T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ENDOMETRİOZİSİ OLAN KADINLARDA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ

AYŞE GÜL BURSA

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Temmuz, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Ayşe Gül BURSA tarafından, **Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN** danışmanlığında hazırlanan **"ENDOMETRİOZİSİ OLAN KADINLARDA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **26/07/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr. Nevin ŞAHİN İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ümran OSKAY İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Aysun Ardıç İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan Yeditepe Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Melike Dişsiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Ayşe Gül BURSA

Canım ailem ve biricik kızım Beril Bursa'ya ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

ENDOMETRİOZİSİ OLAN KADINLARDA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca her türlü desteği ile yanımda olan, akademik bilgisi ile bana yol gösteren, ilgi ve bilgisini esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Nevin Şahin'e,

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, doktora dönemim boyunca ilgi, destek ve katkılarıyla her zaman yanımda olan hocalarım Prof. Dr. Ümran Oskay, Prof. Dr. Ergül Aslan ve Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış'a,

Tez yazım sürecimi şekillendiren, yol gösteren ve destekleyen tez izleme komitesinde yer alan hocalarıma,

Araştırma sürecimin her aşamasında yanımda olan ve destek veren çalışma arkadaşlarıma ve tüm arkadaşlarıma,

Veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen meslektaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara,

Hayatım boyunca beni her konuda destekleyen, sonsuz sevgi ve ilgilerini her zaman hissettiğim biricik aileme,

Tanıdığım günden beri her başarımda katkısı bulunan, her türlü zorlukta yanımda olup beni destekleyen, varlığı ile onur duyduğum sevgili eşim Volkan Bursa'ya ve hayatımdaki en güzel duyguları bana yaşatan, canım kızım Beril Bursa'ya

Doktora dönemim boyunca hayatıma dokunan ve destekleyen tüm dostlarıma ve emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ederim.

Temmuz 2022 Ayşe Gül BURSA

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ii
BEYAN iii
BÜTÇE DESTEKLERİ v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ x
TABLO LİSTESİ xi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xiii
ÖZET xv
ABSTRACT xvii
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 3
2.1. Endometriozis İnsidans ve Prevalansı 3
2.2. Endometriozis Histogenezi 4
2.3. Endometriozis Evrelemesi 6
2.4. Endometriozis Semptomları 6
2.5. Endometriozis Risk Faktörleri 10
2.6. Endometrioziste Tanı 11
2.7. Endometrioziste Tedavi 13
2.8. Endometriozisin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi 15
2.9. Endometrioziste Hemşirelik Bakımı 16
3. YÖNTEM 19
3.1. Araştırmanın Amacı 19
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 19
3.3. Araştırmanın Değişkenleri 19
3.3.1. Bağımsız Değişkenler 19
3.3.2. Bağımlı Değişkenler 19

3.4. Araştırmanın Türü…… 19
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…….. 20
3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi……. 20
3.6.1. Çalışma Grupları……. 21
3.6.2. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri……. 21
3.6.3. Örneklemden Çıkarılma Kriterleri…….. 21
3.7. Veri Toplama Araçları…….. 21
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu……... 21
3.7.2. Endometriozis Sağlık Profil Anketi (EHP-5)……. 22
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖII)…… 23
3.7.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği/ Visual Analog Skala (GKÖ/VAS)…….... 24
3.7.5. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programına (EHBP) Yönelik Geri Bildirim Formu…… 24
3.8. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı (EHBP)……. 24
3.9. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması……... 27
3.10. Verilerin Analizi……. 30
3.11. Araştırmanın Etik Yönü……. 31
3.12. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri……... 31
3.12.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri……. 31
3.12.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri……. 31
4. BULGULAR 32
4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bulgular…….. 33
4.2. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular……..... 45
4.3. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı 'nın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular ……..… 57
4.4. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'na Yönelik Görüş ve Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular…..…….. 66
5. TARTIŞMA.....70
5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bulguların Tartışılması. 72
5.2. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı 'nın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması. 79

5.3. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı 'nın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması…….85

5.4. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'na Yönelik Görüş ve Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması……90

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....93

6.1. Sonuçlar…… 93

6.2. Öneriler……. 95

KAYNAKLAR.....96

EKLER.....106

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....120

ETİK KURUL İZİN YAZISI.....121

KURUM İZNİ YAZILARI.....123

ÖZGEÇMİŞ.....125

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Örneklem Büyüklüğü Hesaplama Görüntüsü……... 21

Şekil 3.2: Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Kavramsal Çerçevesi...……26

Şekil 3.3: Araştırma Akış Planı……. 29

Şekil 3.4: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması……. 30

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: SYBDÖII Alt Boyut Maddeleri, Numaraları ve Cronbach Alpha Düzeyi……. 23

Tablo 3.2: Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri ve Modelin Basamakları……..……..... 27

Tablo 4.1: Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması……... 33

Tablo 4.2: Girişim ve Kontrol Gruplarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması……..…… 34

Tablo 4.3: Girişim ve Kontrol Gruplarının Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması…...……. 35

Tablo 4.4: Girişim ve Kontrol Gruplarının Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı…..…….……. 36

Tablo 4.5: Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması……...….... 37

Tablo 4.6: Girişim ve Kontrol Gruplarının Menstrüel Özelliklerinin Karşılaştırılması…..... 38

Tablo 4.7: Girişim ve Kontrol Gruplarının VAS Skorlaması Dağılımı……...… 40

Tablo 4.8: Girişim ve Kontrol Gruplarının Endometriozis Tanı ve Tedavisine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması……. 41

Tablo 4.9: Girişim ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşam Verilerinin Karşılaştırılması……. 42

Tablo 4.10: Girişim ve Kontrol Gruplarının Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması……... 43

Tablo 4.11. Girişim ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık ve Endometriozis Bilgi Durumları ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması……..…… 44

Tablo 4.12. Girişim ve Kontrol Grubunun EHBP Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) EHP-5 Sonuçlarının Dağılımı…… 46

Tablo 4.13: EHP-5 Puanlarının Girişim ve Kontrol Grupları ile Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması…….. 49

Tablo 4.14: Girişim ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri ile Ön ve Son Test EHP-5 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……. 54

Tablo 4.15: Girişim Grubunun Ön Test ve Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……. 58

Tablo 4.16: Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……. 58

Tablo 4.17: Ön Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması……... 59

Tablo 4.18: Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması……... 60

Tablo 4.19: Girişim ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri ile Ön ve Son Test SYBDÖII Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……. 61

Tablo 4.20: Girişim ve Kontrol Gruplarının EHP-5 ve SYBDÖII Ön ve Son Test Puan İlişkisi……... 64

Tablo 4.21: Girişim Grubunun Uygulanan EHBP'na İlişkin Görüşlerinin Dağılımı……. 67

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ART	: Yardımcı Üreme Teknolojileri (Asisted Reproductive Technology)
ASRM	: Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BSGE	: İngiliz Jinekolojik Endoskopi Derneği (British Society for Gynaecological Endoscopy)
CONSORT	: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)
DES	: Dietilstilbestrol
DİE	: Derin İnfiltrasyon Endometriozis
EHBP	: Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı
EHP-5	: Endometriozis Sağlık Profil Anketi-5
EHP-30	: Endometriozis Sağlık Profil Anketi-30
ESHRE	: Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneği (European Society of Human Reproduction and Embryology)
EQ-5D	: Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği
GnRH	: Gonadotropin Salgılayan Hormon (Gonadotropin Releasing Hormone)
KOK	: Kombine Oral Kontraseptifler
KPA	: Kronik Pelvik Ağrı
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NSAİİ	: Nonsteroid Antiinflamatuar
RCN	: Kraliyet Hemşirelik Koleji (Royal Collage of Nursing)
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SYBDÖII	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
UEKH	: Uzman Endometriozis Klinik Hemşireleri
USG	: Ultrason
VAS	: Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ-Visual Analog Skala)

WERF : Dünya Endometriozis Araştırma Vakfı (World Endometriosis Research Foundation)

ÖZET

DOKTORA TEZİ

ENDOMETRİOZİSİ OLAN KADINLARDA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ

Ayşe Gül BURSA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN

Bu çalışma, endometriozisi olan kadınlara uygulanan, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programının (EHBP), kadınların yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Ön test-son test düzeninde, kontrol gruplu, randomize tipte deneysel olarak yapılan bu çalışma, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endometriozis Polikliniğinde gerçekleştirildi. Ön değerlendirmede, Endometriozis Sağlık Profil Anketi-5 (EHP-5) puanları 22 ve üzeri (100'lük sistemde 50 ve üzeri) bulunan 46 kadın, 23 girişim ve 23 kontrol grubu olacak şekilde çalışmanın örneklemini oluşturdu. Girişim grubuna EHBP uygulanırken kontrol grubuna sadece rutin bakım uygulandı. Çalışmada veri toplama formu olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu, EHP-5, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖII) ve Görsel Ağrı Skalası kullanıldı.

Girişim ve kontrol grupları uygulanan ön test EHP-5 ve SYBDÖII puanları açısından birbirine benzer bulundu. Uygulanan EHBP sonrasında, girişim grubunda EHP-5 tüm alt boyut puanlarında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) fakat kontrol grubunda anlamlı fark bulunmadı. Girişim grubuna uygulanan EHBP ile SYBDÖII tüm alt boyut puanlarında ileri derecede anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise beslenme ve kendini gerçekleştirme alt boyut puanlarında anlamlı fark ($p<0.05$) saptanırken, diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0.05$). Girişim grubundaki tüm kadınlar uygulanan EHBP programından memnun kaldıklarını ve bu programla endometriozis hakkındaki bilgilerinin arttığını bildirdi.

Sonuç olarak; endometriozisli kadınlara uygulanan EHBP'nın, kadınların yaşam kalitesini arttırmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye olumlu katkı sağladığı bulundu.

Temmuz 2022 , 141 sayfa.

Anahtar kelimeler: Endometriozis, Hemşirelik Bakımı, Sağlığı Geliştirme Modeli, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF NURSING CARE PROGRAM DEVELOPED BASED ON HEALTH PROMOTION MODEL ON THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS

Ayşe Gül BURSA

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Women's Health and Disease Nursing

Women's Health and Disease Nursing Programme

Supervisor : Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN

This study was carried out to determine the effect of the Endometriosis Nursing Care Program (ENCP), which was applied to women with endometriosis and developed in line with the Health Promotion Model, on women's quality of life and healthy lifestyle behaviors. This randomized type and experimental study, which was conducted in a pre-test-post-test order, with a control group, was carried out in the Endometriosis Outpatient Clinic of Istanbul Zeynep Kamil Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital. In the pre-evaluation, 46 women with Endometriosis Health Profile Questionnaire-5 (EHP-5) scores of 22 and above (50 and above in the 100 system) constituted the sample of the study, including 23 intervention and 23 control group. While ENCP was applied to the intervention group, only routine care was applied to the control group. As the data collection form in the study; Introductory Information Form, EHP-5 and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBSII) were used.

Intervention and control groups were found to be similar to each other in terms of the first test EHP-5 and HLBSII scores. After the ENCP applied, there was a significant difference in all sub-dimensions of the EHP-5 questionnaire in the intervention group ($p<0.05$), but no

significant difference was found in the control group. A highly significant difference was found in all sub-dimensions of ENCP and HLBSII applied to the intervention group ($p<0.001$). In the control group, there was a significant difference ($p<0.05$) in the sub-dimensions score of nutrition and self-actualization, while no significant difference was found in the other sub-dimensions score ($p>0.05$). All the women in the intervention group reported that they were satisfied with the ENCP program and that their knowledge about endometriosis increased with this program.

As a result; It has been found that ENCP applied to women with endometriosis has a positive effect on improving the quality of life of women and developing healthy lifestyle behaviors.

July 2022, 141 pages.

Keywords: Endometriosis, Health Promotion Model, Healthy Lifestyle Behaviors, Nursing Care, Quality of Life

1. GİRİŞ

Endometriozis, uterusun en iç tabakasını oluşturan endometrial gland ve stromanın, bulunması gereken yer dışında; vücudun herhangi bir yerine yerleşmesi ile tanımlanan kronik bir hastalıktır (Fedele, 2021). Overlere yerleşen endometriozis dokusu endometrioma (çikolata kisti), uterusta, endometrium tabakası dışına yerleşen endometriozis dokusu ise adenomiyozis olarak isimlendirilmektedir. Kadınların fiziksel, mental ve sosyal iyilik halini oldukça olumsuz etkileyen endometriozis, başlıca üreme döneminde görülse de preadelösan, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerde de görülebilmektedir (Api ve diğ., 2016). Tahmini yaygınlığı, dünya çapında %10 civarında olup bu sayı 176 milyon kadına denk gelmektedir (Api ve diğ., 2016; Yalçın Bahat, 2019). Endometriozisin etiyolojisi tam olarak bilinememekle beraber, oluşumunu açıklamak için birçok teori üretilmiştir. Bu teorilerden en çok kabul gören Sampson Retrograt Akım Teorisi; menstrüasyon sırasında dökülen endometrial dokuların ters akımla tubalar aracılığıyla periton boşluğuna yerleşerek canlılıklarını devam ettirmesi ile oluştuğu yönündedir (Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozisin tanılanması oldukça güçtür. En etkili tanı yöntemi cerrahi bir işlem olan laparoskopidir. Çoğu zaman asemptomatik olması, belirti ve bulgularının çok spesifik olmaması nedeniyle, her 10 endometriozisli kadının altısının tanı alamadığı düşünülmektedir (Bach ve diğ., 2016; Bento ve diğ., 2014; Zondervan ve diğ., 2018). Kadınlar, tanı alana kadar yaklaşık olarak beş kez muayene edilmektedir ve tanıya kadar geçen zaman aralığı ortalama 7,5 yıldır (Bento ve diğ., 2014) .

Endometriozisin en sık semptomları; dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı (KPA) ve infertilitedir. Bununla beraber, bulunduğu organ sistemine ait semptomlar verebilir. Endometriozis, her bir kadında yerleşim yerine göre farklı düzeylerde, farklı belirtiler gösterebilmektedir. Hatta bazı kadınlarda herhangi bir belirti göstermemekle birlikte tesadüfen tanı koyulmasına rastlanmaktadır. Derin infiltrasyon endometriozisi (DİE) olan bir kadında, hafif semptomlar yaşanırken, yüzeysel küçük bir endometriozisi olan kadında, şiddetli semptomlar yaşanabilmektedir (Api ve diğ. 2016). Endometriozisin tedavisi; medikal, cerrahi ya da her ikisi de kullanılarak yapılmaktadır. Tedavi hastadaki semptomlara, semptomların şiddetine ve hastanın gebelik isteğine göre belirlenmektedir. Öncelikli olarak konservatif tedavi

tercih edilip, cerrahi tedavi son seçenek olarak değerlendirilmektedir (Bach ve diğ., 2016; Bento ve diğ., 2014; Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozisli kadınların, yaşadıkları kronik ağrı sebebiyle yaşam kalitesi oldukça bozulmaktadır. Tanılanmasının oldukça güç olması, tedavilerin uzun süreli olması, infertiliteye sebep olabilmesi, iş ve aile ilişkilerini olumsuz etkilemesi önemli kaygı nedenleridir. Kadınlar, endometriozis ile yaşamaya alışma konusunda desteğe gereksinim duyabilir. Destek alamayan ya da hastalık hakkında bilgi eksikliği giderilmeyen kadınlarda; yalnızlık duygusu, hayal kırıklığı ve sosyal hayattan soyutlanma durumları gelişebilir (Giudice, 2010; Klein ve diğ., 2014; Zondervan ve diğ., 2018).

Ülkemizde ve dünyada kadınların yaşam kalitesinin endometriozis nedeni ile bozulmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Hemşirelerin, çok fazla aktif rol alamadığı endometriozisli kadınların yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik girişimlerin neler olabileceği ve bu girişimlerin etkinliğine yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışma, endometriozis olan kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programının (EHBP), kadınların yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Endometriozis, dünya çapında birçok kadını etkileyen kronik, ilerleyici ve östrojen bağımlı bir hastalıktır (Zondervan ve diğ., 2018). Uterusun en iç tabakası olan endometriumun vücudun herhangi başka bir yerine yerleşip burada canlılığını devam ettirmesi ile gelişen bir hastalıktır (Fedele, 2021; Zondervan ve diğ., 2018). Endometriozis, uterusun en iç tabakasını oluşturan endometrial gland ve stromanın bulunması gereken yer dışında, vücudun herhangi bir yerine yerleşmesi ile tanımlanan kronik bir hastalıktır (Fedele, 2021).

Thomas Cullen, 1908 yılında Uterus Adenomyomları adlı kitabında hem klinik hem de morfolojik yapısını açıklayarak endometriozis ve adenomyozisin ilk tanımını yapmıştır. Literatürde endometriozisin asıl keşfini yapan kişi John A. Sampson olarak kabul edilmektedir. Sampson, menstrüel dönemdeki kadınları opere ettiği sırada uterus dışındaki lezyonların endometrium dokusuna benzer şekilde kanadığını keşfetmiştir. Bu durum, lezyonların endometrium kökenli olduğunu kanıtlamıştır. Aynı zamanda Sampson, endometriozis oluşumunda ilk teori geliştiren insandır (Benagiano ve Brosens, 2011; Bento ve diğ., 2014).

2.1. ENDOMETRİOZİS İNSİDANS VE PREVALANSI

Endometriozis tanısını koymak güç olduğu ve kesin tanıyı koyabilmek adına cerrahi bir işlem olan laparoskopi yapılması gerektiği için endometriozis insidans ve prevalans değerlerini belirlemek oldukça zordur. Tahminlere göre endometriozis kadınların %10'unda görülmektedir. Bu oran her 10 kadından birisinin endometriozise sahip olması demektir. İnfertilite nedeniyle başvuran kadınların %50 kadarında endometriozise rastlanmaktadır (Norton ve Holloway, 2016). KPA olan kadınlarda ise bu oran %82'lere kadar çıkabilmektedir (Mao ve Anastasi, 2010). İngiltere verilerine göre, 1,5 milyon kadının endometriozisle yaşadığı tahmin edilmektedir (Norton ve Holloway, 2016). Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da ise en az 5,5 milyon kadının etkilendiği ortaya koyulmuştur (Viganò ve diğ., 2004). 2021 yılında 26 adet insidans ve prevalans araştırmasının dahil edildiği bir sistematik meta analize göre endometriozisin tahmini prevalansının %1-5 civarında olduğu ve yılda binde 1,4 ila 3,5 arasında bir insidansa sahip olduğu belirtilmiştir (Sarria-Santamera ve diğ., 2021).

Kadınların, endometriozis belirtileri yaşamaları ve tanı almaları arasında 5-11 yıl arasında bir süre geçmektedir. Tanılanmasının zor olmasının yanı sıra hem sağlık profesyonellerinin hem de kadınların belirtileri normalleştirmesi nedeniyle tanılanması oldukça uzun zaman almaktadır (Bento ve diğ., 2014; Norton ve Holloway, 2016). Bu sebeple 10 endometriozis vakasının altısına henüz tanı koyulamadığı düşünülmektedir (Agarwal ve diğ., 2019).

2.2. ENDOMETRİOZİS HİSTOGENEZİ

Teoriler hastalığı olarak bilinen endometriozisin histogenezini tek bir teori ile açıklamak mümkün değildir. Henüz net bir şekilde oluşum nedeni bilinemeyen endometriozisin fizyopatolojisini açıklamak için Sampson başta olmak üzere birçok bilim insanı çeşitli teoriler üretmiştir (Burney ve Giudice, 2012; Zondervan ve diğ., 2018).

Literatüre göre en çok desteklenen teori *Sampson Retrograd Akım Teorisi*dir. Çok yaygın olarak görülebilen fizyolojik bir durum olan retrograd menstrüasyon, fallop tüpleri açık olan kadınlarda %90 oranla görülebilmektedir (Zondervan ve diğ., 2018). *Sampson Retrograd Akım Teorisine* göre endometriozis, menstrüel kanamanın ters akımla fallop tüplerinden geçmesi ile oluşmaktadır. Tüplere, overlere ve peritonal bölgeye yayılan endometrium dokusu bu bölgelerde prolifere olarak kanlanmasını sağlar ve bu bölgede varlığını sürdürerek endometriozis oluşturur (Burney ve Giudice, 2012; Zondervan ve diğ., 2018). Perimenstrüel dönemde fallop tüpleri açık olan kadınlarda, laparoskopi ile periton boşluğunda %90'a varan oranda menstrüel kan bulunması ile bu teori desteklenmektedir (Burney ve Giudice, 2012). Yine bu teoriyi destekleyen diğer bir durum, menstrüel kanın akmasını engelleyecek anatomik bozukluğu olan kadınlarda endometriozis olgusuna daha fazla oranda rastlandığı ve endometriozisin uterus bölgesindeki yerleşim bölgesinin fazlalığı ile açıklanabilir (Burney ve Giudice, 2012; Sourial ve diğ., 2014). Fakat *Sampson Retrograd Akım Teorisi*, uzak dokulara yerleşimli endometriozis olgularını açıklamada yetersiz kaldığı için yeni teoriler üretilmesine ihtiyaç devam etmiştir (Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozis gelişimine genetik faktörlerin yatkınlık sağladığı bir diğer teoridir (Sourial ve diğ., 2014). Retrograd akım ile peritona dökülen endometrium dokusunun implante olup gelişimini sağlamasında en büyük etkenlerden birisinin doğuştan veya sonradan kazanılmış implantasyona yatkınlaştırıcı faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Endometriozis,

birinci derece akrabalarda belirgin bir artışla daha fazla görülmesi nedeniyle genetik geçişli bir hastalıktır. Bunu kanıtlar nitelikte DİE olan kadınların birinci derece akrabalarında endometriozis görülme oranı, etkilenmeyen kadınlardan altı kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Burney ve Giudice, 2012). İkizler ile yapılan araştırmalardan da endometriozis gelişiminde genetik yatkınlığı destekler sonuçlar alınmıştır (Hadfield ve diğ., 1997). Endometriozisin kalıtsal özelliği ile ilgili sorumlu genin veya gen gruplarının hangileri olduğu merak uyandırmıştır ve günümüzde gen çalışmaları devam etmektedir (Mehedintu ve diğ., 2014).

Bir diğer teori olan *çölamik metaplaziye* göre endometriozis oluşumu, anormal şekilde farklılaşarak, endometrial hücrelere dönüşen ekstrauterin hücrelerden kaynaklanmaktadır. Bu teori, peritonun veya herhangi bir organın mezotelyal hücrelerinin fonksiyonel endometrium hücrelerine dönüşmesi ile endometriozis oluştuğunu öne sürmektedir. Bu oluşum sırasında hormonal ve immünolojik faktörlerin farklılaşmaya katkı sağladığı düşünülmektedir (Mehedintu ve diğ., 2014; Sourial ve diğ., 2014). Mezotelin bulunduğu yerlerde endometriozis görülebilmesi bu teoriyi desteklemektedir. Retrograd akım teorisinin açıklamakta kısıtlı kaldığı uzak yerleşimli endometriozis gelişimi bu teori ile açıklanabilir. Yine uzak yerleşimli endometriozis teorisini açıklamak için kan ve lenf yoluyla endometrium dokusunun taşınabileceği öne sürülmüştür ve bu teori ekstrapelvik endometriozisin nadir görülmesini en iyi açıklayan teoridir (Mehedintu ve diğ., 2014; Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozis gelişiminde hormonların etkisi yadsınamaz. Hormonlar, metaplazi oluşumunu desteklemede ve bir diğer teori olan wolf ve müller kanallarının rezüdüel embriyonik hücrelerinin, östrojen etkisinde endometriozis oluşturmasında etkilidir (Rolla, 2019). Endometriozis östrojen bağımlı bir hastalıktır. En sık üreme döneminde görülür ve postmenopozal dönemde hormon tedavisi almayan kadınlarda görülmez (Barbosa ve diğ., 2011). *Retrograd akım*, *rezidüel embriyonik organlar* ya da *çölamik metaplazi* teorileri ve uterus dışında bulunan endometrium dokusunun östrojen hormonu ile etkileşimi nedeniyle endometriozis oluştuğu düşünülmektedir (Mehedintu ve diğ., 2014; Rolla, 2019; Sourial ve diğ., 2014).

Endometriozis oluşumunda diğer etkili olan faktörün bozulmuş immün yanıt olduğu düşünülmektedir. Endometriozisli kadınların periton sıvılarında artmış makrofaj gözlenmiştir. Makrofajlar periton boşluğundaki yabancı ve hasarlı hücrelerin tanınmasında rol oynar ve bir kez tanındığında, bu hücreler T lenfositlerine sunulur. Fakat endometriozisi olan kadınlarda

peritoneal makrofajlar, ektopik endometriyal hücrelerin hayatta kalmasını destekleyebilecek büyüme faktörleri ve sitokinler salgılamak üzere uyarılırlar. Benzer şekilde, yardımcı T lenfositlerin sitokin üretiminin değişikliği, periton sıvısının kıvamında farklılıklara neden olabilir ve ektopik endometriyal doku proliferasyonu için uygun bir ortam sunar. Makrofajların ve lenfositlerin düzenlenmesi ve aktivasyonu, endometrioziste bozulan bir denge olan sitokin ekspresyonunun ince dengesine bağlıdır (Mehedintu ve diğ., 2014).

2.3. ENDOMETRİOZİS EVRELEMESİ

Endometriozis; bulunduğu yere, tutulumunun derinliğine, yarattığı semptomlara ve tedavi planlamasına göre dört tipte sınıflandırılmıştır.

I. Peritoneal endometriozis

II. Kistik endometriozis (endometrioma)

III. Derin infiltran endometriozis (DİE)

IV. Ekstra-pelvik endometriozis

Endometriozis pelvik ve ekstrapelvik olarak pek çok farklı lokasyonda bulunabilmektedir. DİE, subperitoneal invazyon derinliği beş mm'den fazla olan endometriotik lezyonları ve retroservikal, posterior vajinal, uterosakral ligaman, rektum, rektovajinal septum, vajina, mesane, üreter tutulumu gösteren endometriozis çeşididir ve endometriozis vakalarının %5,3-12'sini oluşturmaktadır. Endometriozis; lezyonların sayısı, yaygınlığı ve çevre dokularla yaptıkları adezyonların durumuna göre Evre I (minimal), Evre II (hafif), Evre III (orta), Evre IV (ağır) olarak ifade edilebilir (Leyland ve diğ., 2010).

2.4. ENDOMETRİOZİS SEMPTOMLARI

Endometriozise özgü semptom bulunmamaktadır. Belirtiler, endometriozisin büyüklüğünden ve derinliğinden bağımsız olarak asemptomatik ya da bir veya birkaç ağrı semptomu ile ortaya çıkabilir (Zondervan ve diğ., 2018). Endometrioziste görülen semptomlar, pelvik ve ekstra pelvik semptomlar olarak sınıflandırılabilir. Pelvik endometriozis belirtileri; dismenore, infertilite, KPA ve disparoni olarak sıralanabilir. Ekstrapelvik endometriozis belirtileri ise bulunduğu yerleşim yerine göre semptom göstermektedir. En sık, gastrointestinal sistemde rektovajinal ve rektosigmoid kolon tutulumu görülmektedir. Bu tutulum; ağrı,

distansiyon, diyare, konstipasyon ve rektal kanama şikayetlerine neden olmaktadır. Mesane ve cul-de-sac tutulumunun olduğu periton alanlarında; disüri, urgency, sık idrara çıkma, hematüri, suprapubik ağrı ve disparoni şikayetleri görülmektedir. Görülen bu yaygın semptomlar, endometriozisin sadece pelvik bölge ile sınırlı kalmadığının ve bulunduğu organ sistemine ait farklı ve geniş sistematik etkilerle de kendini gösterebildiğinin işaretidir. Pelvik bölgede oluşan ağrıların sık olması ve endometriozis lezyonlarının daha kolay görüntülenebilmesi nedeniyle ilk olarak pelvik bölgedeki lezyonlara odaklanılsa da pelvik bölgede sınırlı olmayacağı bilinmelidir (Wu ve diğ., 2021; Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozise bağlı ağrıları olan kadınlar, genellikle kronik, ilerleyici ve tekrarlayan bir süreç olarak kabul edilen bir durumla yaşarlar (Leyland ve diğ., 2010). Endometriozisi olan kadınların %79'unda dismenore, %69'unda KPA, %45'inde disparoni, %26'sında infertilite, %23'ünde diskezi, %12'sinde menoraji, %10'unda idrar yaparken yanma/kanama, %9'unda konstipasyon, %7'sinde rektal kanama ve %6'sında lekelenme kanaması ve ayrıca menstrüel kanamanın fazla olması, bulantı, kusma, gastrik rahatsızlık hissi, baş ağrısı, sersemlik hissi, sırt ağrısı, bacaklarda nonspesifik ağrılar, yorgunluk hissi, ağrılı ovulasyon şikayetleri görülmektedir (Oral ve Usta, 2016).

Dismenore, endometriozisi olan kadınlarda menstrüasyon dönemi öncesinde ve devamında hatta bazen sonrasına kadar sürebilen siklik ağrıdır. Endometriozise bağlı yaşanan dismenorenin primer dismenoreden farkı, ağrının daha şiddetli olmasıdır (Zondervan ve diğ., 2018). Hatta bu ağrılar nedeniyle çoğu endometriozisli kadın işe gidemeyip tüm gün yatmak zorunda kalabilmektedir (De Graaff ve diğ., 2013). Endometriozisli kadınlarda dismenore en sık görülen başlangıç semptomudur (Klein ve diğ., 2014). KPA yaşayan kadınlara laparoskopi yapılan bir çalışmada; endometriozisi bulunan kadınların, pelvisi normal görülen kadınlara kıyasla dört kat daha fazla zonklama ağrısı yaşadığı belirtilmiştir (Ballard ve diğ., 2010). Zonklayıcı ağrının yanı sıra endometrioziste; künt, keskin tarzda, aralıklı veya devamlı süren ağrı görülebilir. Endometrioziste ağrının mekanizması ilk olarak lezyon oluşumuna bağlanabilir fakat kesin olarak ağrı mekanizması net bir şekilde ifade edilememektedir (Oral ve Usta, 2016). Endometriozis odakları menstrüel süreçte endometrium dokusu gibi hormonlara yanıt oluşturmakta ve ürettiği kimyasallar vücuttan uzaklaştırılamadığı için odaklar bulunduğu bölgeleri irrite ederek ağrı oluşturmaktadır (Unutkan ve Kukulu, 2014).

Literatürde endometriozisli kadınların %71-94 oranında dismenore, %32-70 oranında disparoni yaşadığı bildirilmiştir. Disparoni pozisyonel olabilir ve derin penetrasyonda şiddeti artabilir. Peritoneal ve rektovajinal endometrioziste daha sık görülmektedir (De Graaff ve diğ., 2013). Uterosakral ligamentlerde bulunan endometriozis odakları derin disparoni ile ilişkili olabilir. Cinsel birliktelik sırasında ligamentlerdeki gerilim ve endometriozis kaynaklı adezyonlar nedeniyle ağrı tetiklenebilir. Kadınların yaşadığı dismenore, disparoni ve KPA yaşam kalitesini bozan en büyük etkenlerdir. Disparoninin varlığı, cinsel işlevi olumsuz etkileyen en büyük faktör olmuştur ve disparonisi olan kadınların cinsel ilişki sıklığı, arzusu ve uyarılmaları daha düşüktür. Disparonisi olan kadınlarda, cinsel ilişkiden kaçınma ve cinsel ilişkiye ara verme durumları, daha az orgazm ve genel iyilik halinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (Fonseca ve diğ., 2018).

