., “Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being”, *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 38 (4), 317-319, 2017.
44. Pope, C. J., Shama, V., Sharma, S., Mazmanian, D. “A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis”, *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 37 (11), 100-1015, 2015.
45. Estes, S. J., Huisingh, C. E., Chiuve, S. E., Petruski-Ivleva, N., Missmer, S. A., “Depression, anxiety, and self-directed violence in women with endometriosis: a retrospective matched-cohort study”, *Am. J. Epidemiol.*, 190 (5), 843-852, 2021.
46. Bień, A., Rzońca, E., Zarajczyk, M, Wilkosz, K., Wdowiak, A., Iwanowicz-Palus, G., “Quality of life in women with endometriosis: a cross-sectional survey”, *Qual. Life Res.*, 29 (10), 2669-2677, 2020.
47. Unutkan, A., Kukulu, K., “Endometriozisle ilişkili ağrının yönetimi ve ağrının yönetiminde hemşirenin rolü”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 804-814, 2014.
48. İnternet: Royal Collage of Nursing “Clinical Nurse Specialist in Endometriosis” <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007239>
49. Taşkın, L., “İyi huylu jinekolojik değişimler”, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10. bs., Editör, Taşkın, L., *Akademisyen Tıp Kitabevi.*, Ankara, s. 645-654, 2011.

50. Şenel, N., Akyüz, A., “Üreme organlarının iyi ve kötü huylu oluşumları”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları*, İstanbul, s. 495-538, 2012.
51. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N., “Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik 2nd, ed.”, *Nobel Kitabevleri*, s.188-189, İstanbul, 2015.
52. Soliman, A.M., Fuldeore, M., Snabes MC. “Factors associated with time to endometriosis diagnosis in the United States” *Int. J. Womens Health (Larchmt)*, 26 (7), 788-797, 2017.
53. Fourquet, J., Sinaii, N., Stratton, P., Khayel, F., Alvarez-Garriga, C., Bayona, M., Ballweg, M. L., Flores, I., “Characteristics of women with endometriosis from the USA and Puerto Rico”, *J. Endometr. Pelvic Pain Disord.*, 7 (4), 129-135, 2015.
54. Ware, J. E., Sherbourne, D. C., “The MOS 36 item short form health survey (SF 36)”, *Medical Care*, 30 (6), 473-83, 1992.
55. Pınar, R., “Diabetes mellitus’lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini inceleyen faktörlerin incelenmesi”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, s. 131, İstanbul, 1995.
56. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., “Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)”, *CA: Consulting Psychologists Press*, Palo Alto, 1970.
57. Öner, N., Le Compte, A., “Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı”, *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, İstanbul, 1983.
58. Parazzini, F., Esposito, G., Tozzi, L., Noli, S., Bianchi, S., “Epidemiology of endometriosis and its comorbidities”, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 209, 3-7, 2017.
59. Zondervan, K. T., Becker, C. M., Missmer, S. A., “Endometriosis”, *N. Engl. J. Med.*, 382 (13), 1244-1256, 2020.



60. Fuldeore, M.J., Soliman, A.M., “Prevalence and symptomatic burden of diagnosed endometriosis in the United States: national estimates from a cross-sectional survey of 59,411 women”, *Gynecol. Obstet. Invest.*, 82 (5), 453-461, 2017.
61. Rowlands, I. J., Abbott, J. A., Montgomery, G. W., Hockey, R., Rogers, P., Mishra, G. D., “Prevalence and incidence of endometriosis in Australian women: a data linkage cohort study”, *BJOG.*, 128 (4), 657-665, 2021.
62. Abbas, S., Ihle, P., Köster, I., Schubert, I., “Prevalence and incidence of diagnosed endometriosis and risk of endometriosis in patients with endometriosis-related symptoms: findings from a statutory health insurance-based cohort in Germany”, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 160 (1), 79-83, 2012.
63. Flores, I. Abreu, S., Abac, S., Fourquet, J., Laboy, J., Ríos-Bedoya, C., “Self-reported prevalence of endometriosis and its symptoms among Puerto Rican women”, *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 100 (3), 257-261, 2008.
64. Sarria-Santamera, A., Orazumbekova., Terzic, M., Issanov, A., Chaowen,C., Asúnsolo-Del-Barco, S. “Systematic review and meta-analysis of incidence and prevalence of endometriosis”, *Healthcare (Basel)*, 9 (1), 29, 2020.
65. Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, D., Tammaa, A., Salzer, H., “Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences”, *Hum. Reprod.*, 27 (12), 3412-3416, 2012.
66. Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., Ellwood, D., “Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study”, *BMC Womens Health.*, 14, 123, 2014.
67. Adamson, G. D., Kennedy, S. H., Hummelshoj, L., “Creating solutions in endometriosis: Global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation”, *J. Endometriosis.*, 2, 3-6, 2010.
68. Chen, L-C., Hsu, J-W., Huang, K-L., Bai, Y-M., Su, T-P., Li, C-T., Yang, A. C., Chang, W-H., Chen, T-J., Tsai, S-J., Chen, M-H., “Risk of developing major

- depression and anxiety disorders among women with endometriosis: A longitudinal follow-up study”, *J. Affect. Disord.*, 190, 282-285, 2016.
69. Laganà, A. S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Zoccali, R. A., Triola, O., Cedro, C., “Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis”, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 194,30-33, 2015.
70. Eriksen, H. L., Gunnarsen, K.F., Sørensen, J. A., Munk, T., Nielsen, T., Knudsen, U. B., “Psychological aspects of endometriosis: differences between patients with or without pain on four psychological variables”, *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 139 (1),100–105, 2008.
71. Nunes, F. R., Ferreira, J. M., & Luis Bahamondes, L., “Prevalence of fibromyalgia and quality of life in women with and without endometriosis”, *Gynecol. Endocrinol.*, 30 (4), 307-310, 2014.
72. Centini, G., Lazzeri, L., Dores, D., Pianigiani, L., Iannone, P., Luisi, S., Petraglia, F., Zupi, E., “Chronic pelvic pain and quality of life in women with and without endometriosis”, *J. Endometr. Pelvic Pain Disord.*, 5, 27-33, 2013.
73. Türkçapar, H., “Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri”, *Klinik Psikiyatri*, Ek 4, 12-16, 2004.
74. Şirvanlı Özen, D., Temizsu, E., “Symptom similarities and differences in anxiety and depressive disorders”, *Current Approaches in Psychiatry*, 2(1), 1-14, 2010.

## **EKLER**



## EK-1. Kadınlarda Endometriozisin Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

### Tanıttıcı Bilgi Formu

Katılımcı No:

Görüşme tarihi:

1. Yaşınız nedir?.....

2. Boyunuz:.....santimetre (cm) Kilonuz:.....kg

Beden kütle indeksi:.....kg/cm<sup>2</sup>

3. Medeni durumunuz nedir?

a. Evli b. Bekar

4. Öğrenim durumunuz nedir?

a. İlkokul mezunu b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu  
d. Üniversite mezunu e. Diğer (Açıklayınız:.....)

5. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

6. Mesleğiniz nedir?

a. İşçi b. Memur c. Serbest Meslek  
d. Emekli e. Diğer (Açıklayınız:.....)

7. Sosyal güvenceniz var mı? (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-kur, Yeşil Kart, Özel)

a. Evet b. Hayır

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a. Gelirim giderimden az b. Gelirim giderime denk c. Gelirim giderimden fazla

9. Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Çok kötü b. Kötü c. Orta d. İyi e. Çok iyi

10. Sigara kullanma durumunuz nedir?

- a. İiyorum b. Bıraktım c. Hiç imedim

11. Haftada en az 3 kez ve 30 dk olmak kaydıyla düzenli egzersiz yapar mısınız?

- a. Evet b. Hayır

12. İlk adet yaşıınız nedir?

- a. 11 yaşı ve öncesi b. 12-13 yaşı c. 14 yaşı ve zeri

13. Adet kanamanız kaç gün sürüyor?

- a. 0-3 gün b. 4-6 gün c. 7 gün ve fazlası

14. Kaç günde bir adet oluyorsunuz?

- a. 21 günden daha az sıklıkla  
b. 21-35 gün arası  
c. 35 günden daha uzun süre aralıklarla

15. Kaç kez gebe kaldınız?

- a. Hiç gebe kalmadım (20. soruya geçiniz) b. 1 kez c. 2 kez d. 3 ve zeri

16. Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız EVET ise kaç kez?

- a. Evet:.....kez b. Hayır

17. Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız EVET ise kaç kez?