KPA; anatomik olarak pelvise lokalize olan altı ay veya daha uzun süreli siklik olmayan ağrının varlığı, fonksiyonel yetersizliğe neden olacak kadar şiddetli ve mutlak tedavi gerektiren bir durum olarak tanımlanabilir (Macer ve Taylor, 2012). Endometriozisi olan ve olmayan kadınların belirtilerini karşılaştıran bir araştırmada; endometriozisten etkilenen kadınların dismenore yaşama olasılığının 10 kat, idrar yolu semptomları yaşama olasılığının iki kat, cinsel ilişkiyle ilgili semptomları yaşama olasılığının yedi kat, rektal kanama veya diskezi yaşama olasılığının iki kat arttığı ve pelvik ağrı yaşama olasılığının 13 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ballard ve diğ., 2010). Literatürde yer alan çalışmalara göre dismenore, KPA ve disparoninin varlığının ve yoğunluğunun, endometriozisin yeri veya evresi ile ilgili olmadığını ortaya koymaktadır (Ballard ve diğ., 2010; Sesti ve diğ., 2001).

Jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınların şikayetlerinin %10-20'sini KPA oluşturmaktadır. KPA yaşayan kadınların üçte birinin endometriozis kaynaklı olduğu bulunmuştur. KPA şikayeti olmayan kadınların ise en fazla %5'inde endometriozis bulunmaktadır (Macer ve Taylor, 2012; Oral ve Usta, 2016). Endometriozisi olan kadınların ise yaklaşık %55'inde KPA semptomu bulunmaktadır (Api ve diğ., 2016). Endometriozisi olan kadınlarda genel olarak; %60-80 oranında dismenore, %30-50 oranında KPA, %30-40 oranında infertilite, %25-40 oranında disparoni, %10-20 oranında menstrüel düzensizlik, %1-2 oranında siklik dizüri ve/veya hematüri, %1 oranında siklik rektal kanama görülmektedir (Api ve diğ., 2016). Bunun yanı sıra endometriozisli kadınların endometriozis olmayan kadınlara kıyasla irritabl bağırsak sendromu tanısı alma olasılığı 3,5 kat, pelvik inflamatuar hastalık tanısı alma olasılığı 6,4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Ballard ve diğ., 2008; Oral ve Usta, 2016;

Seaman ve diğ., 2008). Endometriozisi olan kadınlarda; kronik yorgunluk, ağrılı mesane sendromu, fibromiyalji ve migren gibi kronik ağrı sorunları da yaşanabilmektedir (Hsu ve diğ., 2010).

Endometriozisin hangi mekanizmalarla ağrıya neden olduğu net olarak açıklanamasa da ilk oluşumun lezyonlardan kaynaklandığı belirtilmiştir. Fakat her zaman lezyonların büyüklüğü ve ağrı şiddeti orantılı seyretmemektedir. Bu nedenle ağrı mekanizmasında enflamatuvar süreç, oksidatif stres, nörovasküler ve anjiyogenez faktörler ve lezyonlara bağlı mekanizmaların etkisi olduğu düşünülmektedir (Api ve diğ., 2016).

İnfertilitesi olan kadınların tahminen %25-50'sinde endometriozis vardır ve endometriozisi olan kadınların yaklaşık %30-50'sinde infertilite vardır. Endometriozis ile infertilite arasında sağlam bir ilişki vardır. Bu ilişkinin nedenselliği tam olarak netlik kazanamasa da mekanik, moleküler, genetik ve çevresel nedenleri içeren çok faktörlü etki olduğu görülmektedir (Acarkan, 2016; Zondervan ve diğ., 2018). Hafif endometriozis bile doğurganlığı bozabilir fakat infertilite sebebi ile başvuran kadınlarda genellikle endometriozis ileri evrelerde olabilmektedir (Acarkan, 2016; Macer ve Taylor, 2012; Zondervan ve diğ., 2018). İleri evre endometriozisi bulunan kadınlarda, in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi sırasında over rezervinin azaldığı, oosit ve embriyo kalitesinin ve implantasyon oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Macer ve Taylor, 2012). Endometriozis odaklarının oluşturduğu adezyonlar pelvik anatomiyi bozarak doğurganlık sorunlarına yol açabilir, oosit salınımına ve transportuna engel olabilir, tubal tıkanıklıklara neden olabilir, fertilizasyona ve embriyo transportuna engel olabilir. Ayrıca etkilenen overde, oosit üretimini ve kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bir başka neden olarak, progesteron reseptör düzensizliğinden kaynaklı luteal faz bozulması yaşanabilir. Bu durum endometrial alıcılığın bozulmasına yol açabilir. Aynı zamanda endometriozisin yarattığı inflamasyon tubal motiliteyi bozarak tubal fonksiyonu zayıflatabilir. Genel olarak oosit kalitesini ve yarattığı adezyonlarla pelvik anatomiyi bozması nedeniyle infertiliteye sebep olduğu düşünülmektedir (Acarkan, 2016; Hickey ve diğ., 2014; Macer ve Taylor, 2012; Zondervan ve diğ., 2018). Eşi normal sperm kalitesine sahip olan ve düzenli menstrüel siklusu bulunan subfertil kadınların, yaklaşık olarak %50'sinde endometriozis bulunmaktadır (Meuleman ve diğ., 2009). Bu nedenle endometriozis potansiyel infertilite sebebi olabilir. ENDOPART çalışmasının bir parçası olarak, endometriozisi bulunan kadınlar ve eşlerinde endometriozisin etkileri üzerine yürütülen bir çalışmada, 22 çiftin 18'inin

çocuk sahibi olma kararının etkilendiği, birçoğunun infertilite riski nedeniyle planladığı tarihten daha öncesinde çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir (Hudson ve diğ., 2016).

2.5. ENDOMETRİOZİS RİSK FAKTÖRLERİ

Endometriozis risk faktörlerinin başında reprodüktif dönemde bulunmanın geldiği bilinmektedir. Menarş öncesi ve menopoz döneminde de görülebilen endometriozis, menopoz döneminde azalma eğilimindedir (Mcleod ve Retzloff, 2010; Viganò ve diğ., 2004). Dismenore, hem endometriozis belirtilerinden birisidir hem de menstrüel kanamanın çıkış yolu obstrüksiyonundan kaynaklı risk faktörü olarak sayılabilir (Mcleod ve Retzloff, 2010). İntrauterin dönemde sentetik bir östrojen olan dietilstilbestrol'e (DES) maruz kalmak, immün disfonksiyon endometriozis gelişimini desteklemektedir. İntrauterin dönemde sigara dumanına maruz kalmak birçok zararlı etkisinin yanı sıra serum östrojen düzeyini düşürebileceğinden endometriozis açısından olumlu bir etkiye sahip görünmektedir. Düşük doğum ağırlığı ile kıyaslandığında, yüksek doğum ağırlığı ile doğmanın endometriozis gelişiminde önleyici etkisi olduğu düşünülmektedir (Shafrir ve diğ., 2018). Çoğul gebelik ile doğan kadınlarda, tekil gebeliklere göre daha yüksek östrojen seviyesi nedeniyle artmış endometriozis riski bulunmaktadır (Mcleod ve Retzloff, 2010).

Onbir yaş ve öncesinde menarş, 25 günden daha kısa süren menstrüel döngü, kanamanın fazla olması endometriozisi arttırabilecek risk faktörleri arasında yer almaktadır (Oral ve Usta, 2016; Shafrir ve diğ., 2018). Parite ve endometriozis gelişimi arasında ters bir ilişki bildirilmiştir. Düşük sayıda parite ve nulliparite endometriozis riskini arttıran faktörlerdir. Laktasyon süresinin uzaması da koruyucu bir etki yaratmıştır. Gebelik ve emzirme, artan progesteron ve prolaktin seviyeleri dahil olmak üzere, hormonal değişikliklere neden olur ve bu durum implantasyonu ve endometriyal lezyonların büyümesini engelleyebilmektedir (Mcleod ve Retzloff, 2010; Shafrir ve diğ., 2018).

Birinci derece akrabalarında endometriozis bulunan kadınlar daha fazla risk altındadır. İkizlerde ve annesinde endometriozis bulunan kadınlarda yüksek oranlarda endometriozis bulunmuştur (Mcleod ve Retzloff, 2010; Mehedintu ve diğ., 2014). İmmünolojik hastalık geçmişi, obstruktif mullerian anomali bulunması, kendisinde ve/veya ailesinde; displastik nevus, melanoma, over kanseri, meme kanseri, Non-Hodgkin lenfoma, glioma gibi kanser

öyküsünün bulunması endometriozis gelişimini arttıran faktörler olarak belirtilmiştir. (Oral ve Usta, 2016)

Beyaz ırk, uzun boy, kızıl saç, mavi göz gibi fiziksel özelliklere sahip kadınlarda endometriozis gelişim riskinin fazla olduğu belirtilmiştir. (Oral ve Usta, 2016) Aynı şekilde üst sosyoekonomik sınıfta yer alan kadınların daha fazla endometriozis riski altında olduğu belirtilmiş ve bu farklılık sağlık bakımına ulaşım kolaylığı ile açıklanmıştır (Viganò ve diğ., 2004). Sigara kullanan kadınlarda, tahminen östrojen seviyesinin azalması nedeniyle endometriozis riskinin azaldığı belirtilse de sigara kullanımının birçok olumsuz etkisinin olduğu unutulmamalıdır (Shafrir ve diğ., 2018). Alkol ve kafein kullanımı endometriozis risk faktörleri arasında sayılabilir. Alkolün vücuttaki östrojen seviyelerini arttırdığı ve menstrüel döngü sırasında bağışıklık tepkisini bozabileceği bilinmektedir. Kafeinin etkisi, muhtemelen bağışıklık sistemi üzerindeki olumsuz etkisiyle ilgilidir (Mcleod ve Retzloff, 2010). Beden kitle indeksi ile ilgili yapılan çalışmalarda, düşük beden kitle indeksine sahip olan ve bel kalça oranı düşük olan kadınlarda endometriozis gelişim riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (Shafrir ve diğ., 2018; Shah ve diğ., 2013).

Yaşam tarzı değişikliklerinin endometriozis gelişimi ile alakalı olabileceğine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sebze, meyve ve uzun zincirli omega-3 yağ asidi ağırlıklı, gluten, fitoöstrojen ve et ürünlerinden kısıtlı bir diyetin endometriozis risk faktörlerini azaltabileceği bildirilmiştir (Mehedintu ve diğ., 2014; Shafrir ve diğ., 2018; Marziali ve diğ., 2012). Düzenli yapılan fiziksel egzersizler, endometriozis riskinde %40-80 oranında azalma ile ilişkilidir. Fiziksel aktivite, hormonal aktivitenin düzenlenmesinde olumlu etkisinden kaynaklı fayda sağlayabilmektedir (Mcleod ve Retzloff, 2010; Shafrir ve diğ., 2018).

2.6. ENDOMETRİOZİSTE TANI

Endometriozise özgü spesifik semptomlar olmadığı için endometriozisin tanılanması oldukça güçtür. Var olan belirtiler menstrüasyon dönemlerinde şiddetlendiği için normalleştirilir, kadın olmanın özüne bağlanır ve çoğu kadın tedavi arayışı içerisine girmez. Tedavi arayışı içerisinde olan kadınlar ise tanı alana kadar yaklaşık olarak beş veya daha fazla sağlık profesyoneline başvurmuşlardır (Bento ve Moreira, 2014). Kadınlar birçok başvuruda bulunmanın yanı sıra endometriozis tanısı alana kadar 7-12 yıl arasında değişen süreler geçirmişlerdir (Api ve diğ., 2016; Bento ve Moreira, 2014). Tanıya giden en başarılı yol

endometriozis belirtilerinin neler olduğu bilmek ve bu belirtilerle başvuran kadınlarda endometriozis varlığından şüphe etmektir.

Detaylı alınan öyküye eşlik eden profesyonel ellerle yapılan bir pelvik muayene ile endometriozis odaklarının saptanması mümkündür (Becker ve diğ., 2022). Menstrüel veya premenstrüel dönemde yapılan pelvik muayene, nodüllerin daha belirgin olması nedeniyle tanı tespitini kolaylaştırabilir. Pelvik muayenede ağrı, posterior fornikste hassas nodül varlığı, adneksiyal kitleler, özellikle sabit retroversiyon olmak üzere uterus hareketsizliği endometriozis varlığının göstergeleridir (Hickey ve diğ., 2014). Pelvik muayene endometriozis tanısı koymak için yeterli değildir ve normal olarak tespit edilen pelvik muayene sonucu da endometriozis ihtimalini ekarte etmemektedir (Bento ve Moreira, 2014). Endometriozis şüphesi olan kadınlarda, klinik muayene normal bile olsa daha ileri tanı adımları düşünülmelidir (Becker ve diğ., 2022). Endometriozisi tanısında en çok bilenen biyobelirteç olan Ca 125, evre I ve II endometriozis tanısında yeterli olmasa da evre III ve IV endometriozisleri tanılamada daha iyi performans göstermiştir (Api ve diğ., 2016). Endometriozis tanısında birçok biyobelirteç kullanımı denenmiş olsa da var olan kılavuzlar endometriozis tanısında kullanılmasını önermemektedir (Api ve diğ., 2016; Becker ve diğ., 2022; Leyland ve diğ., 2010; Norton ve Holloway, 2020). Endometriozis tanılamasında ultrason (USG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yöntemleri kullanılmaktadır. Endometrioma tanısında transvajinal USG kullanımı için %89 sensitivite ve %100 spesifisite bildirilmiştir. Küçük kistler haricinde endometriomalar transvajinal USG ile tanımlanabilir veya dışlanabilir (Api ve diğ., 2016). Fakat USG bir cm'den küçük ednometriozis odaklarını ve infiltrasyon derinliğini güvenilir bir şekilde tanılamakta yetersizdir (Hickey ve diğ., 2014). MRI kullanımı ise maliyet olarak yüksektir ve transvajinal USG ile kıyaslandığında tanılamada daha düşük sensitivite ve spesifisite göstermiştir (Api ve diğ., 2016; Kiesel ve Sourouni, 2019). Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) 2022 kılavuzunda tanılamada USG ve MRI kullanımının yüzeyel odakları tespit etmekte sınırlı olduğunun ve negatif sonucun endometriozis varlığını dışlayamayacağının unutulmaması gerektiğini belirterek tavsiye etmektedir (Becker ve diğ., 2022).

Endometriozis tanısında altın standart yöntem cerrahi bir işlem olan laparoskopidir (Api ve diğ., 2016; Becker ve diğ., 2022; Leyland ve diğ., 2010). Laparoskopi eşliğinde alınan biyopsi materyalinin histolojik olarak incelenmesi ile tanı koyulmaktadır (Bento ve Moreira, 2014; Hickey ve diğ., 2014). Endometriozisin kesin tanısının laparoskopi ile konulması hem

cerrahi bir işlemdir hem de maliyeti yüksek bir işlemdir. Laparoskopi ile karın içi nodüllerin yanı sıra adezyonlar, peritoneal defektler veya vaskülarizasyondaki değişiklikler de tespit edilebilir (Bento ve Moreira, 2014). Laparoskopi işlemi endometriozis için hem tanı hem de tedavi yöntemidir. Sadece endometriozis tanısı koymak için laparoskopi yapılması genellikle önerilmez. Cerrahi olarak çıkartılması gereken odakların varlığında laparoskopi yapılması ve histolojik olarak incelenmesi önerilir. Tanı için cerrahi bir işlem olan laparoskopi yapılmasından önce ilk basamak yaklaşımın ampirik tedavi olması önerilmektedir (Becker ve diğ., 2022; Zondervan ve diğ., 2018).

2.7. ENDOMETRİOZİSTE TEDAVİ

Endometriozis tedavisi; kadının yaşına, semptom profiline ve gebelik isteğine göre bireysel olarak planlanmalıdır (Zondervan ve diğ., 2018). Tedavideki amaç, kadının semptomlarını azaltmak/yok etmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Api ve diğ., 2016). Endometriozis tedavisinde; medikal, cerrahi ve her ikisinin bir arada kullanıldığı tedavi çeşitleri yer almaktadır. Medikal tedavinin, odakların ilerlemesini bloke etmede ve gerilemelerinde etkili olduğu ve semptomların iyileşmesine olanak sağladığı belirtilmektedir. Ayrıca medikal tedavinin ameliyat öncesinde ya da sonrasında cerrahi tedaviyi iyileştirmede önemli bir rolü vardır (D'Alterio ve diğ., 2021). Gebelik planlayan kadınlarda tedavi seçiminde endometriozis için kullanılan medikal tedaviler önerilmemektedir. Bu ilaçlar ovulasyon bloğu oluşturacağı için fertiliteyi olumsuz etkilemektedir. Bu durumda ağrıyı önleyebilmek için nonsteroid antiinflamatuar (NSAİİ) ve diğer ağrı kesici ilaçlar kullanılabilir (Api ve diğ., 2016; Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozis, östrojene bağımlı bir hastalık olduğundan, endometriozis için medikal tedaviler ya hipoöstrojenik ya da hiperprogestojenik bir ortam oluşturmaya odaklanmıştır (Zondervan ve diğ., 2018). Kombine oral kontraseptifler (KOK), progestojenler, gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) agonistleri ve aromataz inhibitörleri günümüzde mevcut tedavilerdir (D'Alterio ve diğ., 2021). İdeal olarak sürekli uygulanabilen KOK'lar, birinci basamak ajanlar olarak düşünülmelidir (Becker ve diğ., 2022; Leyland ve diğ., 2010). KOK'lar, gonadotropin sekresyonunun merkezi inhibisyonunu uyarır, ovulasyonu inhibe eder ve overlerden östrojen salınımını azaltır. KOK'lar, hiperprogestojenik bir ortam oluşturabilir ve desidualizasyonu ve ektopik endometriyumun atrofisini sağlayabilir. KOK'lara benzer şekilde progestojenler endometriyal implantların atrofisini indükler. Progestojenler, KOK'ların

kullanımına yönelik kontrendikasyonları olan kadınlarda kullanılmaktadır. Hipofiz fonksiyonunu baskılamak için sürekli uygulanan GnRH agonistleri, hipoöstrojenik bir ortam oluşturur ve ağrıya karşı çok etkilidir (Zondervan ve diğ., 2018). GnRH agonistlerinin doz veya tedavi süresi ile ilgili kanıtlar sınırlıdır (Becker ve diğ., 2022). Uzun süreli kullanımında; sıcak basmaları, gece terlemeleri, kemik mineral yoğunluğu kaybı ve vazomotor semptomlar görülebilmektedir (Zondervan ve diğ., 2018). Yan etki profilleri nedeniyle GnRH agonistlerinin, KOK veya progestojenlerin etkisiz olması durumunda ikinci basamak olarak reçete edilmesi önerilir (Becker ve diğ., 2022). Kesilmesi halinde nüks ile sonuçlandığından, kullanım süresini uzatmak amacıyla “add-back" terapisi (düşük östrojen ve progestin eklenmesi) eklenebilir. Bu tedavi şekli maliyet açısından pahalıdır ve sadece birinci basamak tedaviye yanıt vermeyen ve cerrahinin kontrendike olduğu durumlarda uygulanabilir (Becker ve diğ., 2022; Zondervan ve diğ., 2018). Ağrıyı azaltmada etkili olan aromataz inhibitörleri, KOK, progestojenler, GnRH agonistleri ile kombinasyon halinde kullanılabilir. ESHRE’nin son yayınladığı kılavuz, endometriozis ile ilişkili ağrı tedavilerini seçerken ortak bir karar verme yaklaşımının ve kadınların tercihlerinin, tedavinin bireysel etkinliğinin, maliyetin, yan etkilerin ve bulunabilirliğin dikkate alınması gerektiğini güçlü olarak önermiştir (Becker ve diğ., 2022).

Cerrahi tedavi; endometriozis odaklarını ortadan kaldırmayı, anatomiyi normalleştirmeyi veya iyileştirmeyi ve pelvik bölgede potansiyel bir enflamatuvar ortama katkıda bulunan, potansiyel olarak doğurganlığı azaltan lezyonları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Zondervan ve diğ., 2018). Konservatif cerrahi seçenekler; kist duvar eksizyonu, drenaj, kistin koagülasyon/ablasyonunu içerir. Endometriozisin cerrahi tedavisinde kullanılan laparoskopi ve laparotomi, ağrı konusunda eşit etkinliğe sahip olmasına rağmen, laparoskopi sonrası adezyon oluşma riski daha düşük, hastanede kalma süresi daha kısa ve kozmetik sonuçlar daha iyi olduğundan günümüzde tercih edilmektedir (Api ve diğ., 2016). Cerrahi, anatomik distorsiyon ve biyokimyasal bozuklukları tamamen düzeltmeyebilir ve over fonksiyonunu bozarak (over rezervini azaltarak) veya daha fazla adezyon ile fertiliteyi olumsuz yönde etkileyebilir. Ameliyatı düşünürken, faydalar, zararlar ve kadının gebelik isteği dengelenmelidir. Yardımcı üreme teknolojileri (ART) öncesi, endometriozisi olan hastalarda doğurganlığı iyileştirmek için cerrahi her zaman en iyi seçenek olmayabilir. ART tedavisinden önce endometriozisin cerrahi tedavisinin yararı tartışmalıdır (Becker ve diğ., 2022; Zondervan ve diğ., 2018). Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM) ve ESHRE kılavuzları ART'den önce

ameliyat yapılmaması kuralını, özellikle yumurtalık rezervleri azalmış hastalar için önermiştir. Ancak, var olan endometrioma, ART sırasında enfekte olabilir, yırtılabilir ve foliküllere erişimi kısıtlayabilir, konservatif tedaviyi seçerken bu konuların farkında olunmalıdır (Becker ve diğ., 2022; Zondervan ve diğ., 2018).

Endometriozis için kesin cerrahi ise histerektomi ve bilateral salfingooferektomi işlemidir. Bu işlem gebeliğe kesin olarak imkan bırakmadığı için gebelik düşünen kadınlarda kontrendikedir (Api ve diğ., 2016; Becker ve diğ., 2022).

2.8. ENDOMETRİOZİSİN KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ

Endometriozis kronik bir hastalık olması ve ciddi ağrılara sebep olması nedeniyle kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Endometriozis nedeniyle yaşanan semptomlar, fiziksel işlevselliği, duygusal iyilik halini ve sosyal refahı azaltabilmektedir (Fedele, 2021). Endometriozisli kadınlar, yaşadıkları semptomlar veya endometriozis tedavisi nedeniyle ciddi iş gücü kaybı yaşamaktadır. Ortalama olarak haftada 10,8 saat, yılda 19,3 iş günü kayıplarının olduğu belirtilmiştir (Martins ve diğ., 2021). Hem tedavi maliyetleri hem de iş gücü kaybı nedeniyle endometriozisli kadınlar, maddi zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve bu yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Kadınlar, endometriozisi eğitim ve kariyerleriyle ilgili kaçırılan fırsatların bir nedeni olarak göstermektedir (Missmer ve diğ., 2021).

Endometriozis sebebiyle infertilite riskinin artması kadınların aile planlanması yapmasını engelleyebilir. Henüz planlamadığı halde gebelik yaşayabilir, gebe kalabilmek için medikal tedaviyi bırakıp daha şiddetli endometriozis semptomları ile baş etmek zorunda kalabilir ya da gebe kalmayı geciktirmek zorunda kalabilir. Bu durumlar, kadın ve eşi için yaşamlarının kontrolünü kaybetme hissinin yanında endişe verici, stresli bir hayata neden olabilir (Martins ve diğ., 2021; Missmer ve diğ., 2021). İnfertilite riski kadının cinsel hayatını da olumsuz etkilemektedir. Endometriozis kaynaklı disparoni nedeniyle, cinsellikten kaçınmaya kadar uzanan cinsel problemler hem kadını hem de evliliğini olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzluklar, evliliklerin bitmesine kadar uzanabilmekte, kadında benlik saygısının ve özgüvenin azalmasına, depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilmektedir (Fedele, 2021; Martins ve diğ., 2021; Missmer ve diğ., 2021). Literatürde yer alan çalışmalarda, sağlıklı kadınlara göre endometriozisi olan kadınların depresyon ve anksiyete oranlarının çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (Fedele, 2021; Missmer ve diğ., 2021; Wang ve diğ., 2021).

Endometriozisin kronik bir hastalık olması sebebiyle düzenli kontrollerin yapılması, tedavilerin düzenlenmesi, tedavilerin yan etkileri, tekrarlanan başarısız tedavi sonuçları, geçmeyen ağrılar kadın için stres kaynağı oluşturmaktadır. Endometriozisli kadınlar, ağrısını yönetememesi veya tahmin edememesi ve endometriozis ile ilişkili ağrının hayatını kontrol ettiği hissi nedeniyle; günlük aktivitelere katılım, sosyal işlevsellik, bağımsızlık ve kişilerarası ilişkilerde hastalıkla ilgili sınırlamalarla bağlantılı olarak değersizlik, suçluluk ve hayal kırıklığı duygularını yaşamaktadır. Kadınların yaşam kalitesi, günlük aktivitelere katılım, fiziksel ve sosyal işlevsellik, uyku, cinsel sağlık, yakın ilişkiler, arkadaşlar ve aile ile ilişkiler, planlama, doğurganlık, çocuk bakımı, eğitim düzeyi, ekonomik durum, kariyer seçimi ve iş verimliliği, enerji ve canlılık, zihinsel sağlık ve duygusal esenlik halleri üzerinde endometriozis ve ilişkili semptomların olumsuz etkisi oldukça fazladır (Missmer ve diğ., 2021). Özetle; endometriozisli kadınlar, yaşamlarının birçok alanını olumsuz etkileyen, günlük yaşam aktivitelerini dahi yerine getiremeyecek seviyede hayatına sekte vuran bir hastalık ile mücadele etmektedirler (Missmer ve diğ., 2021; Wang ve diğ., 2021).

2.9. ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIMI

Endometriozis oldukça karmaşık bir hastalıktır. Henüz kesin olarak bir tedavi yönteminin olmaması hastalığın karmaşıklığını desteklemektedir. Bu karmaşık hastalığın yönetiminde ve bakımında hemşirelerin birçok rol ve sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir (RCN, 2021). Endometrioziste ilk basamak hastalıktan şüphe etmektir. Kadınlar, uzun yıllar boyunca birçok sağlık profesyonelinden danışmanlık almış olsa dahi yaşadığı sıkıntılar kadın olmanın özüne bağlandığından, öncelikle kadının şikayetleri kabul edilmeli ve endometriozisten şüphe edilmelidir (Mao ve Anastasi, 2010). Kadınlar daha önceki olumsuz deneyimlerinden kaynaklı, aynı başarısız sonuca ulaşma önyargısı ile başvurabilmektedir. Kadınların güvenini kazanmak ve şikayetleri ile kabul etmek önemli basamaklardandır (Kaatz ve diğ., 2010). Hemşirelerin, endometriozisten şüphelenmesi için endometriozis belirti ve bulgularına hakim olmaları gerekmektedir. Kadından alınan detaylı öykü neticesinde endometriozis bağlantısı kurulabilir (Mao ve Anastasi, 2010). Endometriozis tedavisinde amaç; kadının yaşam kalitesini arttırmak, endometriozis kaynaklı semptomları azaltmak, doğurganlığı korumak, hastalığın ilerlemesini önlemek ve başarılı hastalık yönetimini sağlamaktır (Mao ve Anastasi, 2010; RCN, 2021). Endometrioziste bakım bireysel olarak planlamalı ve multidisipliner olarak sunulmalıdır. Bu doğrultuda 2015 yılında Kraliyet Hemşirelik Koleji

(RCN), İngiliz Jinekolojik Endoskopi Derneği (BSGE)'nin katkısıyla multidisipliner endometriozis merkezleri kurulması gerektiği sunulmuştur. Bu ekipte alanında uzman endometriozis klinik hemşirelerinin (UEKH) bulunması gerektiği belirtilmiştir. Hemşireler, bu multidisipliner ekibin; birbiri arasında iletişimini sağlayan ve klinik uygulama becerileri, sürekli mesleki eğitim ve gelişim, hizmet sunumu, yönetim, koordinasyon, danışmanlık, liderlik ve rehberlik rolleri ile ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır (RCN, 2021). Bu merkezlerde kadınlar, gelişmiş ve kaliteli bakım sunma donanımına sahip UEKH'ye direk ulaşım sağlayabilmelidir. Endometriozis kadınların yaşamının birçok alanını etkilediğinden, kadınların bu durumla başa çıkmalarını desteklemek için bakıma, bütüncül ve duyarlı bir yaklaşım zorunludur (Norton ve Holloway, 2016). Kadınların semptomlarına ve doğurganlık isteğine göre tedavi seçeneklerinin sunulması ve tedavi seçiminde destek ve bilgi sağlayıcı olunması gerekmektedir. Kronik bir hastalık olması sebebiyle kadın ile tedavisinin her aşamasında iletişim halinde olunmalı, tedavinin sonuçları ve yan etkileri tartışılmalı ve bilgi desteği devam ettirilmelidir (RCN, 2021). Tedavi rejimlerine uymanın, semptom değişikliklerini veya yan etkileri bildirmenin ve düzenli takip ve randevularını sürdürmenin öneminin belirtilmesi gerekmektedir (Mao ve Anastasi, 2010; Shahbaz ve Nickson, 2018). UEKH'ler, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu hastalıkla baş etme stratejileri geliştirebilmeleri için kadınlara danışmanlık sağlamalıdır (Ahmed ve Radwan, 2021; Norton ve Holloway, 2016). Tedavi ve bakımın her adımında kadınlarla açık iletişim sürdürülmeli ve yaşam kalitesi değerlendirilmelidir (Norton ve diğ., 2020). Kadınların, hastalığı kabullenmesi ve sağlık sorumluluğunu üstlenmesinde destek gruplarına katılmanın olumlu etkileri olabileceğinden, hemşireler kadınları yönlendirmelidir (Ahmed ve Radwan, 2021). Yaşam kalitesini arttırabilmek ve semptomları azaltmak/gidermek için sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgi sağlamak ve kadınların bu davranışları yaşam tarzı haline getirmelerinde teşvik etmek, hemşirelerin sorumluluğundadır. Hemşirelerin bir diğer sorumluluğu ise endometriozis hakkında farkındalık yaratmaktır. Hem sağlık profesyonellerine hem de tüm topluma endometriozis hakkında bilgi vermek ve farkındalık yaratmak oldukça önemlidir. Toplumun, özellikle kadınların, farkındalığının arttırılması ile erken tanı ve tedavi sağlanabilir ve endometriozisin ilerlemesi yavaşlatılabilir/durdurulabilir (Ahmed ve Radwan, 2021; Norton ve Holloway, 2016).

Yaşam kalitesi oldukça olumsuz etkilenen endometriozisli kadınların sağlığını geliştirmek için müdahalelerde bulunmak gerekmektedir. Sağlığı geliştirme müdahaleleri; hastalıkları önlemenin yanı sıra kişinin kendi sağlığı üzerinde kontrol sağlamasına, sağlıklı

yaşam davranışları hakkında farkındalıklarını arttırmaya ve daha sağlıklı bir hayat sürmesine olanak sağlamaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Endometriozisin karmaşık yapısı nedeniyle kadınlara bireysel ve bütüncül yaklaşım sunmak gerekmektedir (Norton ve diğ., 2020). Bu doğrultuda, Sağlığı Geliştirme Modeli; kişinin özgeçmişini ve kendisine ilişkin algılarını değerlendirerek bireysel ve bütüncül bakım sunmayı sağlamaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Beslenme, fiziksel aktivite, uyku alışkanlıkları, kişiler arası ilişkiler, cinsel yaşam, ağrı ve stres yönetimi gibi kadınların sağlıklı yaşam davranışlarının, endometriozis semptomlarını azaltabileceği, yaşam kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında, endometriozisli kadınların bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları ve araştırmaları sınırlıdır (Norton ve diğ., 2020; Yousif ve diğ., 2019). Hemşirelerin aktif olarak rol alabileceği endometriozisli kadınların bakımında, medikal ve cerrahi tedavinin yanı sıra ağrı yönetimini sağlayabilecek, yaşam kalitesi arttırabilecek ve basit yaşam tarzı değişiklikleri oluşturabilecek uygulamalar yapılması gerekmektedir (Norton ve diğ., 2020). Bu çalışmada; Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması ve yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla endometriozisli kadınlara yönelik hemşirelik bakım programı oluşturulmuştur. Hemşirelik bakım programı ile endometriozisli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması ve yaşam kalitelerinin arttırılması amaçlanmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın (EHBP) endometriozisi olan kadınların, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP ile, girişim grubu endometriozisli kadınların yaşam kaliteleri kontrol grubuna göre artar.
H2: Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP ile, girişim grubu endometriozisli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kontrol grubuna göre artar.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.3.1. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP olarak belirlenmiştir.

3.3.2. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, kadınların yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ağrı algısı, cinsel yaşamı, fiziksel aktivitesi, beslenmesi, uyku düzeni, kişilerarası ilişkileri, EHP-5 puanı, SYBDÖII puanı, VAS ağrı puanı olarak belirlenmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Ön test-son test düzeni kullanılarak yapılan, kontrol gruplu, randomize tipte deneysel bir çalışmadır.

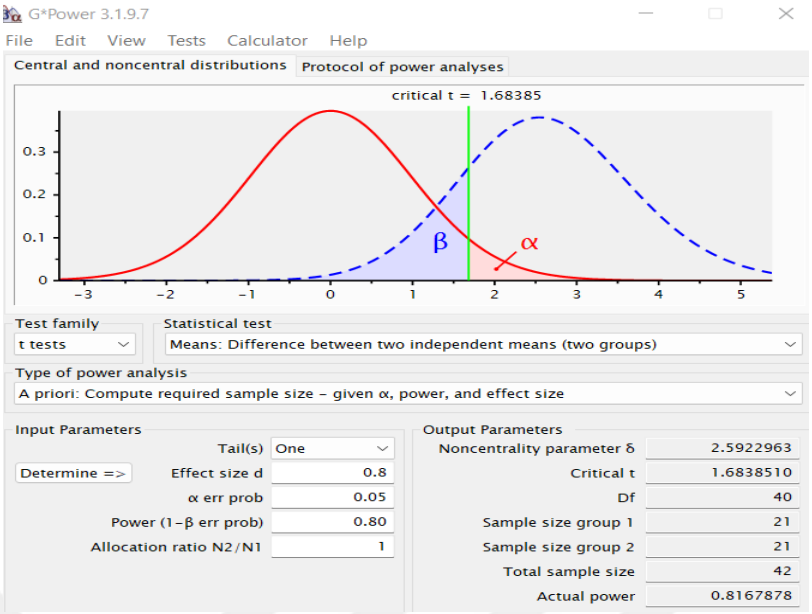
3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endometriozis Polikliniği'nde yürütüldü. Bu hastanede, Nisan 2019 tarihinden itibaren ayrıcalıklı bir birim olan Endometriozis Polikliniği, haftanın iki günü (pazartesi ve cuma) olacak şekilde hizmet vermektedir. Endometriozis tanısı almış veya endometriozis olmasından şüphelenilen hastaların takibi bu poliklinikte sağlanmaktadır. Medikal ve cerrahi tedaviler ve takipler, endometriozis konusunda uzman iki hekim tarafından yürütülmektedir. Poliklinikte aktif olarak hemşire görev almamaktadır. Tüm polikliniklerin işleyişinden sorumlu bir hemşire görev almaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi endometriozis polikliniğine araştırma süresince başvuran endometriozis tanısı almış tüm kadınlar oluşturdu.

Örneklemi belirlemek için endometriozis polikliniğe başvuran endometriozis tanısı alan tüm kadınlar araştırmaya dahil edildi. Endometriozis Sağlık Profil Anketi'nden (EHP-5) 22 ve üzeri (100'lük sisteme dönüştürüldüğünde 50) puan alan kadınlar yaşam kalitesi düşük olarak kabul edildi. Yaşam kalitesi düşük bulunan kadınlar arasından, randomizasyonla girişim ve kontrol grupları oluşturuldu. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için G*Power (3.1) programı kullanıldı. Örneklem büyüklüğü, Selçuk ve diğ.'nin (2015) yaptığı EHP-5 anketinin geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçları esas alınarak yapılan istatistiksel analize göre; çalışmanın alfa güvenirlilik düzeyi 0,05, etki değeri (d) 0,80 ve gücü %80 alınarak, girişim grubuna 21, kontrol grubuna 21 kadın alınması gerektiği belirlendi (Selçuk ve diğ., 2015). Fakat veri kayıplarının olabileceği göz önüne alınarak, örneklem büyüklüğü arttırıldı ve 23 girişim, 23 kontrol grubu olmak üzere, toplamda 46 kadın çalışmaya dahil edildi (Şekil 3.1). Çalışma tamamlandıktan sonra örneklem büyüklüğünü kontrol için yapılan G*Power Post hoc analizinde yeterli örnekleme ulaşıldığı görüldü (Selçuk ve diğ., 2015).



Şekil 3.1. Örneklem Büyüklüğü Hesaplama Görüntüsü.

3.6.1. Çalışma Grupları

Girişim grubu: Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP uygulanan, endometriozisi olan kadınlar girişim grubunu oluşturdu.

Kontrol grubu: Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP uygulanmayan, endometriozisi olan kadınlar kontrol grubunu oluşturdu.

3.6.2. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Endometriozis tanısı almış olma,
- Reprodüktif dönemde olma olarak belirlendi.

3.6.3. Örneklemden Çıkarılma Kriterleri

- İletişim engeli bulunma,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olma,
- Çalışma sırasında gebe kalma,
- Çalışmadan ayrılmak isteme olarak belirlendi.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu; bireylerin sosyodemografik bilgileri, genel sağlık öyküsü, obstetrik, menstrüel, endometriozis, cinsel ve infertilite öyküleri olmak üzere altı bölümden

oluşmaktadır. 50 sorudan oluşan formda, birinci bölümde, bireye ait sosyodemografik özelliklere (yaş, medeni durum, sosyal güvence, meslek) yer verilmiştir. İkinci bölümde obstetrik bilgilerine (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı), üçüncü bölümde menstrüel dönem ile ilgili bilgilere (menstrüasyon uzunluğu, kanama miktarı, ağrı durumu), dördüncü bölümde endometriozis hastalığına ilişkin bilgilere (ne zaman tanı koyulduğu, mevcut tedavisi), beşinci bölümde cinsel öykü (ilişki sırasında ağrı durumu, ilişkiden kaçınma durumu) bilgilerine yer verilmiştir. Son bölüm ise bireyin infertilite (çocuk sahibi olma isteği, infertilite tedavisi) hakkındaki bilgilerinden oluşmaktadır (Ek-3). Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (Metwally ve Desoky, 2018; Mohamed ve Hassan, 2020; Roomaney ve Kagee, 2016; Yousif ve diğ., 2019).

3.7.2. Endometriozis Sağlık Profil Anketi-5 (EHP-5)

Hastalığa özgü semptom şiddetinin ölçülmesinde, o hastalığa yönelik geliştirilen ölçekleri kullanmak daha doğru bilgi elde etmeyi ve bilgiyi karşılaştırmayı sağlamaktadır (Selçuk ve diğ., 2015). Endometriozisin kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için, Jones ve diğ. 2001 yılında Endometriozis Sağlık Profil Anketi-30 (EHP-30)'u geliştirmişlerdir. EHP-30; 30 maddeden oluşan bir ana anketten, beş skaladan ve 23 sorudan oluşan altı modüler bölümden oluşmaktadır (Jones ve diğ., 2001). EHP-30 anketinin kısa versiyonu olan EHP-5 anketi, Jones ve diğ. tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Anketin kısaltılma ihtiyacı hem araştırmacı hem de katılımcılar tarafından kolaylık sağlamak ve maliyet etkin bir yöntem geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. EHP-5 anketi, çekirdek (ağrı, kontrol ve güçsüzlük, duygusal iyilik hali, sosyal destek ve beden imajı) ve modüler (çalışma yaşamı, çocuklarla ilişki, cinsel yaşam, sağlık profesyonelleri, tedavi ve infertilite) kısımlardan oluşmaktadır. Her madde, dört puanlık bir ölçekte 0, 1, 2, 3 ve 4 olarak puanlanır ve sırasıyla, asla, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman seçeneklerine karşılık gelir. Skorlar, sırasıyla en iyi ve en kötü sağlık durumunu temsil eden 0 ile 100 arasında değişen bir ölçeğe dönüştürülür. Modüler anketteki herhangi bir öğe için "ilgili değil" kutusu seçilirse puan hesaplamadan çıkarılır (Jones ve diğ., 2004). Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2015 yılında Selçuk ve diğ. tarafından yapılmış olup, Türk toplumuna uygun olduğu belirtilmiştir. Türkçe'ye uyarlanan anketin iç tutarlılık düzeyi olan Cronbach Alfa değeri, çekirdek bölüm için 0,829, modüler bölüm için 0,804 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Test-retest güvenirliği, çekirdek kısım için 0,885 ve modüler kısım için 0,896 olarak bulunmuştur (Selcuk ve diğ., 2015). Bu

araştırmada uygulanan EHP-5 anketine ilişkin, Cronbach Alfa değeri, çekirdek bölüm için 0,657, modüler bölüm için 0,764 olarak bulunmuştur. EHP-5 anketi Ek-4'te verilmiştir.

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖII)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında Walker ve diğ. tarafından Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilmiştir. Bu ilk versiyonunda 48 madde bulunmakta ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi olmak üzere altı faktörden oluşmaktadır (Walker ve diğ., 1987). Ölçek 1996 yılında revize edilerek altı faktör ve 52 maddelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖII) olarak isimlendirilmiştir. Faktörleri; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olarak revize edilmiştir. Revize edilen ölçeğin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemede ve bu doğrultuda yapılan girişimlerin etkinliğini ölçmede kullanılabileceği belirtilmiştir. Ölçeğin genel puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu cümlelerden oluşmakta ve dörtlü likert (hiçbir zaman-1, bazen-2, sıksık-3, düzenli olarak-4) şeklindedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,94'dir. Ölçek puanının yükselmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığının göstergesidir (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2008 yılında Bahar ve diğ. tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunda ve bu çalışmada belirlenen Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak yüksek güvenirlik düzeyinde belirlenmiştir (Bahar ve diğ., 2008). Bahar ve diğ.'nin çalışmasında ve bu çalışmada belirlenen ölçeğin toplam ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları Tablo 3-1'de verilmiştir. SYBDÖII Ek-5'te verilmiştir.

Tablo 3.1: SYBDÖII Alt Boyut Maddeleri, Numaraları ve Cronbach Alpha Düzeyi.

Ölçek Alt Boyutları	Madde Numaraları	Cronbach Alpha (Bahar ve diğ.)	Cronbach Alpha
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	,77	,71
Fiziksel Aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46	,79	,86
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	,68	,61
Kendini Gerçekleştirme	6,12,18,24,30,36,42,48,52	,79	,82
Kişilerarası İlişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49	,80	,67
Stres yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	,64	,74
Toplam Cronbach Alpha Düzeyi		,92	,92

3.7.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği/ Visual Analog Skala (GKÖ/VAS)

Ağrıyı en iyi tanımlayacak kişi ağrıyı yaşayan kişidir. Bu sebeple kadınların ağrılarını tanımlamaları için Visual Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. VAS; bir ucunda ağrının olmadığı, diğer ucunda en şiddetli ağrının bulunduğu bir skaladır. Dikey skalanın insanlar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir (Eti Aslan, 2002). Ağrının olmaması 0, en şiddetli ağrı ise 10 ile puanlanmıştır. Kadınlardan, yaşadıkları ağrıyı belirleyen düzeyde işaretleme yapmaları istenmiştir. VAS skalası Ek-6'da verilmiştir.

3.7.5. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programına (EHBP) Yönelik Geri bildirim Formu

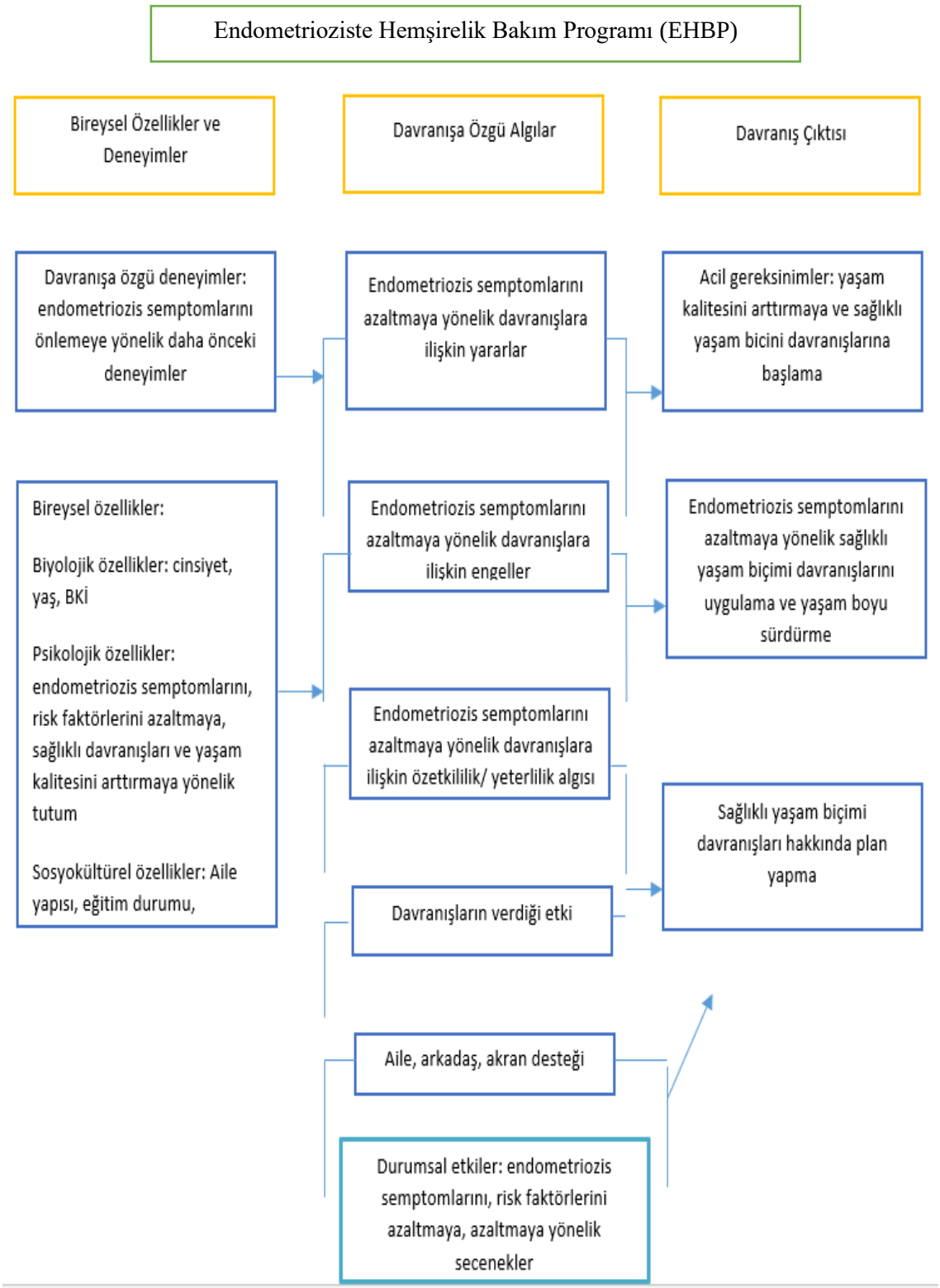
EHBP'na Yönelik Geri Bildirim Formu 16 sorudan oluşmaktadır. Kadınların uygulanan hemşirelik bakımından memnuniyetlerini belirlemek amacıyla uygulanmıştır. İçeriğinde; kadınların programdan memnuniyet durumu, endometriozise bağlı semptomlarına etkisi, önerilen uygulamaları yapma durumu, yapmadıysa sebebi ve EHBP'nı geliştirmek için önerilere yer verilmiştir (Ek-7). EHBP'na Yönelik Geri Bildirim Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Savaş ve Bahar, 2011, Yurtsev, 2017).

3.8. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ DOĞRULTUSUNDA GELİŞTİRİLEN ENDOMETRİOZİTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI (EHBP)

EHBP, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli, Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Bireylerin sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalıklarının arttırılması, danışmanlık yapılabilmesi ve bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrol sağlamasına önem veren bir model olarak kullanılmaktadır. Modelin amacı; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireyin deneyimlerini ve sağlık davranışına ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmektir. Modelin temel kavramları birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalıktır. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli; bireysel özellikler, davranışa özgü kavramlar ve etkiler ile davranışın ortaya çıkışı olarak toplam üç bileşenden oluşmaktadır. İlk bileşen olan bireysel özellikler ve deneyimler, kişilerin önceki deneyimlerini ve biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel özelliklerini içermektedir. İkinci bileşen davranışa özgü kavramlar; algılanan yararlar, algılanan engeller, algılanan öz-yeterlilik, aktiviteye bağlı duygular, kişilerarası iletişim ve durumsal etkilerden oluşmaktadır. Hemşirelik uygulamaları bu

basamakta yer almıştır. Modelin son bileşeni davranış çıktı ise; istenen davranış için planlama yapma, uygulama ve acil durum gereksinimlerini içermektedir (Çalık ve Kapucu, 2017; Bahar ve Açıl, 2014; Cangöl ve Hotun Şahin, 2017). Hemşirelik araştırmalarında model kullanımı; yeni bir bakış açısı, yeni bir yol haritası ve bilinmeyene ışık kaynağı sunarak bilgiye ulaşmayı sağlamaktadır. Hemşirelik uygulamalarında bireyin bakım ihtiyaçlarının en kısa sürede tanımlanması, buna yönelik girişimlerin planlanarak sistematik bir çerçevede uygulanması, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve hemşirelik girişimlerinin görünürlüğü ve bağımsızlığını arttırmada modellerin etkisi göz ardı edilemez. Model kullanımının bir diğer amacı ise; araştırmacıların kullanımında standardizasyon sağlayarak kanıt düzeyinde bilgiye ulaşmaya yönlendirmektir. Girişimlerin geliştirilmesi ve sınanmasına yol göstermek, bulguların ve çalışma sonuçlarının bilimsel bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır (Sert ve diğ., 2014; Paşalak ve diğ., 2018).

EHBP, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından geliştirildi (Api ve diğ., 2016; Bahar ve Açıl, 2016; Cangöl ve Hotun Şahin, 2017; Çalık ve Kapucu, 2017; Fedele, 2017; Norton ve diğ., 2020; Yalçın Bahat, 2019). Sağlığı Geliştirme Modelinin üç bileşeni doğrultusunda planlandı ve kadınların deneyimleri ve bireysel özelliklerine göre kişiselleştirilerek, birebir yüz yüze görüşmelerle uygulandı. EHBP kavramsal çerçevesinin Sağlığı Geliştirme Modeline entegrasyonu, Şekil 3-2'de verilmiştir. Uygulanan EHBP içeriği ve modüller Tablo 3-2'de gösterilmiştir.



Şekil 3.2: Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Bakım Programı'nın Kavramsal Çerçevesi.

Tablo 3.2: Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri ve Modelin Basamakları.

Modelin bileşenleri	Modelin basamakları	İçerik
Bireysel Özellikler ve Deneyimler (1. Görüşme)	Bireysel özellikler	Endometriozis tanımı, oluşum teorileri, risk faktörleri, belirti ve bulguları, tanı testleri, tedavisi, komplikasyonları hakkında bilgilendirme, Bireysel özellikler, risk faktörü olabilecek durumlar ve mevcut tedavi yöntemi hakkında konuşma, Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Endometriozis semptomlarını gidermeye yönelik geçmiş deneyimler hakkında konuşma
	Deneyimler	
Davranışa Özgü Bilişsel Faktörler (1.ve 2. Görüşme)	Yararlar	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (uyku, fiziksel aktivite, beslenme, cinsel yaşam) endometrioziste önemi ve faydalarının neler olduğunun tartışılması
	Engeller	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olası olumsuz etkilerinin neler olabileceği, bu davranışların günlük yaşamda uygulanmasında bireyin karşılaşabileceği engellerin neler olduğu, engellerin kaldırılmasında yapılabileceklerin konuşulması
	Özetkililik- yeterlilik	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının faydalarının benimsenmesi, yaşam kalitesini arttıracağına inanması, eyleme geçmek için kendini yeterli hissetmesi
	Kişiler arası etkileşim	Bu süreçte aile, arkadaş akran desteğinin önemi ve bireyi destekleyecek kişilerle bir arada bulunma hakkında konuşma
	Aktiviteyle ilişkili etki	Davranışa başlama ve sürdürme konusunda pozitif düşünmeyi destekleme
	Durumsal etkiler	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşmasını sağlamak ve sürdürmek için bireyin yaşadığı çevre ve koşulların düzenlenmesi, uyumun sağlanması
Davranış Çıktısı (2. Görüşme ve Son Değerlendirme)	Acil gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanması	Yaşam kalitesini arttırma ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturma, sürdürme planları yapma
	Davranışa ilişkin plan yapma	

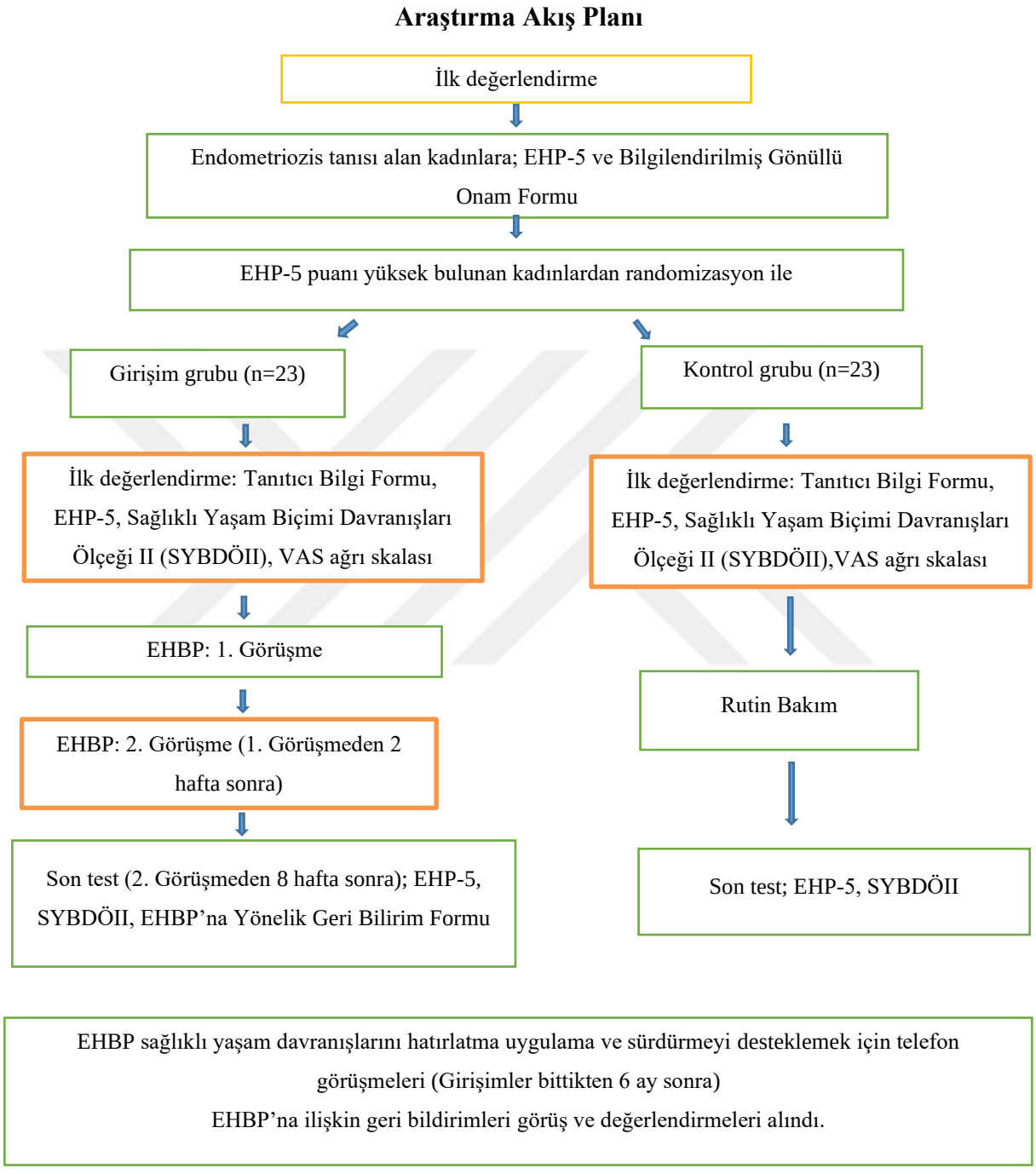
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmayı yürütebilmek için gerekli kurum izinleri ve etik kurul izinleri alındıktan sonra kadınlar ile görüşmeler başlatıldı. Araştırma, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi endometriozis polikliniğine başvuran, araştırmanın kriterlerini sağlayan 46 kadın ile yürütüldü. Endometriozis tanısı konulmuş kadınlar ile yapılan ilk değerlendirmede EHP-5 anketi uygulandı. Bu uygulama sonrasında EHP-5 anketinden 22 ve üzeri (100'lük sisteme dönüştürüldüğünde 50) puan alan kadınlar, yaşam kalitesi düşük olarak kabul edildi. 135 kadın, EHP-5 puanı düşük olduğu için ve beş kadın, araştırmanın kriterlerini sağlamadığı için çalışma dışı bırakıldı. 49 kadının, yaşam kalitesinin düşük olduğu

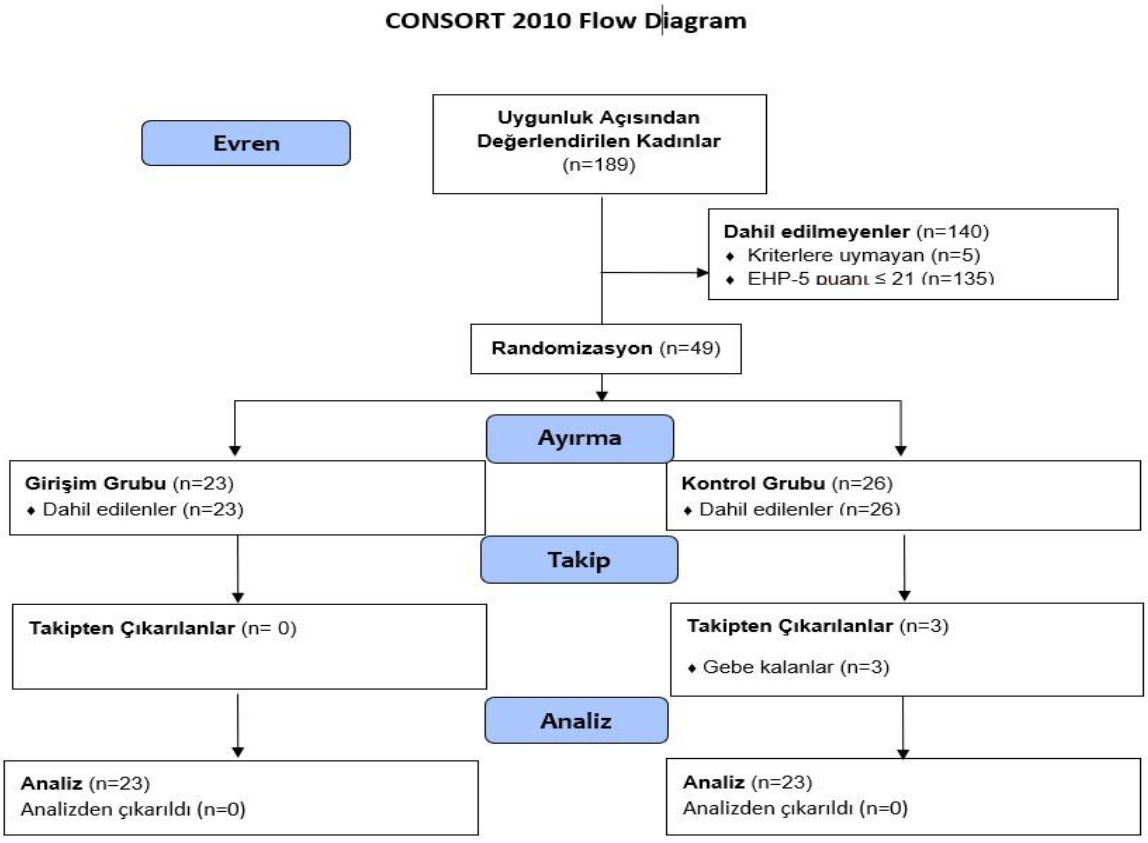
ve çalışmanın kriterlerini sağladığı tespit edildi. Çalışmaya katılmak için gerekli olan tüm bilgiler kadınlara açıklandıktan sonra gönüllü olan kadınlara, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-1 ve Ek-2) doldurduldu. Araştırma süresince gebe kalan üç kadın, araştırmadan çıkarıldı. Sonuç olarak, araştırmaya randomize olarak, 23 girişim ve 23 kontrol olmak üzere 46 kadın dahil edildi. Yüz yüze görüşme yöntemi ile kadınlarla bireysel olarak görüşmeler yapıldı. Randomizasyonu sağlamak için çalışmaya dahil edilen kadınlardan, sarı ve pembe renkte iki zarftan birisini seçmesi istendi ve sarı renk seçenler girişim grubuna, pembe renk seçenler kontrol grubuna dahil edildi. Girişim ve kontrol gruplarının randomizasyonu sonrasında ilk görüşmede Tanıtıcı Bilgi Formu, EHP-5, SYBDÖII ölçeği ve VAS skalası uygulandı. Girişim grubu ile Endometrioziste Bakım Programı'na yönelik planlamalar yapıldıktan sonra görüşmelere başlandı. Girişim grubuna, rutin bakımının yanı sıra planlanan Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen Endometrioziste Bakım Programı, iki hafta ara ile iki kez uygulandı. Görüşmelerin süresi kadınların ihtiyacına göre belirlendi ve yaklaşık olarak 60 dakika sürdü. Kadınların isteğine ve ihtiyaçlarına göre oturuma ara verildi. Kontrol grubu kliniğin rutin bakımını aldı. Girişim grubu için hazırlanan "Endometriozisle Yaşam" broşürü paylaşıldı. Görüşmelerin bitiminden sekiz hafta sonra girişimin etkilerini belirlemek amacıyla, girişim grubuna son test olarak yeniden EHP-5, SYBDÖII ölçeği ve Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'na Yönelik Geri Bildirim Formu uygulandı. Kontrol gruplarına son test olarak EHP-5, SYBDÖII ölçeği uygulandı. Son testlerin bitmesi ile daha önce girişim grubu ile paylaşılan "Endometriozisle Yaşam" broşürü, etik ilkelere uygun olarak kontrol grubu ile paylaşıldı. Son testlerin uygulanmasından altı ay sonra kadınlarla telefon görüşmesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hatırlatmak ve pekiştirmek için telefon görüşmesi yapıldı. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'na ilişkin görüş ve değerlendirmeleri EHBP'na Yönelik Geri Bildirim Formu ile alındı. Araştırmanın akış şeması Şekil 3-3'te verilmiştir.

Bu araştırmanın, randomize kontrollü çalışmaların kayıtlarının yapıldığı ClinicalTrials.gov adresine kaydı yapılmış olup, NCT05402943 ClinicalTrials ID numarası alınmıştır.

Randomize kontrollü araştırmaların, raporlama kalitesini güçlendirmek için, Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials: CONSORT) doğrultusunda yapılması önerilmektedir (Schulz ve diğ., 2010). Bu araştırmanın tasarımı ve adımları CONSORT akış şemasına göre yapılmış olup akış şeması Şekil 3-4'de verilmiştir.



Şekil 3.3: Araştırma Akış Planı.



Şekil 3.4: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması.