- a. Evet:.....kez b. Hayır

18. Kaç kez doğum yaptınız?

- a. Hiç doğum yapmadım (20.soruya geçiniz) b. 1 kez c. 2 kez d. 3 kez ve zeri

19. Doğum şekliniz nedir?

- a. Normal vajinal doğum      b. Sezaryen      c. Sezaryen+ Normal vajinal doğum

20. Gebe kalmamak için herhangi bir korunma yöntemi kullanıyor musunuz?

- a. Evet      b. Hayır (22. soruya geçiniz)

21. Gebelikten korunmak için şuanda aşağıdaki hangi gebeliği önleyici yöntemi kullanıyorsunuz?

- a. Hap (oral kontraseptif)      b. Aylık iğne      c. Rahim içi (Spiral)  
d. Kondom (Prezervatif)      e. Tüplerin bağlanması  
f. Diğer. Açıklayınız:.....

22. Eşiniz ile düzenli cinsel ilişkiniz var mı?

- a. Evet      b. Hayır

23. Endometriozis (Rahminizin duvarında yer alan hücrelerin, rahim dışındaki diğer organ ve boşluklara yerleşmesi) tanısı aldınız mı?

- a. Evet      b. Hayır (30. soruya geçiniz)

24. Endometriozis tanısı ne zaman konuldu?

- a. 18 yaşından önce      b. 18-30 yaş arası      c. 30-40 yaş arası      d. 40-49 yaş arası

25. Endometriozis rahatsızlığınıza ilişkin bulgular ne zaman başladı?

..... ay/yıl önce

26. Endometrioziste yaşanan bulgular nedeniyle ilk kez ne zaman hekime başvurdunuz?

.....ay/yıl önce

27. Endometriozisin size tanısı nasıl konuldu?

- a. Laparoskopi ya da karından cerrahiyle

b. Ultrasound gibi cerrahi olmayan yöntemlerle

28. Endometriozis nedeniyle herhangi tıbbi tedavi aldınız mı?

a. Almadım                      b. Aldım (Açıklayınız:.....)

29. Şu anda endometriozisle ilgili semptomlarınız devam ediyor mu?

a. Evet ediyor                      b. Hayır etmiyor

30. Daha önce üreme organlarınızı kapsayacak şekilde bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

a. Evet                      b. Hayır

31. Çocuk sahibi olmak istiyor musunuz? (Çocuk sahibi olmak istemiyor iseniz 33.soruya geçiniz)

a. Evet                      b. Hayır

32. Çocuk sahibi olamamanız nedeniyle daha önce tedavi aldınız mı?

a. Almadım                      b. Aldım (Açıklayınız:.....)

33. Son üç ayda aşağıda belirtilen şikayetlerden sizde var olanların sıklığını belirtir misiniz?

<b>Belirtiler</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Genellikle</b>	<b>Her zaman</b>
1. Pelvik bölgede (karnın alt kısmında, içten, derinden gelen) ağrı şikayetiniz var mı?					
2. Abdominal (karın) ağrı şikayetiniz var mı?					
3. Mide bulantısı/mide rahatsızlığı şikayetiniz var mı?					
4. Baş dönmesi şikayetiniz var mı?					
5. Adet görürken ağrınız olur mu?					
6. Adet süresince kanamanızın miktarında artma var mı?					
7. Her ay adet görme zamanı makatta ağrı ya da kanama şikayetiniz olur mu?					

8. Her ay adet görme zamanı idrar yaparken ağrı ya da kanama şikayetiniz olur mu?					
9. Adet dışında kanama şikayetiniz var mı?					
10. Ağrılı cinsel ilişki şikayetiniz var mı?					
11. Ağrılı idrar yapma şikayetiniz var mı?					
12. Makatta ağrı şikayetiniz var mı?					
13. Yorgunluk şikayetiniz var mı?					





## EK II. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

### 1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

- Mükemmel.....1
- Çok iyi.....2
- İyi.....3
- Fena değil .....4
- Kötü.....5

## SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

### 2. Geçen seneye karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

- Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....1
- Bir yıl önceye göre daha iyi.....2
- Hemen hemen aynı.....3
- Bir yıl önceye göre daha kötü.....4
- Bir yıl önceye göre çok daha kötü .....5

### 3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			

Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

**4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		

**5. Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

**6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3

Oldukça 4

Aşırı 5

### **AĞRI**

**7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Hiç 1

Çok hafif 2

Hafif 3

Orta 4

Fazla 5

Çok fazla 6

**8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Çok değil 1

Az 2

Orta 3

Oldukça fazla 4

Aşırı 5

## DUYGULARINIZ

9. Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi? (akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

- a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Nadiren e. Hiçbir Zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

### EK III. Durumluk Kaygı Envanteri

Aşağıdaki formda kendinizi ifade etmenizi sağlayacak olan bazı ifadeler bulunmaktadır. Formu doldururken kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek cevaplayınız.

		<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Çok</b>	<b>Tamamıyla</b>
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu Hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)