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPPS (Statistics for Windows 20.0) Paket Programı ile analizleri yapılmıştır. Tanımlayıcı analizler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiş olup, bağımsız iki gruplu değişkenlerden normal dağılıma uygun olanlar "T Testi", normal dağılıma uygun olmayanlar "Mann Whitney U Testi" ile karşılaştırılmıştır. Bağımlı iki gruplu değişkenlerden; normal dağılıma uygun olanlar "Bağımlı gruplarda T Testi", normal dağılıma uygun olmayanlar ise "Wilcoxon Testi" ile karşılaştırılmıştır. Kesikli değişkenlerin analizinde "Pearson Ki Kare ve Fischer'in Kesin Testleri" kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişki "Pearson Korelasyon Testi"yle analiz edilmiştir. r değerlerinin ≤0,49 olması zayıf, 0,50-0,69 arasında olması orta, ≥0,70 olması iyi derecede ilişki olarak değerlendirilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden çalışmanın yürütülebilmesi için yazılı onam alındı. Çalışmanın etik kurul onayı İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.12.2020 tarih ve 13022260-300-141369 sayılı belge ile alındı. Etik kurul belgesi ve kurum izni ile birlikte İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuruldu ve 26.01.2021 tarih ve 2021/3 sayılı kararı ile onam belgeleri alındı. EHP-5 anketi için anketin geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan yazardan, SYBDÖII ölçeği için, ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan yazardan ölçeklerin kullanımı için, mail yoluyla onamları alındı. Araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarına ayrı ayrı Helsinki Bildirgesine göre hazırlanan onam formları doldurulduldu (Ek-1, Ek-2).

3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

3.12.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir tasarımda yapılmış olması,
- Endometriozisi olan kadınlara özgü yapılan programın, model doğrultusunda geliştirilmiş olması,
- Görsel ve yazılı materyallerle desteklenmesi,
- Araştırmanın endometriozis hastalarının takip edildiği özel bir merkezde yürütülmesi olarak belirlendi.

3.12.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın tek merkezde yapılması,
- Uzun vadeli sonuçlarının izlenmemesi olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Endometriozis nedeniyle yaşam kalitesi düşük bulunan kadınlara, rutin bakıma ek olarak uygulanan, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmaya, girişim grubunda 23 kadın, kontrol grubunda 23 kadın dahil edilmiştir. Katılımcılara ait bulgular, dört bölümde ele alınmıştır.

4.1. Tanıtıcı Bilgi Formundan Elde Edilen Bulgular

4.2. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Bakım Programı'nın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.3. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Bakım Programı'nın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.4. Girişim Grubunun Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Bakım Programı'na Yönelik Görüş ve Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

4.1. TANITICI BİLGİ FORMU'NDAN ELDE EDİLEN BULGULAR

Bu bölümde, girişim ve kontrol gruplarına ait; sosyodemografik, obstetrik, menstrüel, endometriozis ve genel sağlık öykülerine yönelik bulgulara ve karşılaştırmalara yer verilmiştir. Kadınların; kronik hastalıkları, geçirilen ameliyatları, ailesinde endometriozis bulunma durumları ve ağrı şiddetlerine dair bulgular bulunmaktadır.

Tablo 4.1: Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.

Değişkenler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
	n	%	n	%	χ^2	p
Yaş						
20-32 yaş arası	14	66,9	13	56,5		1,000**
33-45 yaş arası	9	39,1	10	43,5		
BKİ						
≤24,99	13	56,5	13	56,5		1,000**
≥25,0	10	43,5	10	43,5		
Medeni Durum						
Evli	18	78,3	14	60,9		0,337**
Bekar	5	21,7	9	39,1		
Eğitim Düzeyi						
Lise ve altı	11	47,8	10	43,5		1,000**
Üniversite ve üzeri	12	52,2	13	56,5		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	11	47,8	12	52,2		1,000**
Çalışmıyor	12	52,2	11	47,8		
Sosyal Güvence Durumu						
Var	20	87,0	20	87,0		1,000**
Yok	3	13,0	3	13,0		
Ekonomik durum						
Kötü	2	8,7	2	8,7		
Orta	15	65,2	12	52,2	1,619	0,665*
İyi	6	26,1	9	39,1		
Aile tipi						
Çekirdek aile	19	82,6	20	87,0		1,000**
Geniş aile	4	17,4	3	13,0		
Toplam	**23**	**100,0**	**23**	**100,0**		

* Pearson Ki Kare Testi **Fisher'in Kesin Testi

Girişim ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 4.1'de verilmiştir. İki grup arasında, sosyodemografik veriler açısından bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32,97±7,54, girişim grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 33,26±7,40 olarak bulunmuştur. Girişim grubunda yer alan kadınların %66,9'u 20-32 yaş aralığında, %39,1'i 33-45 yaş aralığında yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınlarının %56,5'inin beden kitle indeksi (BKİ) 24,99 ve altında

yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan kadınların %78,3'ü evli ve %52,2'si üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir. Girişim grubunda yer alan kadınların %52,2'sinin çalışmadığı, %65,2'sinin ekonomik durumunun orta seviye olduğu ve %17,4'ünün geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan kadınlara bakıldığında, yaş ortalamaları 32,69±7,84 olarak bulunmuştur. Kadınların %56,5'i 20-32 yaş aralığında, %43,5'i 33-45 yaş aralığında yer almaktadır. Kontrol grubundaki kadınlarının %56,5'inin BKİ'si 24,99 ve altında yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan kadınların %60,9'u evli ve %56,5'i üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahiptir. Kontrol grubunda yer alan kadınların %47,8'inin çalışmadığı, %52,2'sinin ekonomik durumunun orta seviye olduğu ve %13'ünün geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların %13'ünün sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Girişim ve Kontrol Gruplarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması.

Alışkanlıklar	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		
	n	%	n	%	p*
Sigara Kullanımı					
Evet	9	39,1	6	26,1	0,530
Hayır	14	60,9	17	73,9	
Kafeinli içecek Tüketimi					
Evet	21	91,3	22	95,7	1,000
Hayır	2	8,7	1	4,3	
Egzersiz Yapma Durumu					
Evet	5	21,7	7	30,4	0,738
Hayır	18	78,3	16	69,6	
Toplam	**23**	**100,0**	**23**	**100,0**	

* Fisher'in Kesin Testi

Girişim ve kontrol gruplarının sigara, alkol, kafein kullanımı ve egzersiz yapma durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir. Girişim grubunda yer alan kadınların %39,1'i sigara kullanmakta, %78,3'ü egzersiz yapmamaktadır. Kontrol grubunun %26,1'i sigara kullanmakta, %69,6'sı egzersiz yapmamaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda girişim ve kontrol grubu arasında sigara, kafein kullanımı ve egzersiz yapma durumları arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3: Girişim ve Kontrol Gruplarının Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması.

Değişkenler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		
	n	%	n	%	p*
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	8	34,8	7	30,4	1,000
Hayır	15	65,2	16	69,6	
Daha önce geçirilmiş ameliyat durumu					
Evet	18	78,3	14	60,9	0,337
Hayır	5	21,7	9	39,1	
Ailede endometriozis tanısı varlığı					
Evet	6	26,1	7	30,4	1,000
Hayır	17	73,9	16	69,6	
Toplam	**23**	**100,0**	**23**	**100,0**	

* Fisher'in Kesin Testi

Kronik hastalık bulunması, daha önce geçirilmiş ameliyat durumları ve ailelerinde endometriozis tanısı almış bireylerin bulunmasına yönelik, girişim ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 4.3'te verilmiştir. Bu veriler dahilinde girişim ve kontrol grupları arasında bir farklılığa rastlanılmamıştır ($p>0.05$).

Girişim grubundan sekiz kadının kronik hastalığı bulunmaktadır. Bu hastalıkların; alerji (n=2), anemi (n=1), astım ve migren (n=1), bronşit (n=1), konstipasyon ve vertigo (n=1), migren (n=1), tremor ve kalp yetmezliği (n=1) olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda, 18 kadın daha önce ameliyat geçirmiş olup, bu kadınların altısı endometriozis kaynaklı ameliyat olmuştur. Diğer ameliyatlar ise; tonsilektomi (n=2), apandisit (n=2), uterus septumu (n=2), laparoskopi (n=2), bel fıtığı (n=1), burun (n=1), kolesistektomi (n=1) ve tüp ligasyonudur (n=1). Girişim grubundaki altı kadının ailesinde endometriozis bulunmaktadır. İki kadının kız kardeşinde, iki kadının kuzeninde, bir kadının annesinde ve bir kadının halasında endometriozis bulunmaktadır.

Kontrol grubundan yedi kadının kronik hastalığı bulunmaktadır. Grupta her kadının bir hastalığı olacak şekilde astım, bel fıtığı, diyabet, meme kanseri, migren, tansiyon, tiroit bozukluğu hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunda 14 kadın daha önce ameliyat geçirmiş olup, bu kadınların beşi endometriozis kaynaklı ameliyat olmuştur. Diğer ameliyatlar ise; apandisit (n=3), meme kisti (n=1), bel fıtığı (n=1), over kisti (n=1), over kanseri (n=1), ön çapraz bağ (n=1) ve meme kanseridir (n=1).

Kontrol grubundaki yedi kadının ailesinde endometriozis bulunmaktadır. Dört kadının kız kardeşinde, iki kadının annesinde ve bir kadının hem kız kardeşinde hem annesinde endometriozis bulunmaktadır.

Tablo 4.4: Girişim ve Kontrol Gruplarının Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.

Obstetrik Özellikler		Girişim Grubu			Kontrol Grubu				
		n	%	Ort±SS	n	%	Ort±SS	Z	p*
Gebelik Sayısı	0	10	43,5	1,30±1,52	14	60,9	0,82±1,19	-1,168	0,243
	1	5	21,8		2	8,7			
	2	2	8,7		5	21,7			
	≥3	6	26		2	8,6			
Küretaj Sayısı	0	18	78,3	0,26±0,54	22	95,7	0,04±0,20	-1,749	0,080
	1	4	17,4		1	4,3			
	2	1	4,3		-	-			
Düşük Sayısı	0	17	73,9	0,43±1,07	22	95,7	0,04±0,20	-2,044	**0,041**
	≥1	6	26		1	4,3			
Yaşayan çocuk sayısı	0	12	52,2	0,65±0,77	14	60,9	0,73±1,05	-0,098	0,922
	1	7	30,4		3	13,0			
	≥2	4	17,4		6	26,1			
Toplam		23	100,0		23	100,0			

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.4'te girişim ve kontrol grubunun gebelik, küretaj, düşük ve yaşayan çocuk sayılarının dağılımına yer verilmiştir. Girişim grubunda üç ve üzeri gebelik yaşayan kadın oranı %26, kontrol grubunda %8,6 olarak belirlenmiştir. Girişim grubunda yer alan kadınlarda tek çocuğu olanların oranı %30,4, kontrol grubunda ise %13 olarak tespit edilmiştir. Gebelik, küretaj ve yaşayan çocuk sayılarında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel bir fark bulunmazken ($p>0.05$), girişim grubunun düşük sayısı (0,43±1,07), kontrol grubunun düşük sayısına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (p=0,04).

Tablo 4.5: Girişim ve Kontrol Gruplarının Doğum Şekillerinin Karşılaştırılması.

Doğum Şekli	1. Çocuk			2. Çocuk		
	Girişim Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	p*	Girişim Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	p*
Vajinal Doğum	8 (72,7)	6 (66,7)		3 (75,0)	4 (66,7)	
Sezaryen Doğum	3 (27,3)	3 (33,3)	1,000	1 (25,0)	2 (33,3)	1,000
Toplam	11 (100)	9 (100)		4 (100)	6 (100)	

* Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.5'te girişim ve kontrol gruplarına ait birinci ve ikinci gebeliklerindeki doğum şekillerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Girişim grubunda yer alan kadınların hiçbiri üçüncü doğumu yapmadığı için girişim ve kontrol gruplarının üçüncü gebelik şekilleri karşılaştırılamamıştır. İlk çocuğu doğurma şekillerine bakıldığında; girişim grubunda yer alan kadınların %27,3'ü, kontrol grubunda yer alan kadınların %33,3'ü sezaryen doğum yapmıştır. İkinci çocuğu doğurma şekillerine bakıldığında; girişim grubunda yer alan kadınların %25'i, kontrol grubunda yer alan kadınların %33,3'ü sezaryen doğum yapmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6: Girişim ve Kontrol Gruplarının Menstrüel Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
Menstrüel Özellikler	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	p
Menarş yaşı						
9-11 yaş	2	8,7	1	4,3		
12-13 yaş	18	78,3	15	65,2	2,206	0,332*
14-16 yaş	3	13,0	7	30,4		
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Menstrüel düzeni						
Düzenli	16	69,6	13	56,5		
Düzensiz	7	30,4	10	43,5		0,542**
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Kaç günde bir menstrüasyon olduğu						
30 gün ve altı	20	95,2	17	77,3		
31 gün ve üstü	1	4,8	5	22,7		0,185**
Toplam	21	100,0	22	100,0		
Menstrüel dönemin kaç gün sürdüğü						
7 gün ve altı	14	66,7	20	90,9		
8 ve üzeri	7	33,3	2	9,1		0,069**
Toplam	21	100,0	22	100,0		
Menstrüel dönemde ağrı durumu						
Evet	22	95,7	17	73,9		
Ara sıra	1	4,3	6	26,1		0,96**
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Menstrüel döneminde ağrının ne kadar süredir olduğu						
İlk adetten itibaren	5	21,7	14	60,9		
İlk adetin 6ay-1 sene sonrasından itibaren	3	13,0	2	8,7	7,372	**0,025***
Diğer	15	65,2	7	30,4		
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Menstrüel döneminde ağrının ne kadar süre devam ettiği						
Adetten birkaç gün önce başlayıp adetle sonlanır	12	52,2	10	43,5		
Adetle başlayıp birkaç gün devam eder	10	43,5	7	30,4	4,511	0,211*
Sadece adetin ilk günü başlayıp biter	1	4,3	4	17,4		
Adetle başlayıp bitene kadar devam eder	-	-	2	8,7		
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Ağrı için ağrı kesici ilaç kullanma durumu						
Evet	16	73,9	19	82,6		
Hayır	7	26,1	4	17,4		0,722**
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Ağrı için bir sağlık kuruluşuna başvurma/tedavi görme						
Evet	17	73,9	12	52,2		
Hayır	6	26,1	11	47,8		0,221**
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Tedavi sonucunda şikâyet azalma durumu						
Evet	10	58,8	4	33,3		
Hayır	7	41,2	8	66,7		0,264**
Toplam	17	100,0	12	100,0		
Makatta ağrı ya da kanama şikayeti						
Evet	8	34,8	4	17,4		
Ara sıra	11	47,8	11	47,8	2,667	0,264*
Hayır	4	17,4	8	34,8		
Toplam	23	100,0	23	100,0		

Menstrüel Özellikler	Girişim Grubu n	Girişim Grubu %	Kontrol Grubu n	Kontrol Grubu %	χ^2	p
İdrar yaparken ağrı ya da kanama şikayeti						
Evet	7	30,4	8	34,8	2,773	0,255*
Ara sıra	10	43,5	5	21,7		
Hayır	6	26,1	10	43,5		
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Menstrüel dönem dışında pelvik bölgede ağrı şikayeti						
Evet	16	69,6	11	47,8	2,269	0,332*
Ara sıra	5	21,7	9	39,1		
Hayır	2	8,7	3	13,0		
Toplam	23	100,0	23	100,0		
Menstrüasyon dışında kanama şikayeti						
Evet	6	26,1	3	13,0	2,362	0,307*
Ara sıra	5	21,7	3	13,0		
Hayır	12	52,2	17	73,9		
Toplam	23	100,0	23	100,0		

* Pearson Ki Kare Testi **Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.6'da girişim ve kontrol gruplarının menstrüel özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir. Menstrüel özelliklerden; menarş yaşı, menstrüel düzen, kaç günde bir menstrüasyon olduğu, menstrüel döneminin kaç gün sürdüğü, menstrüel dönemlerindeki ağrı durumu, ağrının ne kadar sürdüğü, ağrı kesici kullanma durumu, ağrı için sağlık kuruluşuna başvurup tedavi olma durumu, tedavi sonucu şikayet azalması, makatta ağrı ya da kanama şikayeti, idrar yaparken ağrı ya da kanama şikayeti, menstrüel dönem dışında pelvik bölgede ağrı ve kanama durumları açısından, girişim ve kontrol grupları arasında herhangi bir istatistiksel farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$). Menstrüasyonların ne zamandır ağrılı geçtiğine ($p=0,02$) dair özellik açısından, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel farklılığa rastlanılmıştır ($p<0.05$).

Girişim grubunda yer alan kadınların, menstrüel özelliklerine bakıldığında; %78,3'ünün 12-13 yaş aralığında menarş olduğu, %69,6'sının düzenli menstrüasyon döngüsüne sahip olduğu, %66,7'sinin menstrüasyonunun 7 gün ve altı sürdüğü belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %95,7'si ağrılı menstrüasyon yaşadığını, %52,2'si ağrıların menstrüasyonla başlayıp bitimiyle sonlandığını bildirmiştir. Ağrı kesici kullanma oranı %73,9 olarak belirlenmiş olup, kadınların %73,9'u ağrısı için bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, %58,8'i tedavi sonucunda fayda görmüştür. Kadınların %34,8'inin makatta ağrı ya da kanama, %30,4'ünün idrar yaparken ağrı ya da kanama, %69,6'sının menstrüel dönem dışında pelvik bölgede ağrı ve %26,1'inin menstrüasyon dışı kanama şikayeti mevcuttur.

Kontrol grubunda yer alan kadınların menstrüel özelliklerine bakıldığında; %65,2'sinin 12-13 yaş aralığında menarş olduğu, %56,5'inin düzenli menstrüasyon döngüsüne sahip olduğu, %90,9'unun menstrüasyonunun 7 gün ve altı sürdüğü belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %73,9'u ağrılı menstrüasyon yaşadığını, %43,5'i ağrıların menstrüasyonla başlayıp menstrüasyon bitimiyle sonlandığını bildirmiştir. Ağrı kesici kullanma oranı %82,6 olarak belirlenmiş olup, kadınların %52,2'si ağrısı için bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, %33,3'ü tedavi sonucunda fayda görmüştür. Kadınların %17,4'ünün makatta ağrı ya da kanama, %34,8'inin idrar yaparken ağrı ya da kanama, %47,8'inin menstrüel dönem dışında pelvik bölgede ağrı ve %13'ünün menstrüasyon dışı kanama şikayeti bulunmaktadır.

Girişim grubundaki kadınların %21,7'si, kontrol grubundaki kadınların %60,9'u, menstrüasyon ağrılarının menarştan beri devam ettiğini bildirmişlerdir. Girişim ve kontrol gruplarının menstrüasyon ağrılarının başlama zamanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır (p=0,02).

Tablo 4.7: Girişim ve Kontrol Gruplarının VAS Skorlaması Dağılımı.

	Girişim Grubu (n=23)		Kontrol Grubu(n=23)			
Değişken	**Ort±SS**	**Median (min-max)**	**Ort±SS**	**Median (min-max)**	**Z**	**p***
VAS Ağrı Şiddeti	8,91±1,99	10 (1-10)	8,39±2,21	10 (2-10)	-0,757	0,449

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7'de, girişim ve kontrol gruplarına ait menstrüel dönemde yaşadıkları ağrıya ilişkin VAS skorlamasına ait veriler gösterilmiştir. Girişim grubundaki kadınların ağrı ortalaması 8,91±1,99 (min=1; maks=10), kontrol grubundaki kadınların ağrı ortalaması 8,39±2,21 (min=2; maks=10), olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 4.8: Girişim ve Kontrol Gruplarının Endometriozis Tanı ve Tedavisine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması.

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Tanı koyulma zamanı						
1 ay-5 yıl	18	78,3	16	69,6		
6-10 yıl	4	17,4	2	8,7	3,451	0,178*
11-16 yıl	1	4,3	5	21,7		
Toplam	23	100	23	100		
Daha önce tedavi olma durumu						
Evet	13	56,5	11	47,8		
Hayır	10	43,5	12	52,2		0,768**
Toplam	23	100	23	100		
Tedavi türü						
Cerrahi	8	61,5	5	45,5		
İlaç	3	23,1	3	27,3		
Cerrahi+ İlaç	2	15,4	3	27,3	0,731	0,694*
Toplam	13	100	11	100		
Mevcut tedavi						
Cerrahi	2	18,2	3	21,4		
İlaç	9	81,8	11	78,6	0,906	0,636*
Toplam	**11**	**100,0**	**14**	**100,0**		

* Pearson Ki Kare Testi **Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.8'de, girişim ve kontrol gruplarının endometriozis tanı ve tedavisine ilişkin verilerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların %78,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %69,6'sı 1 ay-5 yıl aralığında endometriozis tanısı almıştır. Girişim grubundaki kadınların %56,5'i, kontrol grubundaki kadınların %47,8'i daha önce endometriozis tedavisi almıştır. Her iki gruptaki kadınların tanı koyulma zamanı, daha önce tedavi olma durumu, daha önce aldığı tedavi türü ve mevcut tedavileri arasında herhangi bir istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.9: Girişim ve Kontrol Gruplarının Cinsel Yaşam Verilerinin Karşılaştırılması.

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		
	n	%	n	%	p*
Cinsel ilişki sırasında/sonrasında ağrı					
Evet	16	80,0	13	72,2	
Hayır	4	20,0	5	27,8	0,709
Toplam	20	100	18	100	
Ağrı nedeniyle cinsel ilişkiyi sonlandırma					
Evet	12	60,0	12	66,7	
Hayır	8	40,0	6	33,3	0,745
Toplam	20	100	18	100	
Ağrı nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma					
Evet	13	65,0	10	55,6	
Hayır	7	35,0	8	44,4	0,741
Toplam	20	100	18	100	

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.9'da girişim ve kontrol gruplarının cinsel yaşam verilerinin karşılaştırılması gösterilmiştir. Girişim grubundaki kadınların %80'i, kontrol grubundaki kadınların %72,2'si cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı yaşamaktadır. Girişim grubundaki kadınların %65'i, kontrol grubundaki kadınların %55,6'sı ağrı nedeniyle cinsel ilişkiden kaçındığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların %37,5'i prezervatifle, %12,5'i oral kontraseptifle, %12,5'i takvim yöntemiyle, girişim grubunun %25'i, kontrol grubunun %37,5'i geri çekme yöntemiyle, girişim grubunun %12,5'i ise tüp ligasyonu ile aile planlamalarını sağlamaktadır. Girişim ve kontrol grupları arasında aile planlama yöntemi, cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı yaşama durumu, ağrı nedeniyle cinsel ilişkiyi sonlandırma ve ağrı nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınma durumları açısından herhangi farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10: Girişim ve Kontrol Gruplarının Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması.

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	**p***
Çocuk sahibi olma arzusu					
Evet	15	65,2	14	60,9	
Hayır	8	34,8	9	39,1	1,000
Toplam	23	100	23	100	
Daha önce infertilite tedavisi olma					
Evet	6	26,1	3	13,0	
Hayır	17	73,9	20	87,0	0,459
Toplam	23	100	23	100	

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4.10'da girişim ve kontrol gruplarının çocuk sahibi olma ile ilgili verilerine yer verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların %65,2'si, kontrol grubundaki kadınların %60,9'u çocuk sahibi olma arzusundadır. Girişim grubundan %26,1 kadın, kontrol grubundan %13 kadın daha önce infertilite tedavisi görmüştür. Çocuk sahibi olma arzusu ve daha önce infertilite tedavisi görme durumları açısından girişim ve kontrol grupları arasında farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Girişim ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık ve Endometriozis Bilgi Durumları ile İlgili Verilerin Karşılaştırılması.

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
Değişkenler	**n**	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Genel Sağlık Durumu						
Çok İyi	0	0	1	4,3		
İyi	10	43,5	12	52,2	1,604	0,658*
Kötü	10	43,5	8	34,8		
Çok Kötü	3	13,0	2	8,7		
Endometriozis hakkında yeterli bilgi sahibi düşünme durumu						
Evet	14	60,9	12	52,2		
Hayır	9	39,1	11	47,8		0,767**
Toplam	**23**	**100**	**23**	**100**		

* Pearson Ki Kare Testi **Fisher'in Kesin Testi

Tablo 4-11'de, girişim ve kontrol gruplarının genel sağlık ve endometriozis bilgi durumları ile ilgili verilerin karşılaştırılması gösterilmiştir. Girişim grubunda yer alan kadınların %69,9'u, kontrol grubundaki kadınların %52,2'si endometriozis hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu bildirmiştir. Girişim ve kontrol gruplarında yer alan kadınların, genel sağlık durumu ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olma durumlarında gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.2. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDA ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI'NIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, girişim ve kontrol grubunda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın yaşam kalitesi üzerine etkilerine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarının EHP-5 anketinden aldıkları ön ve son test puanlarının ve tanıtıcı özelliklerine göre EHP-5 puanlarının karşılaştırılmasına yönelik verilere yer verilmiştir.

Tablo 4.12. Girişim ve Kontrol Grubunun EHBP Öncesi (Ön Test) ve Sonrası (Son Test) EHP-5 Sonuçlarının Dağılımı.

Ölçek Maddeleri		Girişim Grubu				Kontrol Grubu			
		Ön Test		Son test		Ön Test		Son test	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı nedeniyle yürümekte zorlandınız	Asla	-	-	9	39,1	1	4,3	2	8,7
	Nadiren	2	8,7	4	17,4	2	8,7	4	17,4
	Bazen	8	34,8	4	17,4	9	39,1	8	34,8
	Sıklıkla	6	26,1	5	21,7	6	26,1	6	26,1
	Her zaman	7	30,4	1	4,3	5	21,7	3	13,0
Hissettiğiniz şikayetler yaşam şeklinizi değiştirmenize neden oldu	Asla	-	-	7	30,4	-	-	-	-
	Nadiren	1	4,3	2	8,7	1	4,3	1	4,3
	Bazen	2	8,7	5	21,7	5	21,7	6	26,1
	Sıklıkla	13	56,5	9	39,1	8	34,8	8	34,8
	Her zaman	7	30,4	-	-	9	39,1	8	34,8
Ruhsal durumunuzda değişiklik oldu	Asla	-	-	3	13,0	-	-	-	-
	Nadiren	1	4,3	5	21,7	-	-	1	4,3
	Bazen	2	8,7	9	39,1	3	13,0	3	13,0
	Sıklıkla	9	39,1	5	21,7	12	52,2	10	43,5
	Her zaman	11	47,8	1	4,3	8	34,8	9	39,1
Çevrenizdeki kişilerin yaşadığınız sıkıntıları anlamadığını hissettiniz	Asla	3	13,0	9	39,1	2	8,7	-	-
	Nadiren	1	4,3	5	21,7	2	8,7	2	8,7
	Bazen	5	21,7	5	21,7	3	13,0	8	34,8
	Sıklıkla	6	26,1	4	17,4	7	30,4	8	34,8
	Her zaman	8	34,8	-	-	9	39,1	5	21,7
Görünüşünüzün etkilendiğini hissettiniz	Asla	6	26,1	8	34,8	3	13,0	2	8,7
	Nadiren	-	-	8	34,8	1	4,3	-	-
	Bazen	5	21,7	3	13,0	4	17,4	6	26,1
	Sıklıkla	4	17,4	3	13,0	5	21,7	6	26,1
	Her zaman	8	34,8	1	4,3	10	43,5	9	39,1
Ağrı nedeniyle işyerinde görevlerinizi yapamadınız	Asla	3	13,0	9	39,1	7	30,4	7	30,4
	Nadiren	2	8,7	8	34,8	2	8,7	-	-
	Bazen	6	26,1	3	13,0	4	17,4	7	30,4
	Sıklıkla	6	26,1	3	13,0	3	13,0	6	26,1
	Her zaman	6	26,1	-	-	7	30,4	3	13,0
Çocuğunuza bakmakta zorlandınız	Asla	12	52,2	15	65,2	15	65,2	15	65,2
	Nadiren	-	-	4	17,4	-	-	1	4,3
	Bazen	6	26,1	3	13,0	2	8,7	1	4,3
	Sıklıkla	3	13,0	1	4,3	6	26,1	6	26,1
	Her zaman	2	8,7	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.12 (Devam):

Ölçek Maddeleri		Girişim Grubu				Kontrol Grubu			
		Ön Test		Son test		Ön Test		Son test	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı nedeniyle cinsel ilişki sırasında endişelendiniz	Asla	4	17,4	8	34,8	5	21,7	5	21,7
	Nadiren	-	-	-	-	1	4,3	1	4,3
	Bazen	1	4,3	8	34,8	3	13,0	2	8,7
	Sıklıkla	10	43,5	6	26,1	4	17,4	8	34,8
	Her zaman	8	34,8	1	4,3	10	43,5	7	30,4
Doktorların şikayetlerinizi kendi kafanızda kurduğunuzu düşündüğünü hissettiniz	Asla	10	43,5	15	65,2	16	69,6	13	56,5
	Nadiren	4	17,4	5	21,7	2	8,7	1	4,3
	Bazen	7	30,4	3	13,0	1	4,3	5	21,7
	Sıklıkla	2	8,7	-	-	3	13,0	2	8,7
	Her zaman	-	-	-	-	1	4,3	2	8,7
Tedavinizin faydalı olmaması nedeniyle hayal kırıklığına uğradınız	Asla	3	13,0	7	30,4	2	8,7	1	4,3
	Nadiren	1	4,3	7	30,4	3	13,0	2	8,7
	Bazen	4	17,4	3	13,0	4	17,4	4	17,4
	Sıklıkla	8	34,8	5	21,7	4	17,4	6	26,1
	Her zaman	7	30,4	1	4,3	10	43,5	10	43,5
Çocuk sahibi olamama ihtimali nedeniyle üzüldünüz	Asla	4	17,4	9	39,1	7	30,4	7	30,4
	Nadiren	-	-	1	4,3	1	4,3	2	8,7
	Bazen	4	17,4	3	13,0	2	8,7	1	4,3
	Sıklıkla	3	13,0	5	21,7	1	4,3	2	8,7
	Her zaman	12	52,2	5	21,7	12	52,2	11	47,8
Toplam		**23**	**100**	**23**	**100**	**23**	**100**	**23**	**100**

Tablo 4.12'de, girişim ve kontrol gruplarına ilişkin EHBP öncesi ve sonrasında EHP-5 anketindeki maddelere verilen yanıtların dağılımı verilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların EHP-5 anketi cevaplarına bakıldığında; hemşirelik programı öncesinde kadınların %30,4'ü her zaman ağrı nedeniyle yürüyemezken, program sonrasında bu oran %4,3'e düşmüştür. Kadınların %52,2'si her zaman ya da sıklıkla ağrı nedeniyle işlerini yapamadığını belirtirken, yapılan girişim ile kadınların %13'ü sıklıkla işlerini yapamadığını belirtmiştir. %30,4 kadın girişim öncesinde tedavisinin faydalı olmaması nedeniyle hayal kırıklığına uğradığını belirtirken, girişim sonrası bu oran %4,3'e gerilemiştir.

Kontrol grubundaki kadınların EHP-5 cevaplarına bakıldığında; ön testte kadınların %21,7'si ağrı nedeniyle yürüyemezken son testte bu oran %13'e düşmüştür. Kadınların %43,4'ü her zaman ya da sıklıkla ağrı nedeniyle işlerini yapamadığını

belirtirken son testte kadınların %39,1'ü her zaman ya da sıklıkla işlerini yapamadığını belirtmiştir. %43,5 kadın girişim öncesinde tedavisinin faydalı olmaması nedeniyle hayal kırıklığına uğradığını belirtirken son testte herhangi bir değişiklik göstermemiştir.

Tablo 4.13: EHP-5 Puanlarının Girişim ve Kontrol Grupları ile Ön Test ve Son Test Puanlarına Göre Karşılaştırılması.

EHP-5		**Ön Test**	**Son Test**		
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Z**	**p***
Ağrı	Girişim	69,56±24,95	33,69±33,37	-3,530	**<0,001**
	Kontrol	63,04±27,04	54,34±28,85	-1,384	0,16
	Z	-0,758	-2,097		
	p**	0,44	**0,03**		
Kontrol ve Güçsüzlük	Girişim	78,26±18,92	42,39±32,36	-3,424	**0,001**
	Kontrol	71,17±22,50	75,0±22,61	-0,535	0,59
	Z	-0,059	-3,297		
	p**	0,95	**0,001**		
Duygusal İyilik Hali	Girişim	82,60±20,55	45,65±26,81	-3,603	**<0,001**
	Kontrol	80,43±16,78	79,34±20,85	-0,264	0,79
	Z	-0,686	-3,998		
	p**	0,49	**<0,001**		
Sosyal Destek	Girişim	66,3±34,21	29,34±28,85	-3,574	**<0,001**
	Kontrol	70,65±32,55	67,39±23,15	-0,555	0,57
	Z	-0,458	-3,915		
	p**	0,64	**<0,001**		
Beden İmajı	Girişim	58,69±40,31	29,34±29,82	-3,272	**0,001**
	Kontrol	69,56±35,32	71,73±30,43	-0,491	0,62
	Z	-0,906	-3,902		
	p**	0,36	**<0,001**		
Çalışma Yaşamı	Girişim	60,86±33,56	25,0±26,11	-3,666	**<0,001**
	Kontrol	51,08±41,61	47,82±36,08	-0,905	0,36
	Z	-0,722	-2,147		
	p**	0,47	**0,03**		
Çocuklarla İlişki	Girişim	31,52±36,32	14,13±22,39	-2,859	**0,004**
	Kontrol	23,91±34,11	22,82±33,63	-0,577	0,56
	Z	-0,682	-0,532		
	p**	0,49	0,59		

Tablo 4.13 (Devam):

EHP-5		Ön Test	Son Test		
		Ort±SS	**Ort±SS**	**Z**	**p***
Cinsel Yaşam	Girişim	69,56±35,32	41,3±33,37	-3,035	**0,002**
	Kontrol	64,13±40,47	61,95±38,33	-0,816	0,41
	Z	-0,162	-2,205		
	p**	0,87	**0,02**		
Sağlık Profesyonelleri	Girişim	26,08±26,62	11,95±18,26	-2,812	**0,005**
	Kontrol	18,47±32,17	27,17±35,28	-1,994	**0,04**
	Z	-1,317	-1,254		
	p**	0,18	0,21		
Tedavi	Girişim	66,3±33,37	34,78±31,74	-3,224	**0,001**
	Kontrol	68,47±34,72	73,91±29,65	-0,929	0,35
	Z	-0,365	-3,683		
	p**	0,71	**<0,001**		
İnfertilite	Girişim	70,65±38,17	45,65±41,73	-3,097	**0,002**
	Kontrol	60,86±45,74	58,69±45,6	-1,414	0,15
	Z	-0,503	-1,242		
	p**	0,61	0,21		
Toplam EHP-5 Puanı	Girişim	61,8±11,4	32,1±18,7	-4,171	**<0,001**
	Kontrol	58,8±7,9	58,2±10,9	-0,460	0,64
	Z	-0,731	-4,423		
	p**	0,465	**<0,001**		

*Wilcoxon Testi, **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.13'te, EHP-5 puanlarının girişim ve kontrol grupları ile ön test ve son test puanlarına göre karşılaştırılmasına yönelik verilere yer verilmiştir.

Ön testte girişim ve kontrol gruplarının yanıtlarına bakıldığında en fazla duygusal iyilik halinde değişiklik olduğunu bildirmişlerdir (girişim: 82,60±20,55, kontrol: 80,43±16,78). Yaşam kalitesini etkileyen diğer alt boyutlar ise; kontrol ve güçsüzlük, infertilite, ağrı nedeniyle yürüyememek, cinsel yaşam, beden imajı, tedavinin faydalı olmaması, çalışma hayatı ve sosyal destek olarak sıralanabilir. Yaşam kalitesini en az etkileyen alt boyutlar sırasıyla, sağlık profesyonelleri ile ilişki (girişim: 26,08±26,62, kontrol: 18,47±32,17) ve çocuklarla ilişki (girişim: 31,52±36,32, kontrol: 23,91±34,11) olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun ön ve son test EHP-5 tüm alt boyut puanları

arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun ön ve son test puanları, EHP-5 alt boyutlarından sağlık profesyonelleri ile ilişki durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmakta ($p<0.05$), diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Girişim ve kontrol gruplarının ön test sonuçlarına göre; tüm EHP-5 alt boyutları açısından birbirine benzer olduğu, son testte ise; ağrı, kontrol ve güçsüzlük, duygusal iyilik hali, sosyal destek, beden imajı, çalışma yaşamı, cinsel yaşam ve tedavi alt boyutlarında girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Girişim grubunun EHBP öncesi EHP-5 puan ortalaması (61,8±11,4) ile EHBP sonrası EHP-5 puan ortalaması (32,1±18,7) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol grubu EHP-5 puan ortalamasına bakıldığında; EHBP öncesi (58,8±7,9) ve sonrası (58,2±10,9) arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunun ön test EHP-5 puanı (61,8±11,4) ve kontrol grubunun ön test EHP-5 puanı (58,8±7,9) arasında anlamlı olarak bir fark bulunmamıştır. Girişim grubunun son test EHP-5 puanı (32,1±18,7), kontrol grubunun son test puanına (58,2±10,9) göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.14: Girişim ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri ile Ön ve Son Test EHP-5 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu Toplam EHP-5 Puanları					Kontrol Grubu Toplam EHP-5 Puanları				
		n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	Test Değeri	p	n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	Test Değeri	p
BKİ	≤24,99	13	63,28±12,81	34,09±20,43	-3,112**	**0,002**	13	60,13±7,90	60,66±8,91	-0,234*	0,81
	≥25,0	10	60,0±9,59	29,54±17,04	-2,812**	**0,005**	10	57,27±8,14	55,0±12,93	1,074*	0,31
Eğitim Durumu	Lise ve altı	11	63,63±12,15	35,95±11,17	-2,674**	**0,006**	10	59,09±9,15	58,63±12,53	0,173*	0,86
	Üniversite ve üzeri	12	60,22±10,94	28,59±18,47	-2,148**	**0,006**	13	58,74±7,29	58,86±10,10	0,440*	0,66
Çocuk Sayısı	0	12	61,55±11,32	30,49±18,92	-3,065**	**0,002**	14	58,92±7,04	60,06±9,99	-0,524*	0,60
	1	7	62,66±12,98	37,66±21,11	-2,201**	**0,02**	3	50,09±13,82	56,06±19,59	-0,447**	0,65
	≥2	4	61,36±12,02	27,27±16,17	-1,841**	**0,005**	6	54,54±5,56	51,70±9,70	0,837*	0,46
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	65,08±13,18	35,12±22,20	-2,847**	**0,004**	12	59,46±7,11	60,41±8,01	-0,447*	0,66
	Çalışmıyor	12	58,90±9i06	29,35±15,42	-3,066**	**0,002**	11	58,26±9,10	55,78±13,45	1,086*	0,30
Menarş Yaşı	9-11 yaş	2	60,22±14,46	4,54±6,42	-1,342**	0,18	1	-	-	-	-
	12-13 yaş	18	61,99±12,04	34,09±17,96	-3,686**	**<0,001**	15	57,72±6,80	57,12±10,23	0,319*	0,75
	14-16 yaş	3	62,12±9,46	38,63±15,74	-1,604**	0,10	7	59,09±8,80	57,79±11,50	0,391*	0,70
Menstrüel Dönem Ağrısı	Evet	22	61,77±11,66	32,02±19,19	-4,079**	**<0,001**	17	60,16±7,87	58,68±12,40	0,824*	0,42
	Ara sıra	1	-	-	-	-	6	55,30±7,69	56,81±5,74	-0,459*	0,66

Tablo 4.14 (Devam):

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu Toplam EHP-5 Puanları					Kontrol Grubu Toplam EHP-5 Puanları				
		n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	Test Değeri	p	n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	Test Değeri	p
Mevcut Tedavi	Cerrahi	2	56,81±6,42	39,77±4,82	-1,342**	0,18	3	58,33±10,74	54,54±5,54	1,000*	0,42
	İlaç	9	66,91±10,96	35,60±17,71	-2,670**	**0,008**	11	55,22±5,25	52,95±8,90	0,958*	0,36
Sigara Kullanımı	Evet	9	68,68±11,40	38,88±22,28	-2,668**	**0,008**	6	58,71±8,90	56,81±11,93	0,558*	0,60
	Hayır	14	57,46±9,32	27,75±15,41	-3,243**	**0,001**	17	58,95±7,89	58,68±10,93	0,149*	0,88
Ekonomik Durum	Kötü	2	51,13±1,60	30,68±4,82	4,500*	0,13	2	50,00	48,86±11,24	0,143*	0,91
	Orta	15	64,69±11,61	35,90±19,64	-3,359**	**0,001**	12	59,46±7,04	60,22±10,09	-0,316*	0,75
	İyi	6	58,33±10,43	23,10±17,91	-2,201**	**0,02**	9	60,51±9,71	59,09±11,96	0,741*	0,48
Endometriozis Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	14	61,03±11,61	27,43±19,25	-3,301**	**0,001**	12	59,84±9,46	60,22±9,06	-0,190*	0,85
	Hayır	9	63,13±11,63	39,39±16,34	-2,552**	**0,01**	11	57,85±6,21	55,99±12,78	0,748*	0,47

*Bağımlı gruplarda T Testi **Wilcoxon Testi

Tablo 4.14'te, girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri ile EHP-5 anketinden aldıkları ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Girişim grubunun BKİ, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, menstrüel dönem ağrısı, sigara kullanımı ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olma durumları ile EHP-5 anketinden aldıkları ön ve son test toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Girişim grubunda, menarş yaşı 9-11 yaş ve 14-16 yaş aralıklarında olan kadınların EHP-5 ön ve son test puanları arasında düşüş görülse de istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Girişim grubunda menarş yaşı 9-11 yaş ve 14-16 yaş kategorisinde olan kadınların sayısının az olduğu dikkate alınmalıdır. 12-13 yaş aralığında menarş yaşayan kadınların ön ve son testte aldıkları toplam puanlar arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Şimdiki tedavisi cerrahi olan girişim grubunda yer alan kadınların, EHP-5 ön ve son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ilaç tedavisi alan kadınların puanları arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Ekonomik durumunu orta ve iyi olarak tanımlayan kadınların, EHP-5 ön ve son test puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$), fakat ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan kadınların puanları arasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Girişim grubunda, menarş yaşı 9-11 yaş ve 14-16 yaş olan, şimdiki tedavisi cerrahi olan ve ekonomik durumunu kötü olarak tanımlanan kadınların sayısının oldukça az olduğu dikkate alınmalıdır.

Kontrol grubunda yer alan kadınların BKİ, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, menarş yaşı, menstrüel dönem ağrısı, mevcut tedavisi, sigara kullanımı, ekonomik durumu ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olma durumlarının EHP-5 anketinden aldıkları ön ve son test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

4.3. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDA ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI'NIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, girişim ve kontrol grubunda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkilerine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarının SYBDÖII ölçeğinden aldıkları ön ve son test puanlarının ve tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖII ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik verilere yer verilmiştir.

Tablo 4.15: Girişim Grubunun Ön Test ve Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=23).

	Ön Test		Son Test			
SYBDÖII Ölçeği Alt Boyutları	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Test Değeri**	**p**
Sağlık Sorumluluğu	23,0	4,49	28,30	3,33	-7,75↓	**<0,001***
Fiziksel Aktivite	15,17	5,28	22,39	5,59	-6,12↓	**<0,001***
Beslenme	20,52	3,89	25,86	4,19	-4,20↓↓	**<0,001****
Kendini Gerçekleştirme	27,04	5,13	31,47	3,32	-5,61↓	**<0,001***
Kişilerarası İlişkiler	26,60	3,34	31,30	2,75	-4,21↓↓	**<0,001****
Stres Yönetimi	19,69	4,23	24,82	3,82	-8,14↓	**<0,001***
SYBDÖII Toplam Puan	132,04	19,81	164,17	18,83	-11,36↓	**<0,001***

↓ t değeri *Bağımlı Gruplarda T Testi ↓↓Z değeri **Wilcoxon Testi

Tablo 4.15'te, girişim grubuna ait EHBP öncesi ve sonrası SYBDÖII toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Girişim grubunun ön test puan ortalaması (132,04±19,81), son test puan ortalamasına (164,17±18,83) göre istatistiksel olarak ileri düzeyde düşük bulunmuştur. SYBDÖII tüm alt boyutlarında girişim grubunun ön test puanları, son test puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 4.16: Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	Ön Test		Son Test			
SYBDÖII Ölçeği Alt Boyutları	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Test Değeri**	**p**
Sağlık Sorumluluğu	23,26	5,31	23,13	4,84	-0,70↓↓	0,48**
Fiziksel Aktivite	17,08	6,13	16,08	4,65	1,23↓	0,23*
Beslenme	21,13	4,92	20,34	4,30	2,35↓	**0,02***
Kendini Gerçekleştirme	25,91	5,47	27,00	4,88	-2,63↓	**0,01***
Kişilerarası İlişkiler	25,21	4,95	25,86	4,25	-1,57↓	0,13*
Stres Yönetimi	18,60	5,21	18,73	4,07	-0,30↓	0,76*
SYBDÖ Toplam Puan	131,21	25,46	131,17	22,86	0,02↓	0,98*

↓ t değeri *Bağımlı Gruplarda T Testi ↓↓Z değeri **Wilcoxon Testi

Tablo 4.1'de kontrol grubuna ait EHBP öncesi ve sonrası SYBDÖII toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması (131,21±25,46) ile son test puan ortalaması (131,17±22,86) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). SYBDÖII alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamalarına bakıldığında ön test ve son test arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Beslenme ve kendini gerçekleştirme alt boyutlarının ön ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla p=0,02 ve p=0,01).

Tablo 4.17: Ön Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (n=23).

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
SYBDÖII Ölçeği Alt Boyutları	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**t**	**p***
Sağlık Sorumluluğu	23,00	4,49	23,26	5,31	-0,18	0,85
Fiziksel Aktivite	15,17	5,28	17,08	6,13	-1,13	0,26
Beslenme	20,52	3,89	21,13	4,92	-0,46	0,64
Kendini Gerçekleştirme	27,04	5,13	25,91	5,47	0,72	0,47
Kişilerarası İlişkiler	26,60	3,34	25,21	4,95	1,11	0,27
Stres Yönetimi	19,69	4,23	18,60	5,21	0,77	0,44
SYBDÖ Toplam Puan	132,04	19,81	131,21	25,46	0,12	0,90

*Bağımlı Gruplarda T Testi

Tablo 4.17'de ön test SYBDÖII toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir. EHBP öncesinde yapılan SYBDÖII ön testinde girişim ve kontrol grupları arasında toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.18: Son Test SYBDÖII Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması (n=23).

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
SYBDÖII Ölçeği Alt Boyutları	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Ortalama**	**Standart sapma**	**Test Değeri**	**p**
Sağlık Sorumluluğu	28,30	3,33	23,13	4,84	4,21↓	**<0,001***
Fiziksel Aktivite	22,39	5,59	16,08	4,65	4,15↓	**<0,001***
Beslenme	25,86	4,19	20,34	4,30	-3,76↓↓	**<0,001****
Kendini Gerçekleştirme	31,47	3,32	27,00	4,88	3,63↓	**0,001***
Kişilerarası İlişkiler	31,30	2,75	25,86	4,25	-4,03↓↓	**<0,001****
Stres Yönetimi	24,82	3,82	18,73	4,07	5,22↓	**<0,001***
SYBDÖII Toplam Puan	164,17	18,83	131,17	22,86	5,34↓	**<0,001***

↓ t değeri *T Testi ↓↓Z değeri **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.18'de son test SYBDÖII toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının girişim ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması gösterilmiştir. EHBP sonrasında yapılan son testte girişim grubunda, kontrol grubuna kıyasla SYBDÖII toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde fark bulunmuştur ($p \leq 0,001$).

Tablo 4.19: Girişim ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özellikleri ile Ön ve Son Test SYBDÖII Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu SYBDÖII Puanları					Kontrol Grubu SYBDÖII Puanları				
		n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p*	n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p*
BKİ	≤24,99	13	135,61±19,25	166,53±20,08	-9,683	**<0,001**	13	135,23±30,68	133,07±28,66	1,366	0,19
	≥25,0	10	127,40±20,57	161,10±17,61	-6,510	**<0,001**	10	126,0±16,60	128,70±13,05	-0,711	0,49
Eğitim Durumu	Lise ve altı	11	136,09±18,08	164,63±16,23	-7,730	**<0,001**	10	115,40±18,75	118,80±20,97	-1,035	0,32
	Üniversite ve üzeri	12	128,33±21,36	163,75±21,66	-8,963	**<0,001**	13	143,38±23,57	140,69±20,06	1,333	0,20
Çocuk Sayısı	0	12	131,75±19,73	165,83±18,45	-7,926	**<0,001**	14	136,28±29,81	132,92±27,84	1,775	0,09
	1	7	134,0±22,22	157,57±21,97	-8,570	**<0,001**	3	114,0±11,53	119,66±4,72	-1,097	0,38
	≥2	4	129,50±21,11	170,75±14,70	-7,174	**0,006**	6	122,50±11,15	130,25±10,04	-1,103	0,35
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	136,45±18,55	169,09±20,82	-7,270	**<0,001**	12	143,25±25,82	139,08±24,59	1,981	0,07
	Çalışmıyor	12	128,0±20,85	159,66±16,39	-8,517	**<0,001**	11	118,09±18,14	122,54±18,10	-1,645	0,13
Menarş Yaşı	9-11 yaş	2	134,00±12,72	177,0±16,97	-2,048	0,28	1	-	-	-	-
	12-13 yaş	18	128,83±20,29	161,66±19,47	-12,803	**<0,001**	15	134,60±25,87	131,73±24,39	1,534	0,14
	14-16 yaş	3	150,0±12,52	170,66±15,82	-2,236	0,15	7	128,14±25,14	132,28±21,95	-1,037	0,34

Tablo 4.19 (Devam):

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu SYBDÖII Puanları					Kontrol Grubu SYBDÖII Puanları				
		n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p*	n	Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p*
Menstrüel Dönem Ağrısı	Evet	22	131,04±19,67	163,77±19,17	-11,313	**<0,001**	17	133,94±25,87	134,41±22,09	-0,195	0,84
	Ara sıra	1	-	-	-	-	6	123,50±24,77	122,0±24,51	0,557	0,60
Mevcut Tedavi	Cerrahi	2	141,0±4,48	172,50±16,26	-5,727	0,11	3	139,0±24,02	139,33±15,50	-0,067	0,95
	İlaç	9	135,66±17,72	170,11±17,13	-8,143	**<0,001**	11	120,20±14,28	122,80±17,04	-0,854	0,41
Sigara Kullanımı	Evet	9	141,66±15,36	167,33±16,96	-6,793	**<0,001**	6	134,16±25,58	132,83±24,16	0,800	0,46
	Hayır	14	125,85±20,34	162,14±20,29	-9,991	**<0,001**	17	130,17±26,12	130,58±23,12	-0,164	0,87
Ekonomik Durum	Kötü	2	104,50±0,70	140,0±11,31	-4,176	0,15	2	118,50±21,92	122,0±21,21	-7,000	0,09
	Orta	15	131,33±19,82	160,20±15,98	-8,976	**<0,001**	12	126,0±26,01	124,66±24,91	0,791	0,44
	İyi	6	143,0 ±13,34	182,16±12,23	-6,066	**0,002**	9	144,87±23,13	142,50±18,84	0,713	0,49
Endometriozis Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	14	132,42±17,61	166,92±17,09	-9,706	**<0,001**	12	132,25±23,52	132,41±22,24	-0,094	0,92
	Hayır	9	131,44±23,96	159,88±21,60	-6,138	**<0,001**	11	130,09±28,54	129,81±24,53	0,076	0,94

*Bağımlı gruplarda T Testi

Tablo 4.19'da girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri ile ön ve son test SYBDÖII ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Girişim grubunda yer alan kadınların BKİ, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, menstrüel dönem ağrısı, sigara kullanımı ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olma durumları ile SYBDÖII'den aldıkları ön ve son test puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Girişim grubunda menarş yaşı 9-11 yaş ve 14-16 yaş aralıklarında olan kadınların SYBDÖII ön ve son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), 12-13 yaş aralığında menarş yaşayan kadınların aldıkları puanlar arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Şimdiki tedavisi cerrahi olan girişim grubunda yer alan kadınların, SYBDÖII ön ve son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), ilaç tedavisi alan kadınların puanları arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Ekonomik durumunu orta ve iyi olarak tanımlayan kadınların SYBDÖII ön ve son test puanları arasında anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$) fakat ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan kadınların puanları arasında puan artışı olsa da istatiksel bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Girişim grubunda, 9-11 yaş ve 14-16 yaş aralıklarında menarş olan, şimdiki tedavisi cerrahi olan ve ekonomik durumunu kötü olarak tanımlanan kadınların sayısının oldukça az olduğu dikkate alınmalıdır.

Kontrol grubunda yer alan kadınların BKİ, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, menarş yaşı, menstrüel dönem ağrısı, mevcut tedavisi, sigara kullanımı, ekonomik durumu ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olma durumlarının SYBDÖII ölçeğinden aldıkları ön ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.20: Girişim ve Kontrol Gruplarının EHP-5 ve SYBDÖII Ön ve Son Test Puan İlişkisi.

EHP-5 Toplam Puanları			SYBDÖII Ölçeği (Ön test) Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kendini Gerçekleştirme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBDÖII Toplam Puan
EHP-5 Ön Test	Girişim	r	,405	,110	,168	,162	,011	,288	,260
		p	,06	,61	,44	,46	,96	,18	,23
	Kontrol	r	,196	**,424**	,109	,256	,308	-,037	,271
		p	,36	**,04**	,62	,23	,15	,86	,21
			SYBDÖII Ölçeği (Son Test)						
EHP-5 Son Test	Girişim	r	-,200	-,407	-,363	-,254	**-,426**	-,254	-,396
		p	,36	,06	,08	,24	**,04**	,24	,06
	Kontrol	r	,024	-,002	-,072	-,104	-,104	-,228	-,091
		p	,91	,99	,74	,63	,63	,29	,67

r= Pearson Korelasyon Testi

Tablo 4.20’de, girişim ve kontrol gruplarının EHP-5 ve SYBDÖII ön ve son test puan ilişkisine yer verilmiştir.

Kontrol grubunun ön testinde EHP-5 puanı ile SYBDÖII alt boyutlarından fiziksel aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta dereceli bir ilişki saptanmıştır (p=0,04 ve r=0,424). Kontrol grubunun ön ve son test SYBDÖII alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile EHP-5 puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Girişim grubunda EHP-5 ve SYBDÖII ölçeklerinin son test puanları değerlendirildiğinde, kişiler arası ilişkileri alt boyutunda istatiksel olarak anlamlı negatif yönde orta dereceli ilişki saptanmıştır (p=0,04 ve r=-0,426). Girişim grubunun ön test ve son test SYBDÖII alt boyutlarından; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi ile EHP-5 puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

4.4. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ DOĞRULTUSUNDA GELİŞTİRİLEN ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI'NA YÖNELİK GÖRÜŞ VE DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, girişim grubundaki kadınlara uygulanan, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda oluşturulmuş olan EHBP'na yönelik kadınların görüş ve değerlendirmelerine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 4.21: Girişim Grubunun Uygulanan EHBP'na İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.

İfadeler	Evet n (%)	Kısmen n (%)	Hayır n (%)
1. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programından memnuniyet durumu	23 (100)	-	-
2. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programıyla endometriozis hakkında bilgi düzeyi artışı	23 (100)	-	-
3. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programıyla ağrılarda azalma	19 (82,6)	4 (17,4)	
4. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programıyla cinsel hayatta olumlu gelişmeler	12 (52,2)	8 (34,8)	3 (13,0)
5. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki beslenme önerilerine uyum	13 (56,5)	9 (39,1)	1 (4,3)
6. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki fiziksel aktivite önerilerine uyum	10 (43,5)	12 (52,2)	1 (4,3)
7. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki cinsel yaşam ile ilgili önerilere uyum	9 (39,1)	11 (47,8)	3 (13,0)
8. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki uyku hijyeni önerilerine uyum	15 (65,2)	8 (34,8)	-
9. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki kişiler arası ilişkileriniz ile ilgili önerilere uyum	15 (65,2)	8 (34,8)	-
10. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki stres yönetimine yönelik önerilere uyum	14 (60,9)	8 (34,8)	1 (4,3)

Tablo 4.21 (Devam):

İfadeler	Evet n (%)	Kısmen n (%)	Hayır n (%)
11. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programındaki sağlık sorumluluğuna yönelik önerilere uyum	16 (69,6)	7 (30,4)	-
12. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programının süresinden memnuniyet	21 (91,3)	2 (8,7)	-
13. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programının kapsamından memnuniyet	23 (100)	-	-
14. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı sunan hemşirenin bilgi donanımından memnuniyet	23 (100)	-	-
15. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı sunulan mekandan memnuniyet	22 (95,7)	1 (4,3)	-

Tablo 4.21'de girişim grubunun uygulanan EHBP'na ilişkin görüşlerinin dağılımına yer verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların tamamı (n=23) yapılan programdan memnuniyetlerini ve endometriozis hakkında bilgi düzeylerini arttırdığını bildirmiştir. Kadınların %82,6'sı ağrılarının azaldığını, %52,2'si cinsel hayatında olumlu gelişmeler yaşadığını belirtmiştir.

Sadece bir kadın, beslenmesinin düzenli olmaması nedeniyle verilen beslenme tavsiyelerini uygulayamadığını, dokuz kadın ise yaşam koşulları, yoğun çalışma ve zaman bulamama nedenleri ile kısmen uyguladığını bildirmiştir. Sadece bir kadın, yaşadığı ağrı nedeniyle fiziksel aktivite tavsiyelerini uygulayamadığını, 12 kadın ise yaşam koşulları, yoğun çalışma ve zaman bulamama nedenleri ile kısmen uyguladığını bildirmiştir. Cinsel aktif olmayan üç kadının cinsel yaşam ile ilgili tavsiyeleri uygulamadığı, 11 kadının ise tavsiyeleri kısmen uyguladığı bulunmuştur. Uyku alışkanlıkları, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ile ilgili tavsiyeleri kadınların %34,8'inin yaşam koşulları, yoğun çalışma ve zaman bulamama nedenleri ile kısmen uyguladığını bildirmiştir. Stres yönetimini bir kadının şiddetli sınav stresi yaşadığı için uygulayamadığı belirlenmiştir. Kadınların %69,6'sı sağlık sorumluluklarına yönelik tavsiyeleri uyguladığını belirtmiştir.

Kadınların 21'i programın süresinden, tamamı (n=23) kapsamından ve hemşirenin bilgi donanımından, 22'si sunulan mekandan memnun kaldığını bildirmiştir.

Kadınların EHBP'nın daha etkili olabilmesi için verdikleri önerilere bakıldığında; iki kadın bu programın daha fazla kadına ulaştırılması gerektiğini, dört kadın her kontrolde hemşireye ulaşmak istediğini, bir kadın endometriozisli çalışan kadınlara erken emeklilik hakkı tanınması gerektiğini, bir kadın danışma merkezleri kurulmasını, iki kadın programa eşlerin dahil edilmesini, bir kadın programın sürekli olması gerektiğini ve bir kadın sosyal medyadan da ulaşabilmek istediğini belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

Endometriozis karmaşık bir hastalık olup kadınların yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemektedir. Endometriozis tedavisinde amaç kadının yaşam kalitesini yükseltmek, ağrılarını azaltmak ve endometriozis yönetimini sağlamaktır. RCN'e göre hemşirelerin aktif olarak rol alabilecekleri bir alan olan endometriozisin bakımında literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır (RCN, 2021). Endometriozisi olan kadınların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bu konuda hemşirelik bakımına ilişkin yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

Hemşirelik araştırmalarında model kullanımı; yeni bir bakış açısı, yeni bir yol haritası ve bilinmeyene ışık kaynağı sunarak bilgiye ulaşmayı sağlamaktadır. Hemşirelik uygulamalarında bireyin bakım ihtiyaçlarının en kısa sürede tanımlanması, buna yönelik girişimlerin planlanarak sistematik bir çerçevede uygulanması, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve hemşirelik girişimlerinin görünürlüğünü ve bağımsızlığını arttırmada modellerin etkisi göz ardı edilemez. Model kullanımının bir diğer amacı ise araştırmacılara standardizasyon sağlayarak kanıt düzeyinde bilgiye ulaşmaya yönlendirmektir. Girişimlerin geliştirilmesi ve sınanmasına yol göstermek, bulguların ve çalışma sonuçlarının bilimsel bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır (Sert ve diğ., 2014; Paşalak ve diğ., 2018). Literatür incelendiğinde, endometriozisli kadınlara, hemşirelik bakımı verilirken model kullanılan tek bir çalışmaya (Yousif ve diğ., 2019) rastlanılmıştır. Çalışmamızda, endometriozisli kadınlara verilen hemşirelik bakımının kavramsal çerçevesini oluşturmak için Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılmıştır. Kadınların yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmek için Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın etkinliğini belirlemek amacıyla bu çalışma yürütülmüştür.

Bu bölümde, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP etkinliği dört başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu’ndan Elde Edilen Bulguların Tartışılması.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.

5.3. Girişim ve Kontrol Grubunda Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.

5.4. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı’na Yönelik Görüş ve Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması.

5.1. KADINLARIN TANITICI BİLGİ FORMU'NDAN ELDE EDİLEN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, çalışmaya katılan kadınlara ait sosyodemografik, obstetrik, menstrüel, endometriozis öyküsü ve genel sağlık öykülerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Kadınların kronik hastalıkları, geçirdiği ameliyatları, ailesinde endometriozis bulunma durumları ve ağrı şiddetlerine yönelik bulguların literatürde yer alan çalışmalarla tartışılmasına yer verilmiştir.

Girişim ve kontrol grupları arasında benzerliklerin olması, uygulanan girişimin değerlendirilmesinde etkin sonuç alabilmek için beklenilen bir durumdur. Çalışmamızda girişim ve kontrol grupları arasında yaş, BKİ, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma, sosyal güvence ve ekonomik durumları benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1).

Endometriozis en sık üreme döneminde görülmektedir. Menopozal dönemde yarattığı etkiler azalama eğilimindedir (Barbosa ve diğ., 2011). Kahveci ve diğ.'nin endometriozisli infertil kadınların D vitamini düzeyini belirlediği çalışmasında; kadınların yaş ortalaması 32,7±5,6, Öztürk ve Yıldırım Karaca'nın abdominal duvar endometriozis olgularını incelediği çalışmada 32,5±5,5, Şahin'in endometriozisli kadınların yaşam kalitesini belirlemek için yaptığı çalışmada 34,52±7,2, Arslan'ın kadınların yaşam kalitesini ve anksiyetesini incelediği çalışmasında ise 31,80±8,59 olarak bulunmuştur (Arslan, 2021; Kahveci ve diğ., 2020; Öztürk ve Yıldırım Karaca, 2021). Kanada'da endometriozisin kadınların yaşam kalitesine etkisini inceleyen, Soliman ve diğ.'nin çalışmasında; kadınların yaş ortalaması 35,5±8,1, İtalyan kadınlarda duygu durum ve anksiyetenin endometriozis ile ilişkisine bakan Cavaggioni ve diğ.'nin çalışmasında 35,0±7,6 olarak bulunmuştur (Cavaggioni ve diğ., 2014; Soliman ve diğ., 2020). Stull ve diğ.'nin iki farklı endometriozis grubu ile yürüttüğü çalışmasında; ilk grubun yaş ortalaması 30,8±5,9, ikinci grubun yaş ortalaması 31,4±6,4 olarak bulunmuştur. (Stull ve diğ., 2014) Endometriozisli İspanyol kadınların yaşam kalitesini inceleyen Agarwal ve diğ.'nin çalışmasında ise yaş ortalaması 36,3±7,4 olarak bulunmuştur (Adoamnei ve diğ., 2021). Çalışmamızda tüm kadınların yaş ortalaması 32,97±7,54, girişim grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 33,26±7,40 ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması 32,69±7,84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Endometriozisin, kadınların yaş dönemine göre yaşam kalitesini etkilemesi olasıdır. Literatürde yer alan iki çalışma, endometriozisten etkilenen kadınların, yaşamlarının farklı dönemlerinde farklı alanlarının etkilendiğini ve böylece yaşam

kalitesinin bozulduğunu ifade etmiştir (Missmer ve diğ., 2021; Moradi ve diğ., 2014). Yaş dönemleri ile yaşam kalitesinin pozitif bir korelasyon gösterdiğini ve yaşam kalitesini bozan unsurların adolesan dönem için eğitim, genç yetişkin dönem için yaşam fırsatları ve istihdam, 35 yaş ve üstü kadınlar için finansal kaygılar olduğu belirtilmiştir (Missmer ve diğ., 2021).

BKİ ile endometriozis ilişkisini inceleyen Holdsworth-Carson ve diğ.'nin çalışmasında; kadınların %4,5'inin BKİ'si 18,5 altında, %56'sının BKİ'si 18,5 ve 24,9 arasında, %25,2'sinin BKİ'si 25 ve 29,9 arasında ve %14.3'sinin BKİ'si 30'un üzerinde olduğu belirtilmiştir (Holdsworth-Carson ve diğ., 2018). Arslan'ın çalışmasında; kadınların %7,6'sının BKİ'si 18,5 altında, %49,3'ünün BKİ'si 18,5 ve 24,9 arasında, %35,7'sinin BKİ'si 25 ve 29,9 arasında ve %11,4'ünün BKİ'si 30'un üzerinde olduğu bildirilmiştir (Arslan, 2021). Çalışmamızdaki girişim ve kontrol gruplarının BKİ verileri literatürde yer alan araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4-1).

Şahin'in çalışmasında endometriozisli kadınların %71,7'sinin evli olduğu bulunmuştur (Şahin, 2010). Adoamnei ve diğ.'nin çalışmasında, endometriozisli kadınların %67,7'sinin medeni durumunun evli olduğu, Facchin ve diğ.'nin endometriozisli kadınlarda ikili ilişkileri ve psikolojik sağlığı incelediği çalışmasında, kadınların %47,5'inin evli olduğu bildirilmiştir (Adoamnei ve diğ., 2021; Facchin ve diğ., 2021). Çalışmamızda girişim grubundaki kadınların %78,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %60,9'unun evli olduğu bulunmuştur (Tablo 4-1). Bu çalışma evli kadın oranı açısından Şahin ve Adoamnei ve diğ.'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı raporuna göre lise ve üzeri eğitim alan kadın oranı; 25-29 yaş aralığında %53,6, 30-34 yaş aralığında ise %43,1 olarak bulunmuş olup, eğitim düzeyinin ailenin refah seviyesi ile orantılı olduğu belirtilmiştir (TNSA, 2018). Üniversite ve üzerinde eğitim alan endometriozisli kadınların oranları; Arslan'ın çalışmasında %46,4, Soliman ve diğ.'nin çalışmasında %38,1, Adoamnei ve diğ.'nin çalışmasında %42,3, Facchin ve diğ.'nin çalışmasında %41,8 olarak bulunmuştur (Adoamnei ve diğ., 2021; Facchin ve diğ., 2021; Arslan, 2021; Soliman ve diğ., 2020). Çalışmamızda üniversite ve üzerinde eğitim alan girişim grubundaki kadınların oranı %52,2, kontrol grubunda ise %56,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-1). Literatürde yer alan çalışmalarla kıyaslandığında kadınların eğitim düzeyi çalışmamızda daha yüksek, TNSA 2018 verileri ile benzer düzeylerde bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların %52,2'si ekonomik durumunu orta olarak tanımlanmıştır. Eğitim seviyesinin yüksek olması maddi gelir seviyesi ile korelasyon halindedir (Tablo 4-1).

TNSA 2018 verilerine göre kadınların %28'i çalışmaktadır (TNSA, 2018). Facchin ve diğ.'nin yaptığı çalışmaya göre kadınların %48,4'ünün çalışmakta, Adoamnei ve diğ.'nin çalışmasında %66'sının çalışmakta olduğu belirtilmiştir (Adoamnei ve diğ., 2021; Facchin ve diğ., 2021). Çalışmamızda kadınların %47,8'inin çalıştığı bulunmuş olup TNSA verilerinden yüksek olduğu, diğer çalışmalar ile uyum sağladığı görülmektedir (Tablo 4-1). Çalışan endometriozisli kadınların çalışma yaşamı endometriozis nedeniyle sekteye uğramaktadır. Semptomlarının yoğun olduğu dönemlerde istirahat etmek yerine çalışmak zorunda kalmaları, çalışan kadınları daha fazla tedavi ve bakım arayışı içerisine yöneltebileceği değerlendirilmektedir. Çalışmamızın örneklemi polikliniğe başvuran kadınlardan oluştuğu için çalışan kadın oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

TNSA 2018 verilerinde kadınların %90'ının herhangi bir sağlık sigortasına sahip olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Arslan'ın çalışmasında %89 kadının sosyal güvencesi olduğu, Soliman ve diğ.'nin çalışmasında %83,2'sinin özel veya devletin sunduğu bir sağlık sigortasının bulunduğu belirtilmiştir (Arslan, 2021; Soliman ve diğ. 2020). TNSA verilerine ve literatürdeki çalışmalara uyumlu olarak çalışmamızda kadınların %87'sinin sağlık sigortasının bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Literatürde, sigara kullanımının östrojen seviyesini düşürmesi sebebiyle endometriozis semptomlarını azaltabileceğine yönelik çalışmalar mevcut olsa da sigaranın birçok zararlı etkisi mevcuttur (Shafrir ve diğ., 2018). Kahveci ve diğ.'nin çalışmasında endometriozisli kadınların %30'unun, Holdsworth-Carson ve diğ.'nin çalışmasında %26,3'ünün sigara kullandığı belirtilmiştir (Holdsworth-Carson ve diğ., 2018; Kahveci ve diğ., 2020). Avusturalyalı kadınlarda endometriozis prevalans ve insidans belirleme çalışmasında, sigara içen endometriozisli kadınların oranı %30,6 olarak belirlenmiştir (Rowlands ve diğ., 2021). Çalışmamızda girişim grubunun %39,1'i, kontrol grubunun %26,1'i sigara kullanmaktadır (Tablo 4-2). Endometriozisli kadınlara uygulanan hemşirelik girişiminin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği Kamal Helmy ve diğ.'nin çalışmasında, kadınların %23,3'ünün orta seviye egzersiz yaptığı belirlenmiştir. (Kamal Helmy ve diğ., 2021) Çalışmamızda girişim grubunun %21,7'sinin, kontrol grubunun %30,4'ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol gruplarının kendi aralarında ve literatürde yer alan çalışma verileri ile sigara kullanımı, kafeinli içecek tüketimi ve egzersiz yapma durumları açısından benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Endometriozis kronik bir hastalıktır. Endometriozisle birlikte birçok kronik hastalık görülebilmektedir (Surrey ve diğ., 2018). Facchin ve diğ.'nin çalışmasında, kadınların %40,9'unda komorbitelerin eşlik ettiği belirlenmiştir (Facchin ve diğ., 2021). Çalışmamızda; girişim grubunda kadınların %34,8'inde, kontrol grubunda ise %30,4'ünde alerji, astım, migren, konstipasyon, vertigo, tremor, kalp yetmezliği, anemi, bel fıtığı, meme kanseri, tansiyon ve tiroit bozuklukları olmak üzere kronik hastalıklar tespit edilmiştir (Tablo 4-3). Surrey ve diğ.'nin endometriozisli kadınlarda komorbite insidansını araştırdıkları çalışmada; endometriozisli kadınlarda, endometriozisi olmayan kadınlara kıyasla komorbite riski oldukça yüksek bulunmuştur (Surrey ve diğ., 2018). Martins ve diğ.'nin çalışmasında kadınların %75,6'sinin daha önce cerrahi operasyon geçirdiği ve Kamal Helmy ve diğ.'nin çalışmasında girişim grubunun %40'ının, kontrol grubunun %46,3'ünün ailesinde endometriozis öyküsü bulunduğu belirlenmiştir (Kamal Helmy ve diğ., 2021; Martins ve diğ., 2021). Çalışmamızda girişim grubunun %78,3'ü, kontrol grubunun %60,9'u daha önce cerrahi operasyon geçirmiştir. Girişim grubunun %26,1'inde, kontrol grubunun %30,4'ünde ailede endometriozis tanısı almış birey bulunmaktadır (Tablo 4-3). Endometriozisin histogenezinde, genetik geçiş mevcut olduğundan bu beklenen bir sonuçtur. Girişim ve kontrol grupları; kronik hastalık bulunma, daha önce opere olma ve ailede endometriozis tanısı almış birey bulunma özellikleri açısından, birbiri arasında ve literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 4-3).

Endometriozisin ana semptomlarından birisi infertilitedir. Endometriozisli kadınlarda fertilite çeşitli sebepler dolayısı ile bozulmaktadır (Zondervan ve diğ., 2018). Kamal Helmy ve diğ.'nin çalışmasında; girişim ve kontrol grubunda kadınların %66,7'sinin hiç gebe kalmadığı, girişim grubunun %30'unun, kontrol grubunun %43,3'ünün bir veya daha fazla çocuğunun olduğu bildirilmiştir (Kamal Helmy ve diğ., 2021). Endometriozisli kadınların farkındalığını arttırmak için uygulanan eğitici kılavuzun etkisini belirlemeyi amaçlayan Mohamed ve Hassan'ın çalışmasında; hiç gebelik yaşamayan kadın oranı %11, bir veya iki gebelik yaşayan kadın oranı %71,1, iki ve üzeri gebelik yaşayan kadın oranı %17,3 olarak bulunmuştur. Çocuğu olmayan kadın oranı %12, bir veya iki çocuğu olan kadın oranı %70,7, iki ve üzeri çocuğu olan kadın oranı %16,6 olarak bulunmuştur (Mohamed ve Hasan, 2020). Çalışmamızda girişim grubunda hiç gebe kalmayanların oranı %43,5, iki ve üzeri çocuğu olanların oranı %17,4, kontrol grubunda hiç gebe kalmayanların oranı %60,9, iki ve üzeri çocuğu olanların oranı %26,1 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-4). Bu veriler literatürde yer alan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Endometriozisin gebelik sonuçlarına etkisi üzerine yapılan bir çalışmada; endometriozisi olan kadınların %32,5'i, endometriozisi olmayan kadınların ise %22,9'u

sezaryen doğum yapmıştır (Mekaru ve diğ., 2014). Endometriozisli kadınların gebelik sonuçlarının incelendiği Saraswat ve diğ.'nin çalışmasında; endometriozisi olan kadınların %30,7'si, endometriozisi olmayan kadınların ise %19,1'i sezaryen doğum yapmıştır (Saraswat ve diğ., 2017). Çalışmamızda literatürde yer alan çalışmalara benzer şekilde, kadınların girişim grubunda %27,3'ü, kontrol grubunda %33,3'ü ilk çocuklarını sezaryen doğum ile dünyaya getirmiştir (Tablo 4-4). Çalışmamızda girişim ve kontrol grupları; gebelik, küretaj, yaşayan çocuk sayısı ve doğum şekilleri açısından birbirine benzer, düşük sayısı açısından farklı bulunmuştur (Tablo 4-4 ve Tablo 4-5).

Kamal Helmy ve diğ.'nin çalışmasında; girişim grubunda kadınların %70'inin, kontrol grubunda %63,3'ünün 12-13 yaş aralığında menarş olduğu, kadınların yarısının menstrüel döngülerinin düzenli olduğu bulunmuştur (Kamal Helmy ve diğ., 2021). Çalışmamızda girişim grubundaki kadınların %78,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %65,2'si menarşını 12-13 yaş aralığında yaşamış ve girişim grubunun %69,6'sı, kontrol grubunun %56,6'sı düzenli menstrüasyon yaşamaktadır (Tablo 4-6).

Endometriozisin başlıca belirtileri; dismenore, disparoni, KPA ve infertile olarak belirtilmiştir. Bunların yanı sıra endometriozis birçok farklı semptoma da neden olabilmektedir (Api ve diğ., 2016). 2095 kadın ile yürütülen Alman kadınlarda endometriozis insidans ve prevalans çalışmasında; kadınların %58'i dismenore, %5,3'ü disparoni, %23,3'ü menoraji, %4,1'i KPA, %2,6'sı postkoital kanama yaşamaktadır (Abbas ve diğ., 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde 59411 kadınla yürütülen prevalans ve semptom yükünün incelendiği çalışmada; endometriozisli kadınların %52,7'si menstrüel ağrı ve kramp, %36,2'si menstrüasyon dışı pelvik ağrı, %29,5'i disparoni, %22,8'i menstrüasyon dışı kanama yaşadığını belirtmiştir. (Fuldeore ve Soliman, 2017). Çalışmamızda, girişim grubunun %95,7'si, kontrol grubunun %73,9'u dismenore, girişim grubunun %34,8'si, kontrol grubunun %17,4'ü makatta ağrı ya da kanama, girişim grubunun %30,4'ü, kontrol grubunun %34,8'i miksiyon sırasında ağrı ya da kanama, girişim grubunun %69,6'sı, kontrol grubunun %47,8'i menstrüasyon dışı pelvik ağrı, girişim grubunun %26,'si, kontrol grubunun %13'ü menstrüasyon dışı kanama, girişim grubunun %80'i, kontrol grubunun %72,2'si disparoni yaşamaktadır (Tablo 4-6 ve Tablo 4-9). Girişim ve kontrol grupları kendi aralarında endometriozis belirtileri açısından benzer, literatürde yer alan çalışmalarla farklılık göstermektedir. Endometriozisin belirtilerinin çeşitlilik göstermesinin ve bulunduğu organ sistemine ait bulgular vermesinin farklılığın kaynağı olabileceği düşünülmektedir.

Cavaggioni, VAS ağrı skorlamasını dismenoresi bulunan kadınlarda 5,3±3,8, Mahmoud ve diğ.'nin endometriozis semptomlarını azalmada hemşirelik stratejilerini incelediği çalışmasında menstrüel dönemde yaşadıkları ağrı skorlamasını 2,77±0,43, Facchin ve diğ.'nin çalışmasında dismenoresi bulunan kadınlarda ağrı skorlamasını 6,5±3,3 olarak bulmuştur. (Cavaggioni ve diğ., 2014; Facchin ve diğ., 2021; Mahmoud ve diğ., 2021). Thammasiri ve diğ.'nin endometrioması olan kadınlarda yaşam kalitesini incelediği çalışmada, ağrı skorlamasını 8.0±2.1 olarak bulmuştur (Thammasiri ve diğ., 2022). Çalışmamızda girişim ve kontrol gruplarının ağrı skorlaması, Thammasiri ve diğ.'nin çalışması ile benzer fakat diğer çalışmalardan oldukça yüksek bulunmuştur (girişim: 8,91±1,99, kontrol: 8,39±2,21). Çalışmamızın planında girişimin etkisini değerlendirebilmek için yaşam kalitesi düşük olan kadınların dahil edilmesi nedeniyle diğer çalışmalara göre ağrı skorlarının daha yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Martins ve diğ.'nin semptomları şiddetli olan ve yüksek ağrı yaşayan kadınların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bildirdiği çalışma bu düşünceyi desteklemektedir (Martins ve diğ., 2021). Aynı zamanda girişim ve kontrol grupları arasında ağrı puanları açısından anlamlı bir fark olmaması da bu düşünceyi desteklemektedir (Tablo 4-7).

Endometriozis tanısı oldukça güç bir hastalıktır. Kesin tanı için cerrahi işlem olan laparoskopi yapılmaktadır. Bu sebeple 10 kadından altısının henüz tanı alamadığı düşünülmektedir (Agarwal ve diğ., 2019). Mohamed ve Hassan'ın kadınların endometriozise yönelik farkındalıklarını artırmaya yönelik eğitici kılavuzun etkisini inceledikleri çalışmada; 2-5 yıl öncesinde endometriozis tanısı alan kadınların oranı %81,3 olarak, Kamal Helmy ve diğ.'nin çalışmasında 1-3 yıl öncesinde tanı alan kadınların oranı %56,7 olarak bulunmuştur (Kamal Helmy ve diğ.,, 2021; Mohamed ve Hassan, 2020). Çalışmamızda 1 ay-5 yıl aralığında tanı alma oranı; girişim grubunda %78,3, kontrol grubunda %69,6 olarak bulunmuştur (Tablo 4-7). Holdsworth-Carson ve diğ.'nin çalışmasında kadınların %70,1'inin jinekolojik ağrıyı araştırmak için cerrahi geçirdiği, Facchin ve diğ.'nin çalışmasında kadınların %66,2'sinin medikal tedavi aldığı bulunmuştur. (Facchin ve diğ., 2021; Holdsworth-Carson ve diğ., 2018). Çalışmamızda girişim grubunun %61,5'inin cerrahi geçirdiği ve %81,8'inin medikal tedavi kullandığı, kontrol grubunun ise %45,5'inin cerrahi geçirdiği ve %71,4'ünün medikal tedavi aldığı bulunmuştur. Çalışma sonuçlarının literatürle ve girişim ve kontrol grupları arasında benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4-8).

Endometriozis cerrahisi sonrası kadınların cinsel işlev, yaşam kalitesi ve pelvik ağrı durumlarının incelendiği Setälä ve diğ.'nin çalışmasında, kadınların %36'sının KOK kullandığı bulunmuştur (Setälä ve diğ., 2012). Çalışmamızda, kadınların %12,5'i aile planlaması yöntemi olarak KOK kullanmaktadır (Tablo 4-9). Endometriozisin fertiliteyi olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir (Zondervan ve diğ., 2018). Çalışmamızda yer alan kadınların yüksek oranda çocuk sahibi olma isteği nedeniyle (girişim grubu: %65,2, kontrol grubu %60,9) Setälä ve diğ.'nin çalışmasındaki kadınlardan daha düşük oranda aile planlaması yöntemi kullanmalarını açıklamaktadır (Tablo 4-10).

Arslan'ın çalışmasında, kadınların %3,1'i genel sağlık durumunu kötü olarak tanımlamıştır (Arslan, 2021). Çalışmamızda genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendiren kadın oranı, girişim grubunda %43,5, kontrol grubunda %34,8 olarak belirlenmiştir (Tablo 4-11). Arslan'ın çalışmasına göre çalışmamızdaki kadınların genel sağlık görüşlerinin düşük olmasının, çalışmaya yaşam kalitesi düşük olan kadınların dahil edilmesi nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

5.2. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDA ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI'NIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, girişim ve kontrol gruplarında Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın yaşam kalitesi üzerine etkilerine yönelik bulguların ve tanıtıcı özelliklere göre EHP-5 anket puanlarının tartışılmasına yer verilmiştir.

Endometriozis başlıca disparoni, infertilite, dismenore ve KPA gibi semptomlara neden olabilmektedir. Endometriozisin kesin bir semptomunun olmaması, menstrüel dönemlerde kadınların şikayetlerinin artması, bu belirtilerin kadın olmanın özüne bağlanması nedeniyle endometriozis tanılaması gecikmektedir. Kesin tanı için laparoskopik cerrahi yönteminin kullanılması tanıda gecikmeleri arttırmaktadır. Kadınlar tanı alana kadar uzunca bir süre bu semptomlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Kadınların, tanı alana kadar birçok sağlık profesyoneline başvurduğu ve yıllar sonra tanı alabildiği de bilinen bir gerçektir. Bu kadar zorluğun ve yaşanılan semptomların üzerine, henüz endometriozisin kesin olarak bir tedavisi de bulunmamaktadır. Bu semptomlar kadınların benlik saygısını olumsuz etkiler, gittikçe artan semptomlarla baş etmek zorlaşır, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler. Cinsel hayatlarında yaşadıkları olumsuzluklar partnerlerini ve evliliklerini de olumsuz etkiler. Endometriozisli kadınların iş ve sosyal yaşamları da bu olumsuzluklardan etkilenmektedir. Sonuç olarak kadınların yaşam kalitesi bozulmaktadır (Fedele, 2021; Missmer ve diğ., 2021; Wang ve diğ., 2021). Wang ve diğ.'nin endometriozisin ruh sağlığı ve yaşam kalitesine etkisi üzerine yaptığı sistematik derleme ve meta analizde, endometriozisli kadınların kontrol grubuna kıyasla hem zihinsel hem de fiziksel olarak yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Wang ve diğ., 2021). İspanyol kadınlarda yaşam kalitesini inceleyen Adoamnei ve diğ.'nin çalışmasında, kontrol grubuna kıyasla DİE ve endometrioması bulunan kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Adoamnei ve diğ., 2021). Endometriozisin kadınların hayatını yaş dönemlerine göre nasıl etkilediğini inceleyen Moradi ve diğ.'nin nitel çalışmasında; fiziksel, psikolojik, evlilik/cinsel ilişki, sosyal yaşam üzerindeki etki, eğitim, istihdam, mali etki, yaşam fırsatları ve yaşam tarzı üzerindeki etki temaları oluşturmuş olup, kadınların yaş gruplarına göre öncelikleri farklı olsa da etkilerin olumsuz olduğu belirlenmiştir (Moradi ve diğ., 2014). Dünya Endometriozis Araştırma Vakfı Küresel Kadın Sağlığı Araştırmasında on ülke ve 12 merkezden 1418 kadın ile çalışılmış ve çalışmada benzer semptomu olup endometriozisi bulunmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, endometriozisli kadınların fiziksel yaşam kalitesi daha düşük

bulunmuştur (Nnoaham ve diğ., 2011). Çalışmamızda yaşam kalitesini ölçebilmek için EHP-30 anketinin kısaltılmış versiyonu olan EHP-5 anketi kullanılmıştır. Her iki anket endometriozisli kadınların yaşam kalitesini ölçebilmek için, endometriozisi bulunan kadınların görüşleri ile geliştirilmiş, endometriozise özgü anketlerdir. EHP-5 anketinin, EHP-30 anketi ile aynı etkinliği sağladığı ve uygulanmasının daha kolay olduğu belirtilmiştir. (Jones ve diğ. 2001; Jones ve diğ., 2004). Literatürde EHP-5 kullanılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. EHP-5 anketinden alınan puanlar 100'lük sisteme çevrilmektedir. Bu çalışma örneklemine alınan kadınlar, EHP-5 anketinden 50 ve üzeri puan alan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların anket sorularına verdiği yanıtların dağılımı Tablo 4-12'te gösterilmiştir.

Yousif ve diğ. Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik stratejilerinin, endometriozis ile ilişkili semptomların hafifletilmesinde etkisini değerlendirmeyi amaçladığı bir çalışma yürütmüştür. EHP-5 anketi kullanılarak yaşam kalitesinin belirlendiği bahse konu çalışmada uygulanan hemşirelik stratejisi; diyet, egzersiz ve stres yönetimi olmak üzere üç bileşenden oluşmuştur. Müdahale öncesinde ve üç ay sonra yaşam kalitesindeki değişim değerlendirilmiştir. Girişim grubunda EHP-5 alt boyutlarından; ağrı (ön test: 40,7±25,9, son test: 29,4±13,1), kontrol ve güçsüzlük (ön test: 53,3±27,3; son test: 40,4±15,6), duygusal iyilik hali (ön test: 42,2±23,7; son test: 34,1±17,4), sosyal destek (ön test: 39,4±27,4; son test: 30,3±20,2), beden imajı (ön test: 36,5±29,1; son test: 30,8±20,6), çalışma yaşamı (ön test: 32,9±28,4; son test: 29,2±22,1), çocuklarla ilişki (ön test: 28,2±28,5; son test: 22,2±21,3), cinsel yaşam (ön test: 44,1±33,2; son test: 38,5±27,3) ve tedavi (ön test: 36,6±29,5; son test: 32,2±21,1) olarak belirlenmiştir. Diyet, egzersiz ve stres yönetimi üzerine uygulanan hemşirelik stratejilerinin, EHP-5 anketi tüm alt boyutlarında kontrol grubuna kıyasla kadınların yaşam kalitelerinde artış belirlemişlerdir (Yousif ve diğ., 2019). Covid-19 pandemisi sırasında endometriozis hastalarında esrar kullanımı ve yaşam kalitesini inceleyen Armour ve diğ.'nin çalışmasında, 1591 kadının yaşam kalitesine bakılmıştır. EHP-30 çekirdek bölüm alt boyut ortalamaları; ağrı için 65,2±16,6, kontrol ve güçsüzlük için 75,3±19,8, duygusal iyilik hali için 54,7±18,1, sosyal destek için 66,6±21,2, beden imajı için 68±23,5 olarak bulunmuştur (Armour ve diğ., 2022). DİE olan kadınlarda yapılan laparoskopik sinir koruyucu radikal tedavinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada; EHP-30 alt boyutlarından; ağrı puanı 47,2±25,3, kontrol ve güçsüzlük puanı 56,3±25,7, duygusal iyilik hali puanı 53,4±24, sosyal destek puanı 38,8±26,5, beden imajı puanı 30,7±23,9, çalışma yaşamı puanı 38,8±28,3, çocuklarla ilişki puanı 20±26,1, cinsel yaşam puanı 49,2±27,8, sağlık profesyonelleri puanı 21±26,7, tedavi puanı 38,3±29,1 ve infertilite puanı 48,8±27,8 olarak belirlenmiştir (Alboni ve

diğ., 2022). Çalışmamızda, Yousif ve diğ., Alboni ve Sampogna'nın çalışmalarına kıyasla, kadınların EHP-5 anketi tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar oldukça yüksek (yaşam kalitesi düşük), Armour ve diğ.'nin çalışması ile benzer bulunmuştur (Tablo 4-13). Çalışmanın tasarımında EHBP'nın etkinliğini değerlendirebilmek için, yaşam kalitesi düşük olan kadınlar çalışmaya dahil edildiğinden böyle bir farklılığın oluştuğu düşünülmektedir. Kontrol grubunda, EHP-5 alt boyutlarında, sağlık profesyonelleri boyutu haricinde ön ve son test puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunun sağlık profesyonelleri boyutunda, ön test puanları 18,47±32,17'den 27,17±35,28'e yükselmiş olup yaşam kalitesini son testte olumsuz etkileyecek bir yükseliş tespit edilmiştir (Tablo 4-13). Bu durumun iki ölçüm arasında geçen süre içerisinde, kadınların genel yaşam kalitesinde farklılık olmaması, uzun süre semptomları yaşayıp tedaviden fayda sağlanamaması sebebiyle gelişmiş olduğu düşünülmektedir. Girişim grubunun EHP-5 anketinin sağlık profesyonelleri alt boyutu, EHBP sonrası anlamlı olarak olumlu etkilenmişken, kontrol grubunun ön ve son testi arasında anlamlı olarak olumsuz etki görülmüştür. Kontrol grubunun ön ve son testleri arasında oluşan bu farklılık, çalışmamızda uygulanan EHBP'nın etkili olduğunu desteklemektedir.

Laparoskopik tedavi alan kadınlarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada; endometriozisi olan kadınların laparoskopi öncesi EHP-5 puanları 46,9±17,6'dan, laparoskopi sonrası 27.5±21.2'ye düşmüştür (Minas ve Dada, 2014). Endometriozisli Fransız kadınların yaşam kalitesini kısa ve basit şekilde değerlendirebilmek için EHP-5 ve Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (EQ-5D/EuroQol-5D) etkinliğini belirlemek isteyen ve Aubry ve diğ.'nin çalışmasında; endometriozis cerrahi evresi I ve II olan kadınların EHP-5 puanları 52,1±21,9 olarak, evre III ve IV olan kadınların 47,4±19,2 olarak bulunmuştur (Aubry ve diğ., 2017). Çalışmamızda grupların EHP-5 puanları literatürde yer alan çalışmalardan oldukça yüksek bulunmuştur (girişim: 61,8±11,4; kontrol: 58,8±7,9) (Tablo 4-13). Bu farklılık çalışmanın örneklem grubunun seçiminden kaynaklanmaktadır. Girişim ve kontrol gruplarının ön test EHP-5 puanları arasında istatistiksel bir farkın bulunmaması ($p>0.05$) bu düşünceyi desteklemektedir (Tablo 4-13).

Girişim ve kontrol grubu ön test EHP-5 puanları karşılaştırıldığında birbirine benzer gruplar olduğu görülmüştür. Bu durum uygulanan EHBP'nın etkinliğini değerlendirmek için oldukça önemli bir kriterdir. Girişim grubunun ön ve son test puanları arasında ve girişim ve kontrol gruplarının son test EHP-5 puanları arasında istatistiksel fark bulunması ($p<0,001$), kontrol grubunun ise ön ve son test puanları arasında herhangi bir istatistiksel farkın

bulunmaması (p=0,646), EHBP'nın endometriozisli kadınların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Tablo 4-15 ve Tablo 4-16). Çalışmamızın hipotezlerinden Hı kabul edilmiştir. EHBP uygulanan grupta ön test EHP-5 puanları 61,8±11,4'den girişim sonrasında 32,1±18,7'ye düşmüştür (Tablo 4-13). Bu çalışmaya benzer şekilde, Yousif ve diğ.'nin çalışmasında yapılan hemşirelik stratejilerinin kadınların yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (Yousif ve diğ., 2019).

Dünya Endometriozis Araştırma Vakfı (WERF)'in desteklediği çalışmada, endometriozis semptomlarının kadınların yaşam kalitesine ne ölçüde etki ettiği araştırılmıştır. Bu büyük örneklemli çalışmada yaşam kalitesindeki en büyük düşüşün genel sağlık, sosyal işlevsellik ve zihinsel boyutlarda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hem fiziksel hem de zihinsel sağlığı etkilemede komorbitelerin sayısı, disparoni ve kronik ağrının önemli rolü olduğunu belirtmişlerdir (De Graaff ve diğ., 2013). Laganà ve diğ. endometriozisli kadınlarda önemli ölçüde daha yüksek kaygı düzeyleri bulunduğunu belirtmiştir (Laganà ve diğ., 2015). Brasil ve diğ.'nin meta analizinde endometriozisli kadınların daha yüksek psikolojik stres seviyeleri bulunduğu belirtilmiştir. (Brasil ve diğ., 2019). Sepulcri & Amaral'ın çalışmasında endometriozisli kadınların çoğunda iyilik halinin düşük olduğu belirtilmiştir (Sepulcri ve Amaral, 2009). Thammasiri ve diğ.'nin çalışmasında; orta ve şiddetli endometriozisi olan kadınlarda SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde en büyük etkiye KPA'nın sebep olduğu, EHP-30 anketinde ise kontrol ve güçsüzlük boyutunun sebep olduğu belirtilmiştir (Thammasiri ve diğ., 2022). Çalışmamızda girişim ve kontrol gruplarında en yüksek ortalama puanın duygusal iyilik hali alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesini; kontrol ve güçsüzlük boyutu başta olmak üzere ağrı, sosyal destek, beden imajı, çalışma yaşamı, cinsel yaşam, tedavi ve infertilite boyutlarının birbirine yakın derecede etkilediği görülmüştür. En az etkileyenler ise sırayla sağlık profesyonelleri ve çocuklarla ilişki boyutları olmuştur (Tablo 4-13). Literatür ile karşılaştırıldığında var olan farklılıkların kültürel sebeplerle oluştuğu düşünülebilir. Endometriozisli kadınlarda depresyon ve anksiyete oranları yüksek bulunmaktadır. Endometriozis tanısı konmuş 104 kadından oluşan bir örneklemde, katılımcıların %86,5'inin depresif belirtiler ve %87,5'inin anksiyete belirtileri gösterdiği sonucuna varılmıştır (Sepulcri ve Amaral, 2009). Bir başka çalışmada, anksiyete ve depresyon prevalansının %48 oranında olduğu belirtilmiştir (Missmer ve diğ., 2021). Literatürde yer alan bu bilgiler ışığında yaşam kalitesini etkileyen boyutların başında duygusal iyilik halinin gelmesi olası bir durumdur.

BKİ ile endometriozis ilişkisinin, İngiltere Hemşirelerin Sağlık Çalışması kapsamında izlendiği geniş örneklemli bir çalışmada; BKİ indeksinin azalması ile endometriozisin arttığı ve bel kalça oranı düşük olan kadınların, yüksek olan kadınlara kıyasla endometriozis riskinin yaklaşık üç kat arttığı tespit edilmiştir (Shah ve diğ., 2013). Yine aynı şekilde Holdsworth-Carson ve diğ.'nin çalışmasında da endometriozisin BKİ ile ters bir ilişkili gösterdiği belirtilmiştir (Holdsworth-Carson ve diğ., 2018). Çalışmamızda girişim grubunun ön ve son test yaşam kalitesi puanları arasında farklılık varken kontrol grubunda BKİ açısından farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4-14).

Girişim grubu, lise ve altı ve üniversite ve üzeri olmak üzere iki ayrı eğitim düzeyine göre kontrol grubu ile kıyaslandığında EHBP girişimi etkili bulunmuştur. Çalışmamızda yer alan kadınların yarısından fazlasının eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olmasının yapılan EHBP'nın anlaşılabilir ve uygulanabilirliğine katkısı olacağı düşünülmektedir. Yousif ve diğ.'nin çalışmasında, çalışmamız ile paralel olarak kadınların eğitim seviyesi yüksek bulunmuş olup yüksek eğitim seviyesi bilgi ve uygulama aşamalarında olumlu sonuç göstermiştir (Yousif ve diğ., 2019). Endometriozisin doğurganlık problemleri yaratabileceği literatürde yer alan birçok çalışmada belirtilmiştir. Çalışmamızda girişim ve kontrol gruplarının çoğunluğunun çocuğunun olmadığı, EHBP'nın girişim grubunda, kontrol grubuna kıyasla yaşayan çocuk sayısı açısından bir farklılık olmadan yaşam kalitesinde artışa neden olduğu görülmektedir (Tablo 4-14). Endometriozis, kadınların çalışma hayatını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini oldukça fazla bozabilmektedir. Girişim grubunda, kontrol grubuna kıyasla çalışan ve çalışmayan kadınlarda EHBP, yaşam kalitesinde olumlu sonuçlara kaynak olmuştur. Erken menarş olan kadınlarda endometriozis riski daha yüksek bulunmuştur (Missmer ve diğ., 2004). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğu 12-13 yaş aralığında menarş olduğu ve girişim grubunda kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinde artış olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesini en fazla düşüren etkenlerden birisi de dismenoredir (Zondervan ve diğ., 2018). Çalışmamızda dismenore yaşamayan hiçbir kadın yoktur. Literatürde cerrahi olarak tedavi olan endometriozisli kadınların, yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar yer alsa da çalışmamızda cerrahi tedavi alan kadın sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır. Medikal tedavi alan kadınların EHBP ile kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitelerinde artış tespit edilmiştir. Sigara kullanımı, östrojen seviyelerini düşürdüğü için endometriozis semptomlarını azaltabileceğine yönelik çalışmalar bulunsa da birçok zararın olacağı unutulmamalıdır. Çalışmamızda sigara içen ve içmeyen girişim uygulanan kadınların kontrol grubuna kıyasla yaşam kaliteleri artmıştır. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan

kadın sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılamamakla beraber, orta ve iyi olarak tanımlayan girişim grubundaki kadınların yaşam kalitelerinde kontrol grubuna göre artış gözlenmiştir (Tablo 4-14). Endometriozisli kadınlar hastalıkları hakkında bilgi ihtiyacı içerisinde olduklarını ve sağlık profesyonellerinden alamadıklarını belirtmişlerdir (Rowe ve diğ., 2021). Çalışmamızda girişim grubu kadınlarının yarısından fazlası endometriozis hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş olsa da bilgisi olan ve olmayan kadınların EHBP ile kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinde artış görülmüştür.

5.3. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNDA ENDOMETRİOZİSTE HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMI'NIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde girişim ve kontrol gruplarında Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen EHBP'nın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkilerinin değerlendirilmesine ilişkin bulguların ve tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖII ölçek puanlarının tartışılmasına yer verilmiştir.

Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini etkileyen tüm davranışlar sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak tanımlanmıştır. Endometriozis kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkiler ve yaşam kalitelerini bozar. Endometriozisli kadınlarda sağlıklı davranışlar geliştirmek, kadınların tüm yaşamlarını etkileyecek konularda daha aktif rol ve sorumluluk almalarını desteklemektedir (Değerli ve Yiğit, 2020). Literatüre bakıldığında endometriozisli kadınlarda sağlıklı yaşam davranışları geliştirmenin faydalı olabileceğini belirten çalışmalar bulunsa da bunu inceleyen çalışma oldukça sınırlıdır. Yousif ve diğ. sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından, diyet, egzersiz ve stres yönetimine yönelik uyguladıkları hemşirelik stratejisinin etkisini incelemiştir. Buna göre girişim grubunda; SYBDÖII alt boyutları olan sağlık sorumluluğu (öncesi: 17,02±3,5, sonrası: 19,49±3,08), fiziksel aktivite (öncesi: 13,33±3,99, sonrası: 17,02±4,73), beslenme (öncesi: 23,39±2,79, sonrası: 26,71±2,43), kendini gerçekleştirme (öncesi: 21,39±2,79, sonrası: 23,85±3,46), kişilerarası ilişkiler (öncesi: 24,04±3,61, sonrası: 26,53±4,26), stres yönetiminin (öncesi: 19,14±2,6, sonrası: 21,58±3,66) her birinde istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiştir. Kontrol grubunda sağlık sorumluluğu (öncesi: 17,58±4,9, sonrası: 17,29±5,07), fiziksel aktivite (öncesi: 13,64±3,22, sonrası: 13,67±2,17), beslenme (öncesi: 22,27± 2,98, sonrası: 22,33±2,17), kendini gerçekleştirme (öncesi: 21,23±2,35, sonrası: 21,33±2,30), kişilerarası ilişkiler (öncesi: 22,23±2,35, sonrası: 22,18±2,16), stres yönetimi (öncesi: 18,92±2,4, sonrası 18,03±2,15) alt boyutlarından hiçbirinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. SYBDÖII toplam puanları ise girişim grubunda müdahale sonrası, öncesi puanlarına (öncesi: 151,42±8,3, sonrası: 160,23±4,31) göre istatistiksel olarak anlamlı yükseliş göstermiş fakat kontrol grubunda (öncesi: 127,65±9,1, sonrası: 125,46±6,82) anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Yousif ve diğ., 2019). Abd-Elaziz ve diğ. Sağlığı Geliştirme Modeli üzerine kurulan diyet, egzersiz ve stres yönetimi konulu eğitimin endometriozisli kadınların yaşam tarzına etkisini incelemiştir. Bu çalışmada girişim grubunun

ön SYBDÖII toplam puanı 85,95±10,06 olarak bulunmuş olup eğitim sonrası 168,52±10,33'e yükselerek anlamlı bir fark yarattığı bulunmuştur. Kontrol grubunun ön ve son test SYBDÖII toplam puanları arasında fark bulunmamış olup girişim grubuna yapılan eğitimin sağlıklı yaşam davranışlarını arttırdığını belirtmişlerdir (Abd-Elaziz ve diğ., 2021). Bu çalışma Yousif ve diğ.'nin ve Abd-Elaziz ve diğ.'nin çalışması ile benzerlik göstermekte olup, girişim grubunun SYBDÖII toplam ve tüm alt boyutlarında girişim öncesi ve sonrası puanlarında anlamlı bir artış bulunmuştur (Tablo 4-15). Kontrol grubunun SYBDÖII toplam puanında girişim öncesi ve sonrasında anlamlı bir fark bulunmasa da beslenme alt boyutunda öncesi puanlarına göre sonrası puanlarında düşüş gözlenmiştir (Tablo 4-16). Kontrol grubunda yer alan kadınların son dönemlerde beslenmelerine dikkat etmemeleri nedeniyle böyle bir düşüş görülmüş olabileceği düşünülmüştür. Yine kontrol grubunda kendini gerçekleştirme alt boyutunda öncesi ve sonrası puanlarında anlamlı bir artış gözlenmiştir (Tablo 4-16). Bu artışın çalışma sırasında kadınlarla yapılan görüşmelerin ve soruların yarattığı farkındalık nedeniyle gelişmiş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, girişim ve kontrol gruplarının ön test SYBDÖII ölçeği toplam puan ve tüm alt boyut puanları açısından birbirine benzer gruplar olduğu izlenmiştir (Tablo 4-17). Girişim ve kontrol gruplarının benzer özellikler gösteriyor olması EHBP'nın etkinliğini belirlemede büyük önem taşımaktadır. Girişim ve kontrol gruplarının son test puanlarına bakıldığında puanlar arasında farklılığın olduğu ve yapılan hemşirelik girişimin etkili olduğu görülmektedir (Tablo 4-15 ve Tablo 4-18). Çalışmamızın hipotezlerinden H_2 kabul edilmiştir.

Endometriozisli kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu sebeple endometriozis tedavisi ve bakımında kadınların yaşam kalitesinin arttırılması amaçlanmıştır (Api ve diğ., 2016). Bu doğrultuda çalışmamızda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda EHBP uygulanmıştır. Endometriozisli kadınlarda fiziksel egzersiz; pelvik bölge kaslarının güçlenmesi, kan akımının iyileşmesi, uyku kalitesinin artması, stres seviyesinin azalması, östrojenin azalması ve doğal bir ağrı kesici olan endorfin salınımına destek olması ile endometriozis semptomlarında iyileşme sağlayabilmektedir (Kamal Helmy ve diğ., 2021). Endometriozisi olan KPA'lı kadınlarda glutensiz diyetin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların uzun süreli izleminde %75 oranında ağrılarında azalma tespit edilmiş ve aynı zamanda fiziksel işlevsellik, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal işlevsellik ve zihinsel sağlık alanlarının puanlarında kayda değer bir artış görülmüştür (Marziali ve diğ., 2012). Endometrioziste beslenmenin önemi güncelliğini korumaktadır. Hala kesin kanıtlar olmasa da meyve, sebze, süt ürünleri ve omega-3 yağ asitlerinin tüketimi endometriozisli kadınlarda olumlu etki gösterirken, trans doymamış yağ asitleri ve kırmızı et tüketiminin artmasıyla

endometriozis riski artmaktadır (Osmanoğlu ve Şanlıer, 2021). Endometriozis östrojen bağımlı bir hastalık olduğundan, antiöstrojenik diyet ve inflamatuar süreçlerden dolayı diyete antioksidan eklemek endometriozis için faydalı olabilmektedir (Huijs ve Nap, 2020). Thomas ve Natarajan, beslenmenin endometriozis gelişmesinde ve önlenmesinde önemli bir rol oynadığını ve endometriozisli kadınların yaşam kalitelerini iyileştirmek için faydalı olduğunu belirtmişlerdir. Antioksidan, omega-3 yağ asitleri, balık yağları ve daha fazla yeşil sebze ve taze meyve tüketiminin endometriozis üzerinde olumlu bir etki yarattığını dile getirmişlerdir (Thomas ve Natarajan, 2013). Kronik hastalığa sahip kişilerde stres seviyesi daha yüksektir. Endometriozis kronik bir hastalık olması ve kesin bir tedavisi olmaması nedeniyle kadınlarda stres bozukluğuna neden olabilmektedir. Aynı zamanda endometriozisli kadınlarda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek olması, yaşam kalitesinin yordayıcılarındandır (Wang ve diğ., 2021). Yapılan bir meta analize göre endometriozisli kadınların psikolojik stres seviyesi oldukça yüksek bulunmuştur (Brasil ve diğ., 2019). Pozitif başa çıkma stratejilerinin etkisinin incelendiği çalışmada, bu stratejileri uygulayabilen endometriozisli kadınların, depresyon ve stres düzeyleri ve ağrı yoğunluğunun azaldığı belirtilmiştir (Donatti ve diğ., 2017). Endometrioziste en çok yaşanan semptomlardan olan dismenore ve KPA kadının hayatını sekteye uğratmaktadır. Ağrının ne zaman artacağını bilmemek, hayatını planlayamamak ve yorgunluk hissetmeleri iş hayatını bozmakta, iş verimini düşürmekte hatta bazı kadınlar çalışma hayatını bırakmak zorunda kalmaktadır (Fourquet ve diğ., 2011; Missmer ve diğ., 2021). Kadınların ve eşlerinin disparoni nedeniyle cinsel yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Bu durum evlilik ilişkilerini de etkilemekte olup evliliklerin sonlanmasına kadar uzanabilmektedir. Çocuk sahibi olamama, tedavilerin yoğunluğu ve tam çözüm olamaması, çocuk sahibi olma zamanını planlayamama, evlilik ve sosyal ilişkileri zorlaştırmaktadır (Hudson ve diğ., 2016; Missmer ve diğ., 2021). Yoğun endometriozis semptomları yaşayan kadınlarda benlik saygısı azalması, ağrı ve günlük aktivitelerin kontrolünü sağlayamama, rol ve sorumlulukların yerine getirilememesi stres yaratmaktadır. Bu belirtilerin hepsinin birbirini tetiklemesi ile kadınların iş, sosyal ve cinsel yaşamı, evlilik ilişkisi ve aile içi ilişkileri olumsuz etkilenmekte sonuç olarak kadının yaşam kalitesi bozulmaktadır (De Graaff ve diğ., 2013; Fonseca ve diğ., 2018). Kadınlar bulundukları bu zor durumla baş edebilmek için endometriozis hakkında bilgi sahibi olmaya ihtiyaç duyarlar (Donatti ve diğ., 2017; Rowe ve diğ., 2021). Rowe ve diğ.'nin endometriozisli kadınlardan ve sağlık profesyonellerinden edindiği nitel verilere göre; zihinsel ve fiziksel olarak acı veren belirtilerin şefkatli bir bakım gerektirdiğini ve kadınlar ile sağlık profesyonellerinin bu bakımın ve bilgi ihtiyacının karşılanmadığı konusunda hemfikir

olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yine aynı çalışmada kadınların kendi tedavi süreçlerine aktif olarak katılmak istedikleri vurgulanmıştır. (Rowe ve diğ., 2021). Endometriozisli kadınların başa çıkma stratejilerine ait nitel verilerin yer aldığı iki çalışmada; kadınların endometriozis hakkında bilgi ihtiyaçları olduğunu, bu bilgi ihtiyacını destek grupları, internet ve kitaplardan elde ettiğini, diyet, egzersiz, masaj ve besin takviyeleri almak gibi kendilerince önlemlere başvurduklarını bildirmişlerdir (Gilmour ve diğ., 2008; Roomaney ve Kagee, 2016). Kadınların endometriozis ile yaşamak için yaşam davranışları değişikliği yapmalarının faydalı olacağına inandıkları bildirilmiştir (Gilmour ve diğ., 2008). Çalışmamızda uygulanan EHBP ile kadınlarda sağlıklı yaşam davranışları geliştirmek hedeflenmiştir. Literatürde de yer aldığı üzere; kadınların bilgi açlığını gidermek ve kadınları tedavinin ve bakımın ortak paydaşı yapmak, daha aktif rol ve sorumluluk almasını sağlamak etkili olmaktadır (Değerli ve Yiğit, 2020). EHPB ile kadınların yaşadıkları ağrı, disparoni, iş yaşamı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivitesi, beslenme, kişilerarası ilişkileri, stres yönetimi artış göstermiştir (Tablo 4-15 ve Tablo 4-18). Sonuç olarak uygulanan EHBP, endometriozisli kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesinde ve yaşam kalitesinin arttırılmasında olumlu etki göstermiştir.

Girişim grubunda yer alan kadınlarda; tüm BKİ gruplarında, lise ve altı ve üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar, çocuk sahibi olan ve olmayanlar, çalışan ve çalışmayanlar, 12-13 yaş aralığında menarş olanlar, disparoni yaşayanlar, mevcut olarak medikal tedavi alanlar, sigara kullanan ve kullanmayanlar, ekonomik durumu orta ve iyi olanlar ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünen ve düşünmeyen kadınlar kontrol gruplarında aynı özellikteki kadınlarla karşılaştırıldığında, EHBP girişimi sonrasında SYBDÖII'den daha yüksek puanlar aldıkları ve sağlıklı yaşam davranışları sergiledikleri belirlenmiştir. 9-11 ve 14-16 yaş aralığında menarş olan, cerrahi tedavi alan, ekonomik durumu kötü olan kadınları sayısı az olduğu için karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 4-19). Literatürde endometriozisli kadınlarda sağlıklı yaşam davranışlarını ölçen tek bir çalışma yer almaktadır. Bu çalışmayı destekler şekilde, Yousif ve diğ.'nin çalışmasında uygulanan hemşirelik stratejileri ile kadınların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam davranışlarında artış görülmüştür (Yousif ve diğ., 2019).

Literatürde EHP-5 anketi ve SYBDÖII alt boyutları arasındaki korelasyonu inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Sağlıklı yaşam davranışları geliştirmeye yönelik

uygulanan beslenme, fiziksel aktivite, ağrı ve stres yönetimine yönelik eğitim ve bakım sonrası kadınların yaşam kalitesinin arttığına yönelik literatürde yer alan çalışmalar mevcuttur (Mohamed ve diğ., 2021; Yousif ve diğ., 2019). Girişim grubunun ön testinde; EHP-5 toplam puanı ile SYBDÖII sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Girişim grubunun son testinde, kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile EHP-5 toplam puanı arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlarda ilişki bulunmamıştır. Kontrol grubunun ön testinde, fiziksel aktivite alt boyutu ile yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı orta dereceli bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunun son testinde, SYBDÖII ölçeği tüm alt boyutları ve EHP-5 toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4-20). Çalışmamızda EHP-5 ve SYBDÖII ölçeği alt boyutları arasında güçlü bir ilişki bulunamamıştır. EHP-5 anketi kadınların son dört hafta içerisindeki dönemsel yaşam kalitesi verilerini elde etmeyi amaçlamaktadır. Bu durumun endometriozis semptomlarının menstrüel dönemde artması ve dönemsel olarak değişiklik göstermesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.4. GİRİŞİM GRUBUNUN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ DOĞRULTUSUNDA GELİŞTİRİLEN ENDOMETRİOZİSTE BAKIM PROGRAMI'NA YÖNELİK GÖRÜŞ VE DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, girişim grubunun Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen Endometrioziste Bakım Programı'na yönelik görüş ve değerlendirmelerine ilişkin sonuçların tartışılmasına yer verilmiştir.

Hedef kitleyi eğitmek ve farkındalık yaratmak endometriozise bağlı semptomların giderilmesinde ve erken tanıda önemli bir basamaktır (Ahmed ve Radwan, 2021). Çalışmamızda, kadınların tümü EHBP ile endometriozis hakkında bilgi düzeylerinin arttığını bildirmiştir. Bu değerlendirmeye göre EHBP, kadının bilgi düzeyinin artmasına ve hastalığını kabullenip yaşam kalitesini arttırma çabasına destek olabilmektedir.

Kadınlar, endometriozis tedavisinde ağrı yönetiminin yanı sıra yaşamın tüm alanlarını ele alan bütünsel bir bakım beklemektedir (Evans ve diğ., 2021). Çalışmamızda, yaşam kalitesinin en önemli yordayıcılarından olan ağrı konusunda, kadınların çoğunluğu EHBP ile menstrüel dönem ağrılarında azalma olduğunu belirtmiştir. Yine kadınların çoğunluğu, EHBP'nın cinsel yaşamlarına olumlu katkısı olduğunu belirtmiştir. Cinsel olarak aktif olmayan üç kadın bu soruyu yanıtlamamıştır. Kadınların çoğunluğu, EHBP içerisinde onlara önerilen; beslenme, fiziksel aktivite, cinsel yaşam, uyku, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğuna yönelik tavsiyeleri tamamen ya da kısmen uygulamıştır. En az uygulanabilen cinsel yaşam ile ilgili tavsiyeler olmuştur. Türk toplumunda cinsellik mahrem ve tabu olarak görülmekte ve konuşmaktan kaçınılmaktadır (Tandoğan ve diğ., 2019). Bu durum tavsiyelerin daha az uygulanma sebebi olabilir. Cinsel yaşam ile ilgili tavsiyelerden sonra fiziksel aktivite ve beslenme tavsiyeleri daha az uygulanan tavsiyeler olarak sıralanabilir. Zorlu yaşam koşulları, yoğun çalışma hayatı ve zaman bulamama kadınların tavsiyeleri uygulayamama nedenleri arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda girişim grubunda yer alan kadınların tamamı uygulanan EHBP'ndan memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-21). Bu sonucu destekler şekilde, Evre III ve IV endometriozisi bulunan kadınların laparoskopik cerrahi tedavisi sonrası memnuniyetinin değerlendirildiği Jones ve Sutton'un çalışmasında, kadınların %87,7'sinin tedaviden memnun veya çok memnun olduğu bulunmuştur (Jones ve Sutton, 2003). Yine bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Deguara ve diğ.'nin çalışmasında; medikal tedavilere kıyasla laparoskopik

cerrahinin, genel sağlık, yaşam kalitesi ve duygusal iyilik halinde daha iyi hasta memnuniyeti sonuçları olduğu belirtilmiştir (Deguara ve diğ., 2012). Bireysel hasta bakımı uygulanan sertifikalı bir endometriozis merkezinde tedavi alan kadınların, hekimlerden yüksek oranda memnun oldukları fakat hemşirelerden daha düşük oranda memnun oldukları belirlenmiştir (Findeklee ve diğ., 2020). Abd-Elaziz ve diğ.'nin çalışmasında Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda verilen eğitimden endometriozisli kadınların üçte ikisinin memnun olduğunu belirtmişlerdir (Abd-Elaziz ve diğ., 2021). Bu çalışma, Jones ve Sutton'nın, Deguara ve diğ.'nin ve Abd-Elaziz ve diğ.'nin çalışmaları ile benzerlik göstermekte fakat Findeklee ve diğ.'nin çalışmasında belirtilen hemşirelerden daha az memnun olma durumu ile benzerlik göstermemektedir. Endometriozisli kadınlar kendi şikayetlerini anlatarak birçok sağlık profesyoneline başvurmaktadırlar. Şikayetleri genellikle önemsenmez ya da kadın olmanın özüne bağlanır. Sağlık profesyonelleri tarafından şikayetleri kabul edilen kadınlar semptomları tamamen geçmemiş dahi olsa genellikle bakımdan daha memnun kalırlar (Evans ve diğ., 2021). Çalışmamızda Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda bireysel bakım uygulanmıştır. Kadınların bireysel özellikleri ve geçmiş deneyimleri doğrultusunda ihtiyaçlarına yönelik bakım aldıkları için, memnuniyetlerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Deal ve diğ.'nin çalışmasının nitel kısmında kadınların memnuniyetlerinin; ağrılarının giderilmesi, güven hissetmeleri ve olumsuz yan etkilerin azalmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Deal ve diğ., 2010). Çalışmamızda girişim grubunda yer alan kadınların EHBP ile yaşam kalitelerinin artması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemeleri memnuniyetlerinin yüksek olma sebebi olarak görülebilir.

Sunulan EHBP'na yönelik olarak, kadınların çoğunluğunun EHBP'nın süresinden, kapsamından, sunan hemşirenin bilgi donanımından ve sunulan mekandan memnun olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların yaşam kalitesini arttırabilmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine yönelik bakım planı uygulanmıştır. Bu plana göre kadınların sağlık sorumluluğunu üstlenip sağlıklı yaşam davranışları sergilemeleri amaçlanmıştır. Kadınların sunulan bakımdan memnun olması bu çalışmanın amacına ulaşmasında olumlu etki göstermiş olacağı düşünülmektedir.

EHBP'nın daha etkili olmasına yönelik kadınların görüşlerine bakıldığında, kadınların çoğu bu programın yeterli ve memnun edici olduğunu bildirmiştir. Bunun yanı sıra bu bakım programının; daha fazla endometriozisli kadına ulaştırılması gerektiği, her poliklinik ziyaretlerinde endometriozis hemşiresine ulaşmak istedikleri, endometriozisli kadınlara özgü

danışma merkezleri kurulması gerektiği, bu programa eşlerinde dahil edilmesi gerektiği, programın sürekliliğinin sağlanması gerektiği, çalışan endometriozisli kadınlara erken emeklilik hakkı tanınması gerektiği ve bu bakım programının sosyal medyada yer alması gerektiği şeklinde tavsiyeleri olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Endometriozisli kadınların yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tespit etmek ve Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda uygulanan EHBP'nın kadınların yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşam davranışlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmaya göre;

Çalışmanın örneklemindeki kadınların Tanıtıcı Bilgi Formu'ndan elde edilen verilerinin karşılaştırılması sonucunda, girişim ve kontrol gruplarının düşük sayısı ve menstrüasyonların ağrılı olmaya başlama zamanı haricindeki tüm özellikleri açısından birbirine benzer olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan girişim grubunda yer alan kadınların %95,7'si dismenore, %80'i disparoni, kontrol grubunda yer alan kadınların %73,9'u dismenore, %72,2'si disparoni yaşamaktadır.

Girişim ve kontrol grubu, EHP-5 anketi alt boyutları açısından karşılaştırıldığında iki grubun birbirine benzer olduğu tespit edilmiştir. Girişim grubuna uygulanan EHBP programı ile kadınların EHP-5 anketi tüm alt boyut puanlarında, girişim öncesine kıyasla girişim sonrasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubunda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Girişim ve kontrol grubunun son testleri karşılaştırıldığında; girişim grubunun yaşam kalitesinin, kontrol grubunun yaşam kalitesinden istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Uygulanan EHBP ile kadınların hissettikleri ağrıda ve şikayetlerin yaşam şeklini değiştirmesinde azalma, sosyal ilişkilerde, beden imajında, çalışma yaşamında, çocuklar ile ilişkide, cinsel yaşamında, sağlık profesyonelleri ile ilişkisinde, tedavinin faydalı olduğunu hissetmede, çocuk sahibi olma ile ilgili düşüncelerinde olumlu etkiler yarattığı belirlenmiştir. Çalışmamızın hipotezlerinden **H1 kabul edilmiştir.**

Girişim ve kontrol gruplarında yaşam kalitesini en çok etkileyen durumun duygusal iyilik hali alt boyutu olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve güçsüzlük, infertilite, ağrı nedeniyle yürüyememek, cinsel yaşam, beden imajı, tedavinin faydalı olmaması, çalışma hayatı ve sosyal

destek alt boyutlarının benzer oranlarda etkilediği, en az etkileyen alt boyutların ise sırasıyla sağlık profesyonelleri ile ilişki ve çocuklarla ilişki olduğu belirlenmiştir.

Girişim ve kontrol gruplarının ön test SYBDÖII puanları açısından benzer olduğu tespit edilmiştir. Girişim grubunun son test sonuçlarında SYBDÖII ölçeği alt boyutlarının tamamında anlamlı olarak yükselme tespit edilmiştir. EHBP sonrasında girişim grubunda yer alan kadınların SYBDÖII puanları artış göstermiş olup uygulanan EHBP kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermelerine katkı sağlamıştır. Çalışmamızın hipotezlerinden **H_2 kabul edilmiştir.**

Girişim grubunda yer alan kadınlarda; tüm BKİ grupları, lise ve altı, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olanlar, çocuk sahibi olan ve olmayanlar, çalışan ve çalışmayanlar, 12-13 yaş aralığında menarş olanlar, disparoni yaşayanlar, mevcut olarak medikal tedavi alanlar, sigara kullanan ve kullanmayanlar, ekonomik durumu orta ve iyi olanlar ve endometriozis hakkında bilgi sahibi olduğunu düşünen ve düşünmeyen kadınlar, kontrol gruplarında aynı özellikteki kadınlar ile karşılaştırıldığında, EHBP girişimi sonrasında, EHP-5 anketinden daha düşük puanlar aldıkları ve SYBDÖII'den daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Kadınların uygulanan EHBP ile yaşam kaliteleri artmış ve sağlıklı yaşam davranışları sergiledikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda EHP-5 ve SYBDÖII ölçeği alt boyutları arasında güçlü bir ilişki bulunamamıştır.

Girişim gurubundaki kadınların tamamı uygulanan EHBP'ndan memnun kaldığını ve endometriozis hakkında bilgi düzeylerinin arttığını belirtmiştir. Kadınların büyük çoğunluğu kısmen veya tamamen EHBP içerisinde önerilen sağlıklı yaşam davranışlarını uygulamıştır.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda;

Endometriozisli kadınların yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı yaşam davranışları kazandırabilmek için, kadınların daha uzun vadede takip edilmesi ve sonuçların literatüre aktarılması,

Endometriozisli kadınların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi ve kadınların tedavi ve bakım planına dahil edilmesi,

Özellikle endometriozisli kadınlara bakım veren sağlık profesyonelleri başta olmak üzere tüm toplumun endometriozis hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalık yaratılması,

Endometriozisli kadınların yatarak veya ayaktan bakım aldığı birimlerde endometriozis konusunda uzman bir hemşirenin bulunması ve kadınlarla sürekli iletişimi sürdürmesi,

Endometriozisli kadınların yaşam kalitesini arttırmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye ve sürdürmeye yönelik uygun modeller doğrultusunda bakım planlanması, bu bakım planına eşlerin de dahil edilmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması,

Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitimlerinde endometriozise özgü bakıma yer verilmesi ve mevcut olan içeriğin genişletilmesi,

Endometriozisli kadınlara uygun bakım verebilmek adına, sertifika programları ile alanında uzman endometriozis hemşireliğinin geliştirilmesi,

Endometriozise özgü bakım merkezlerinin kurulması ve bu merkezlerde alanında uzman sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde bakım verecek uzman hemşirelerin bulunması,

Kadınların ve tüm toplumun endometriozis hakkında her türlü doğru ve kaliteli bilgiyi edinebileceği kaynakların arttırılması ve teknolojik çağa uygun olarak her an ulaşılabilecek sosyal medya, çağrı merkezleri, aplikasyonlar ve web sitelerinin aktif kullanımının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abbas, S., Ihle, P., Köster, I., & Schubert, I., 2012, 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, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 160(1), 79-83. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.09.041.

Abd-Elaziz Ibrahim, N., Abd-Elhasib El-Nafrawy, M., Abd-Elsalam Ramadan, S., & Mohamed Salama, A., 2021, Effect of application of Health Promotion Model on lifestyle of women with endometriosis, *Journal of Nursing Science Benha University*, 2(2), 154-169.

Acarkan, T. 2016, Endometriozis, *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*, 10(1), 5-8.

Adoamnei, E., Morán-Sánchez, I., Luisa Sánchez-Ferrer, M., Mendiola, J., Teresa Prieto-Sánchez, M., Moñino-García, M., Palomar-Rodríguez, J.A., & Manuel Torres-Cantero, A., 2021, Health-related quality of life in adult Spanish Women with endometrioma or deep infiltrating endom: A case-control study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5586. https://doi.org/10.3390/ijerph.

Agarwal, S.K., Chapron, C., Giudice, L.C., Laufer, M.R., Leyland, N., Missmer, S.A., Singh, S.S., & Taylor, H.S., 2019, Clinical diagnosis of endometriosis: A call to action, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 354.e1-354.e12. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.039.

Ahmed, G.A.E., & Radwan E.M.N., 2021, Educational nursing program for improving nonmedical students' awareness toward endometriosis at Zagazig University, *Egyptian Journal of Health Care*, 12(3), 102-115.

Alboni, C., Sampogna, V., Airoud, M., Malmusi, S., Farulla, A., Colucci, G., & La Marca, A., 2022, Impact on quality of life of laparoscopic nerve-sparing radical treatment of parametrial deep infiltrating endometriosis (Postoperative pain assessment and functional outcomes), *Research Square*, 1–18.

Api, M., Oral, E., Ata, B., Kumbak Aygün, B., Berker, B., Biberoğlu, K.Ö., Bozdağ, G., Hassa, H., İnceboz, Ü., Karaman, Y., Uncu G., Usta, A.T. & Zeyneloğlu, H., 2016, Türkiye endometriyozis tanı ve yönetim kılavuzu, *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 9(2), 80-112. https://www.researchgate.net/publication/306256250.

Armour, M., Sinclair, J., Cheng, J., Davis, P., Hameed, A., Meegahapola, H., Rajashekar, K., Suresh, S., Proudfoot, A., & Leonardi, M., 2022, Endometriosis and cannabis consumption during the COVID-19 Pandemic: An international cross-sectional survey, *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1–9. https://doi.org/10.1089/can.2021.0162.

Arslan, E.B., 2021, *Kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.

Aubry, G., Panel, P., Thiollier, G., Huchon, C., & Fauconnier, A., 2017, Measuring health-related quality of life in women with endometriosis: Comparing the clinimetric properties of the Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5) and the EuroQol-5D (EQ-5D), *Human Reproduction*, 32(6), 1258–1269. https://doi.org/10.1093/humrep/dex057.

Bach, A.M., Risoer, M.B., Forman, A., & Seibaek, L., 2016, Practices and attitudes concerning endometriosis among nurses specializing in gynecology, *Global Qualitative Nursing Research*, 3. https://doi.org/10.1177/2333393616651351.

Bahar, Z., & Açıl, D., 2014, Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal yapı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kissal, A., 2008, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 12(1), 1-13.

Ballard, K.D., Seaman, H.E., De Vries, C.S., & Wright, J.T., 2008, Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study-Part 1, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(11), 1382–1391. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x.

Ballard, K., Lane, H., Hudelist, G., Banerjee, S., & Wright, J., 2010, Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain, *Fertility and Sterility*, 94(1), 20–27. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.164.

Barbosa, C.P., De Souza, A.B., Bianco, B., & Christofolini, D.M., 2011, The effect of hormones on endometriosis development, *Minerva Ginecol*, 63(4), 375-86.

Becker, C.M., Bokor, A., Heikinheimo, O., Horne, A., Jansen, F., Kiesel, L., King, K., Kvaskoff, M., Nap, A., Petersen, K., Saridogan, E., Tomassetti, C., Van Hanegem, N., Vulliemoz, N., & Vermeulen, N., 2022, ESHRE guideline: Endometriosis, *Human Reproduction Open*, 2022(2). https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009/6537540.

Benagiano, G., & Brosens, I., 2011, Who identified endometriosis?, *Fertility and Sterility*, 95(1), 13–16. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.06.027.

Bento, P.A., & Moreira, M.C., 2014, Even silence has an end: Informative study on endometriosis and its signs/symptoms, *Journal of Nursing UFPE On Line*, 8(2), 457-463.https://doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201429.

Brasil, D.L., Montagna, E., Trevisan, C.M., La Rosa, V.L., Lagana, A.S., Barbosa, C.P., & Zaia, V., 2019, Psychological stress levels in women with endometriosis: Systematic review and meta-analysis of observational studies, *Minerva Medica*, 111(1), 90-102.

Burney, R.O., & Giudice, L.C., 2012, Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and Sterility*, 98(3), 511-519. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.029.

Cangöl, E., & Hotun Şahin, N., 2017, A model of breastfeeding support: Motivational interviews based on Pender's Health Promotion Model, *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(1), 98-104.

Cavaggioni, G., Lia, C., Resta, S., Antonielli, T., Benedetti Panici, P., Megiorni, F., & Porpora, M.G., 2014, Are mood and anxiety disorders and alexithymia associated with

endometriosis? A preliminary study, *BioMed Research International*, 2014. https://doi.org/10.1155/2014/786830.

Çalık, A., & Kapucu, S., 2017, Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 62-75.

D'Alterio, M.N., Saponara, S., Agus, M., Laganà, A.S., Noventa, M., Loi, E.S., Feki, A., & Angioni, S., 2021, Medical and surgical interventions to improve the quality of life for endometriosis patients: A systematic review, *Gynecological Surgery*, 18(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s10397-021-01096-5.

Deal, L.S., Williams, V.S., DiBenedetti, D.B., & Fehnel, S.E., 2010, Development and psychometric evaluation of the Endometriosis Treatment Satisfaction Questionnaire, *Quality of Life Research*, *19*(6), 899-905.

De Graaff, A.A., D'hooghe, T.M., Dunselman, G.A.J., Dirksen, C.D., Hummelshoj, L., Simoens, S., Bokor, A., Brandes, I., Brodszky, V., Canis, M., Colombo, G.L., Deleire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A.W., Kanj, O., Kjer, J.J., Kristensen, J., Wullschleger, M., 2013, The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: Results from an international cross-sectional survey, *Human Reproduction*, 28(10), 2677–2685. https://doi.org/10.1093/humrep/det284.

Deguara, C.S., Pepas, L., & Davis, C., 2012, Does minimally invasive surgery for endometriosis improve pelvic symptoms and quality of life?, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *24*(4), 241-244.

Değerli, H., & Yiğit, A., 2020, Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 573–586. https://doi.org/10.21076/vizyoner.656563.

Donatti, L., Ramos, D.G., Andres, M.P., Passman, L.J., & Podgaec, S., 2017, Patients with endometriosis using positive coping strategies have less depression, stress and pelvic pain, *Einstein*, 15(1), 65–70. https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3911.

Eti Aslan, F., 2002, Ağrı değerlendirme yöntemleri, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1).

Evans, S., Villegas, V., Dowding, C., Druitt, M., O'Hara, R., & Mikocka-Walus, A., 2021, Treatment use and satisfaction in Australian women with endometriosis: A mixed-methods study, *Internal Medicine Journal*. https://doi.org/10.1111/imj.15494.

Facchin, F., Buggio, L., Vercellini, P., Frassineti, A., Beltrami, S., & Saita, E., 2021, Quality of intimate relationships, dyadic coping, and psychological health in women with endometriosis: Results from an online survey, *Journal of Psychosomatic Research*, 146. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110502.

Fedele, F., 2021, An overview on the psychological impact of endometriosis on adolescent girls' life, *Women's Health Bulletin*. https://doi.org/10.30476/whb.2021.91557.1128.

Findeklee, S., Radosa, J.C., Mothes, A., Younes, S., Schafhaupt, S., Stotz, L., Sklavounos, P., Solomayer, E.F., & Radosa, M.P., 2020, Patient satisfaction with personal

patient care (PPC) in the inpatient treatment of endometriosis, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(2), 545–550. https://doi.org/10.1007/s00404-019-05394-4.

Fonseca, M.F., Aragao, L.C., Sessa, F.V., de Resende, J.A.D., & Crispi, C.P., 2018, Interrelationships among endometriosis-related pain symptoms and their effects on health-related quality of life: A sectional observational study, *Obstetrics and Gynecology Science*, 61(5), 605–614. https://doi.org/10.5468/ogs.2018.61.5.605.

Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R.I., & Flores, I., 2011, Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity, *Fertility and Sterility*, 96(1), 107–112. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095.

Fuldeore, M.J., & Soliman, A.M., 2017, Prevalence and symptomatic burden of diagnosed endometriosis in the United States: National estimates from a cross-sectional survey of 59,411 women, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 82(5), 453–461. https://doi.org/10.1159/000452660.

Gilmour, J.A., Huntington, A., & Wilson, H.V., 2008, The impact of endometriosis on work and social participation, *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 443–448. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00718.x.

Giudice, L.C. (2010). Endometriosis. Clinical Practice, *N Engl J Med*, *362*(25), 2389-2398.

Hadfield, R.M., Mardon, H.J., Barlow, D.H., & Kennedy, S.H., 1997, Endometriosis in monozygotic twins, *Fertility and sterility*, 68(5), 941-942.

Hickey, M., Ballard, K., & Farquhar, C., 2014, Endometriosis, *BMJ*, g1752-g1752. https://doi.org/10.1136/bmj.g1752.

Holdsworth-Carson, S.J., Dior, U.P., Colgrave, E.M., Healey, M., Montgomery, G.W., Rogers, P.A.W., & Girling, J.E., 2018, The association of body mass index with endometriosis and disease severity in women with pain, *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, 10(2), 79–87. https://doi.org/10.1177/2284026518773939.

Hsu, A.L., Khachikyan, I., & Stratton, P., 2010, Invasive and noninvasive methods for the diagnosis of endometriosis, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(2), 413–419. https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181db7ce8.

Hudson, N., Culley, L., Law, C., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N., 2016, 'We needed to change the mission statement of the marriage': Biographical disruptions, appraisals and revisions among couples living with endometriosis, *Sociology of Health and Illness*, 38(5), 721–735. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12392.

Huijs, E., & Nap, A., 2020, The effects of nutrients on symptoms in women with endometriosis: A systematic review, *Reproductive BioMedicine Online*, 41(2), 317–328. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.04.014.

Jones, G., Kennedy, S., Barnard, A., Wong, J., & Jenkinson, C., 2001, Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30, *Obstetrics & Gynecology*, 98(2), 258-264.

Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S., 2004, Development of the short form endometriosis health profile questionnaire: The EHP-5, *Quality of Life Research*, 13(3), 695-704.

Jones, K.D., & Sutton, C., 2003, Patient satisfaction and changes in pain scores after ablative laparoscopic surgery for stage III-IV endometriosis and endometriotic cysts, *Fertility and Sterility*, 79(5), 1086–1090. https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)04957-9.

Kaatz, J., Solari-Twadell, P.A., Cameron, J., & Schultz, R., 2010, Coping with endometriosis, *JOGNN- Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(2), 220–226. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01110.x.

Kahveci, B., Bayat, B., Khatib, G., Ferhat Ürünsak, İ., & Atay, Y., 2020, Endometriozis tanısı almış infertil hastalarda D vitamin düzeyinin değerlendirilmesi, *Cukurova Medical Journal Cukurova Med J*, 45(4), 1672–1678. https://doi.org/10.17826/cumj.780378

Kamal Helmy, H., Mohamed Magdi Fakhreldin Mohamed, H., & El-Sayed Ibrahim, R., 2021, Effect of nursing program regarding lifestyle modification on selected outcomes among women with endometriosis, *Egyptian Journal of Health Care,* 12(2), 1396-1410. https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.184417.

Kiesel, L., & Sourouni, M., 2019, Diagnosis of endometriosis in the 21st century, *Climacteric*, 22(3), 296-302. https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743,

Klein, S., D'Hooghe, T., Meuleman, C., Dirksen, C., Dunselman, G., & Simoens, S., 2014, What is the societal burden of endometriosis-associated symptoms? A prospective Belgian study, *Reproductive BioMedicine Online*, 28(1), 116–124. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.09.020.

Laganà, A.S., Condemi, I., Retto, G., Muscatello, M.R.A., Bruno, A., Zoccali, R.A., Triolo, O., & Cedro, C., 2015, Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 194, 30–33. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.08.015.

Leyland, N., Casper, R., Laberge, P., Singh, S.S., Allen, L., Arendas, K., & Senikas, V., 2010, Endometriosis: Diagnosis and management, *Journal of Endometriosis*, 2(3), 107-134.

Macer, M.L., & Taylor, H.S., 2012, Endometriosis and infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility, *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 39(4), 535-549. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2012.10.002.

Mahmoud, A., Hamido, S., & Mohamed, R., 2021, Nursing Strategies for Alleviating Endometriosis Related Symptoms, *Egyptian Journal of Health Care*, 12(3), 631–647. https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.191650.

Mao, A.J., & Anastasi, J.K., 2010, Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(2), 109–116. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00475.x.

Martins, J., Ferreira, G., Vilaça, M., Ferreira, H., Osório, F., Nogueira-Silva, C., & Pereira, M.G., 2021, Quality of life and sexual satisfaction in women with endometriosis: The moderator role of symptom severity, *Psychology and Sexuality*, 1-13. https://doi.org/10.1080/19419899.2021.1943501.

Marziali, M., Venza, M., Lazzaro, S., Lazzaro, A., Micossi, C., & Stolfi, V.M., 2012, Gluten-free diet: A new strategy for management of painful endometriosis related symptoms?, *Minerva Chirurgica*, 67(6), 499-504.

Mcleod, B.S., & Retzloff, M.G., 2010, Epidemiology of endometriosis: An assessment of risk factors, *Clinical obstetrics and gynecology*, 53(2), 389-396.

Mehedintu, C., Plotogea, M.N., Ionescu, S., & Antonovici, M., 2014, Endometriosis still a challenge, *Journal of medicine and life*, 7(3), 349.

Mekaru, K., Masamoto, H., Sugiyama, H., Asato, K., Heshiki, C., Kinjyo, T., & Aoki, Y., 2014, Endometriosis and pregnancy outcome: Are pregnancies complicated by endometriosis a high-risk group? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 172(1), 36–39. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.10.024.

Metwally, H.M.S., & Desoky, M.M.A., 2018, Improving quality of life among women with endometriosis: An intervention study, *American Journal of Nursing Research*, 6(6), 668-678.

Meuleman, C., Vandenabeele, B., Fieuws, S., Spiessens, C., Timmerman, D., & D'Hooghe, T., 2009, High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners, *Fertility and Sterility*, 92(1), 68–74. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.04.056.

Minas, V., & Dada, T., 2014, Laparoscopic treatment of endometriosis and effects on quality of life: A retrospective study using the short form EHP-5 endometriosis specific questionnaire, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(4), 336–340. https://doi.org/10.3109/01443615.2013.874409.

Missmer, S.A., Hankinson, S.E., Spiegelman, D., Barbieri, R.L., Malspeis, S., Willett, W.C., & Hunter, D.J., 2004, Reproductive history and endometriosis among premenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5), 965-974.

Missmer, S.A., Tu, F.F., Agarwal, S.K., Chapron, C., Soliman, A.M., Chiuve, S., Eichner, S., Flores-Caldera, I., Horne, A.W., Kimball, A.B., Laufer, M.R., Leyland, N., Singh, S.S., Taylor, H.S., & As-Sanie, S., 2021, Impact of endometriosis on life-course potential: A narrative review, *International Journal of General Medicine*, 14, 9–25. https://doi.org/10.2147/IJGM.S261139.

Mohamed, W.F., & Hassan, H.E., 2020, Effect of instructional supportive guideline for improving women's awareness towards endometriosis, *American Journal of Nursing Research*, 8(1), 38–47. https://doi.org/10.12691/ajnr-8-1-5.

Mohamed, A.M., Mehaseb, S.H., & Ibrahim, R.M., 2021, Effect of instructional nursing strategies on endometriosis symptoms, *Evidence-Based Nursing Research*, 3(4), 9. https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v3i4.224.

Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D., 2014, Impact of endometriosis on women's lives: A qualitative study, *BMC Women's Health*, 14(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123.

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., 2011, Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries, *Fertility and Sterility*, 96(2). https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090.

Norton, W., & Holloway, D., 2016, Endometriosis: The role practice nurses can play, *Practice Nursing*, 27(5), 244-249.

Norton, W., Mitchell, H., Holloway, D., & Law, C., 2020, The role of endometriosis clinical nurse specialists in British Society for Gynaecological Endoscopy registered centres: A UK survey of practice, *Nursing Open*, 7(6), 1852–1860. https://doi.org/10.1002/nop2.574.

Norton, W., & Holloway, D., 2020, Understanding the NICE guidance on endometriosis, *Practice Nursing*, 31(1), 8-16.

Oral, E., Usta, T., 2016, *Kronik pelvik ağrı ve endometriozis*, Kronik Pelvik Ağrı, In: Oral, E. Kumbak Aygün, B. 5. Bölüm, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, ISBN: 978-975-277-47-82.

Osmanlıoğlu, Ş., & Sanlier, N., 2021, The relationship between endometriosis and diet, *Human Fertility*, 1-16.

Öztürk, E., & Yıldırım Karaca, S., 2021, Abdominal wall endometriosis: Our clinical experience in diagnosis and treatment, analysis of 69 patients, *Kocaeli Medical Journal*, 10(1), 7–12. https://doi.org/10.5505/ktd.2021.82335.

Paşalak, Ş.İ., Eroğlu, K., & Akyüz, A., 2018, Kadın sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmalarda kuram/model kullanımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), 91-108.

Rolla, E., 2019, Endometriosis: Advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment, *F1000Research*, https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1.

Roomaney, R., & Kagee, A., 2016, Coping strategies employed by women with endometriosis in a public health-care setting, *Journal of Health Psychology*, 21(10), 2259–2268. https://doi.org/10.1177/1359105315573447.

Rowe, H.J., Hammarberg, K., Dwyer, S., Camilleri, R., & Fisher, J.R.W., 2021, Improving clinical care for women with endometriosis: Qualitative analysis of women's and health professionals' views, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 42(3), 174–180. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1678022.

Rowlands, I.J., Abbott, J.A., Montgomery, G.W., Hockey, R., Rogers, P., & Mishra, G. D., 2021, Prevalence and incidence of endometriosis in Australian women: A data linkage cohort study, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 128(4), 657–665. https://doi.org/10.1111/1471-0528.16447.

Royal College of Nursing (RCN), 2021, *Clinical nurse specialist in endometriosis*, https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/clinical-nurse-specialist-in-endometriosis-uk-pub-009-923#detailTab, [Ziyaret tarihi: 8 Mart 2022].

Saraswat, L., Ayansina, D.T., Cooper, K.G., Bhattacharya, S., Miligkos, D., Horne, A. W., & Bhattacharya, S., 2017, Pregnancy outcomes in women with endometriosis: A national record linkage study, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(3), 444–452. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13920.

Sarria-Santamera, A., Orazumbekova, B., Terzic, M., Issanov, A., Chaowen, C., & Asúnsolo-Del-barco, A., 2021, Systematic review and meta-analysis of incidence and prevalence of endometriosis, *Healthcare*, 9(1). https://doi.org/10.3390/healthcare9010029.

Savaş, E., & Bahar, A., 2011, Gaziantep üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, *Gaziantep Medical Journal*, 17(1), 24-28.

Schulz, K.F., Altman, D.G., & Moher, D., 2010, CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials, *Trials*, 11(1), 1-8.

Seaman, H.E., Ballard, K.D., Wright, J.T., & De Vries, C.S., 2008, Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease: Findings from a national case-control study- Part 2, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(11), 1392–1396. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01879.x.

Selcuk, S., Sahin, S., Demirci, O., Aksoy, B., Eroglu, M., Ay, P., & Cam, C., 2015, Translation and validation of the Endometriosis Health Profile (EHP-5) in patients with laparoscopically diagnosed endometriosis, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 185, 41–44. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.039.

Sepulcri, R.D.P., & Amaral, V.F., 2009, Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 53–56. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.09.003.

Sert, E., Erkal, Y., & Oran, N.T., 2014, Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin antenatal değerlendirmede kullanımı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1147-1160.

Sesti, F., Parazzini, F., Cipriani, S., Moroni, S., Crosignani, P., Ciavattini, A., & De Santo, D., 2001, Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain, *Human Reproduction*, 16(12), 2668-2671.

Setälä, M., Härkki, P., Matomäki, J., Mäkinen, J., & Kössi, J., 2012, Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(6), 692–698. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01394.x.

Shafrir, A.L., Farland, L.V., Shah, D.K., Harris, H.R., Kvaskoff, M., Zondervan, K., & Missmer, S.A., 2018, Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001.

Shah, D.K., Correia, K.F., Vitonis, A.F., & Missmer, S.A., 2013, Body size and endometriosis: Results from 20 years of follow-up within the Nurses' Health Study II prospective cohort, *Human Reproduction*, 28(7), 1783–1792. https://doi.org/10.1093/humrep/det120.

Shahbaz, U.M., & Nickson, B., 2018, Endometriosis: Improvement of quality of life from a nursing perspective, *Turku University of Applied Sciences*.

Soliman, A.M., Singh, S., Rahal, Y., Robert, C., Defoy, I., Nisbet, P., & Leyland, N., 2020, Cross-sectional survey of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life in Canadian women, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(11), 1330–1338. https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.04.013.

Sourial, S., Tempest, N., & Hapangama, D.K., 2014, Theories on the pathogenesis of endometriosis, *International Journal of Reproductive Medicine*, 1–9. https://doi.org/10.1155/2014/179515.

Stull, D.E., Wasiak, R., Kreif, N., Raluy, M., Colligs, A., Seitz, C., & Gerlinger, C., 2014, Validation of the SF-36 in patients with endometriosis, *Quality of Life Research*, 23(1), 103–117. https://doi.org/10.1007/s11136-013-0442-5.

Surrey, E.S., Soliman, A.M., Johnson, S.J., Davis, M., Castelli-Haley, J., & Snabes, M.C., 2018, Risk of Developing comorbidities among women with endometriosis: A retrospective matched cohort study, *Journal of Women's Health*, 27(9), 1114–1123. https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6432.

Şahin, S., 2010, *Endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tandoğan, Ö., Kaydırak, M.M., & Oskay, Ü., 2019, Erkeklerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili mitleri, *Androloji Bülteni*, 21(4), 134-139. https://doi.org/10.24898/tandro.2019.79037.

Thammasiri, C., Amnatbuddee, S., Sothornwit, J., Temtanakitpaisan, T., & Buppasiri, P., 2022, A cross-sectional study on the quality of life in women with endometrioma, *International Journal of Women's Health*, 14, 9–14. https://doi.org/10.2147/IJWH.S341603.

Thomas, D.S., & Natarajan, J.R., 2013, Diet– a new approach to treating endometriosis– What is the evidence?, *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1(5), 4-11.

TNSA, 2018, Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe University of Population Studies. http://www.hips.hacett,epe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, [Ziyaret Tarihi: 15.05.2022]

Unutkan, A., & Kukulu, K., 2014, Endometriozis ilişkili ağrının yönetimi ve ağrının yönetiminde hemşirenin rolü, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 804-814.

Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., & Vercellini, P., 2004, Endometriosis: Epidemiology and aetiological factors, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(2), 177-200. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.01.007.

Walker, S.N., Sechrist K.R., & Pender N.J., 1987, The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics, *Nursing Research*, 36(2), 76-80.

Walker, S.N., & Hill-Polerecky, D.M., 1996, Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II, *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 13, 120-6.

Wang, Y., Li, B., Zhou, Y., Wang, Y., Han, X., Zhang, S., He, Z., & Ouyang, L., 2021, Does endometriosis disturb mental health and quality of life? A systematic review and meta-analysis, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 86(4), 315-335. https://doi.org/10.1159/000516517.

Wu, M.H., Su, P.F., Chu, W.Y., Lin, C.W., Huey, N.G., Lin, C.Y., & Ou, H.T., 2021, Quality of life among infertile women with endometriosis undergoing IVF treatment and their pregnancy outcomes, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 42(1), 57–66. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1758659.

Yalçın Bahat, P., 2019, *Endometriozisle yaşamak*, O'Tıp Kitapevi ve Yayıncılık, İzmir, ISBN 978-605-9259-60-6.

Yousif, A.M., Gomaa Abdallah, W., & Mahmoud, H., 2019, Implemented nursing strategy based on Health Promotion Model for alleviating endometriosis relating symptoms, *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 6(3), 332–344.

Yurtsev E., 2017, *Doğuma özel stereogram kartlarının doğum ağrısı algısına etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zondervan, K.T., Becker, C.M., Koga, K., Missmer, S.A., Taylor, R.N., & Viganò, P., 2018, Endometriosis, *Nature Reviews Disease Primers,* (4)1. https://doi.org/10.1038/s41572-018-0008-5

EKLER

Ek-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

Sayın Katılımcı

"Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Hemşirelik Bakım Programının Endometriozisi Olan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkisi" isimli katılacağınız bu çalışma bilimsel bir çalışmadır.

Bu araştırma, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik bakım programının endometriosizi olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlenmek amacıyla planlanmıştır. Araştırma iki farklı grupla yürütülecektir ve hangi grupta olduğunuz rastgele seçilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgilendirmemiz doğrultusunda araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu araştırma üç adet veri toplama formu üzerinden yürütülecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Çalışma 46 gönüllü endometriozisi olan kadın ile yürütülecektir. Araştırmada yer aldığınızda yüz yüze görüşme ile toplamda dört görüşme yapılacaktır. Görüşmeler bireysel olarak yapılacak olup endometriozis semptomlarına ve sizlerin ihtiyacına göre düzenlenecektir. Araştırma dokuz ay sürecektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, endometriozisi olan kadınlara bakım verirken yön gösterecek ve kaynak oluşturacaktır.

Araştırma süresince size zarar verebilecek olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. İstediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz poliklinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılmayacaktır.

Yukarıda yer alan araştırmaya dair bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Gerekli konularda araştırmacı tarafından sorularımın cevaplarını aldım. Yukarıda açıklanan bilgiler doğrultusunda tıbbi bilgilerimin gözden geçirilmesine, sadece bu araştırmada kullanılmasında izin veriyor ve bu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmadan gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Sayın Katılımcı

Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Hemşirelik Bakım Programının Endometriozisi Olan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkisi isimli katılacağınız bu çalışma bilimsel bir çalışmadır.

Bu araştırma, Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik bakım programının endometriosizi olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini belirlenmek amacıyla planlanmıştır. Araştırma iki farklı grupla yürütülecektir ve hangi grupta olduğunuz rastgele seçilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bilgilendirmemiz doğrultusunda araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu araştırma, üç adet veri toplama formu üzerinden yürütülecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Çalışma 46 gönüllü endometriozisi olan kadın ile yürütülecektir. Araştırmada yer aldığınızda yüz yüze görüşme ile toplamda 3 görüşme yapılacaktır. Çalışma 9 ay sürecektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, endometriozisi olan kadınlara bakım verirken yön gösterecek ve kaynak oluşturacaktır.

Araştırma süresince size zarar verebilecek olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. İstediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz poliklinikten aldığınız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Bu çalışma karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecek ve size ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşılmayacaktır.

Yukarıda yer alan araştırmaya dair bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Gerekli konularda araştırmacı tarafından sorularımın cevaplarını aldım. Yukarıda açıklanan bilgiler doğrultusunda tıbbi bilgilerimin gözden geçirilmesine, sadece bu araştırmada kullanılmasında izin veriyor ve bu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmadan gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Telefon:

Tarih ve İmza:

Ek-3. Tanıtıcı Bilgi Formu

Aşağıda "Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Hemşirelik Bakım Programının Endometriozisi Olan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitelerine Etkisi" isimli araştırmaya ait sorular bulunmaktadır. Lütfen size uygun olan cevapları işaretleyiniz.

Adınız ve Soyadınız:

Telefonunuz:

Sosyodemografik öykü

1. Yaşınız:
2. Kilonuz:
3. Boyunuz:
4. Medeni durumunuz:

( )Evli ( ) Bekar

5. Ne kadar süredir evlisiniz?.....
6. Eğitim düzeyiniz:

( ) Okuryazar değil ( ) İlköğretim ( ) Orta öğretim

( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri

7. Mesleğiniz:

( ) Ev hanımı ( ) Memur

( ) İşçi ( ) Diğer…….

8. Sosyal güvenceniz var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

9. Sosyo-ekonomik düzeyiniz:

( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi

10. Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

11. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

12. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

13. Kafeinli içecek (çay, kahve, kola vb.) tüketir misiniz?

( ) Evet (kaç bardak?…….) ( ) Hayır

14. Aile tipiniz:

( )Çekirdek aile ( ) Geniş aile

15. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

( ) Evet (…….) ( ) Hayır

16. Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

( ) Evet (…….) ( ) Hayır

17. Ailenizde endometriozis tanısı alan birey var mı?

( ) Evet (…….) ( ) Hayır

Obstetrik öykü

18. Gebelik sayınız:……

19. Kürtaj sayınız:…….

20. Düşük sayınız:…….

21. Yaşayan çocuk sayınız:……..

22. Doğum şekliniz: 1: Normal doğum ( ) Sezaryen ( )

2: Normal doğum ( ) Sezaryen ( )

3: Normal doğum ( ) Sezaryen ( )

Menstrual öykü

23. İlk adet yaşınız?....

24. Adet düzeni:

( )Düzenli ( )Düzensiz

25. Kaç günde bir adet olursunuz:.....

26. Adet dönemi kaç gün sürer:.....

27. Ortalama kirletilen ped sayısı: .....

28. Adet dönemlerinde ağrınız olur mu?

( ) Evet ( ) Ara-sıra ( ) Hayır

29. Adet döneminde ağrı şiddetinizi 1'den (ağrı yok) 10'a (dayanılamaz şiddette) kadar numaralardan hangisi ile tanımlarsınız?.....

30. Ne zamandan beri adetleriniz ağrılı geçiyor?

( ) İlk adet olduğumdan beri ( ) İlk adetimden 6 ay- 1 sene sonrasından beri

( ) Diğer……..

31. Adet döneminde ağrınız ne kadar süre devam eder?

( ) Adetten birkaç gün önce başlayıp adetle sonlanır.

( ) Adetle başlayıp birkaç gün devam eder.

( ) Sadece adetin ilk günü olup biter.

( ) Diğer…….

32. Ağrınız için ağrı kesici ilaç kullanıyor musunuz?

( ) Evet (günde kaç adet?…….) ( ) Hayır

33. Ağrınız için bir sağlık kuruluşuna başvurup, tedavi gördünüz mü?

( ) Evet ( ) Hayır (35. Soruya geçiniz)

34. Tedavi sonucunda şikâyetiniz azaldı mı?

( ) Evet ( ) Hayır

35. Makatta ağrı ya da kanama şikayetiniz olur mu?

( ) Evet ( ) Ara-sıra ( ) Hayır

36. İdrar yaparken ağrı ya da kanama şikayetiniz olur mu?

( ) Evet ( ) Ara-sıra ( ) Hayır

37. Adet dönemi dışında pelvik bölgede (karnın alt kısmında) ağrı şikayetiniz var mı?

( ) Evet ( ) Ara-sıra ( ) Hayır

38. Adet dışında kanama şikayetiniz var mı?

( ) Evet ( ) Ara-sıra ( ) Hayır

Endometriozis öyküsü

39. Endometriozis tanısı ne zaman kondu?.....

40. Endometriozis nedeniyle daha önce tedavi oldunuz mu?

( ) Evet ( ) Hayır

41. Cevabınız EVET ise hangi tür tedavi gördünüz?

( )Cerrahi tedavi ( ) İlaç tedavisi ( ) ilaç ve cerrahi tedavi bir arada

42. Şuan ki mevcut tedaviniz nedir?

( )Cerrahi tedavi ( ) İlaç tedavisi ( ) ilaç ve cerrahi tedavi bir arada

Cinsel öykü

43. Aile planlaması yöntemlerini kullanıyor musunuz?

( ) Evet (tipini belirtiniz.....)

( ) Hayır

44. Cinsel ilişki esnasında ya da sonrasında ağrınız oluyor mu?

( ) Evet ( ) Hayır

45. Ağrınız nedeniyle cinsel ilişkiyi sonlandırıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

46. Ağrınız nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

İnfertilite öyküsü

47. Çocuk sahibi olma arzunuz var mı?

( )Evet ( ) Hayır

48. Çocuk sahibi olamama nedeniyle daha önce tedavi oldunuz mu?

( )Evet ( )Hayır

49. Size göre genel sağlık durumunuz nasıl?

( ) Mükemmel ( ) Çok iyi ( ) İyi ( )Kötü ( )Çok kötü

50. Endometriozis hastalığı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyormusunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Ek-4. Endometriozis Sağlık Profil Anketi-5 (EHP-5)

BÖLÜM 1
SON 4 HAFTA BOYUNCA ENDOMETRİYOZİS HASTALIĞINIZ NEDENİYLE NE KADAR SIKLIKLA..

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1-Ağrı nedeniyle yürümekte zorlandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
2-Hissettiğiniz şikâyetler yaşam şeklinizi değiştirmenize neden oldu?	☐	☐	☐	☐	☐
3-Ruhsal durumunuzda değişiklik oldu?	☐	☐	☐	☐	☐
4-Çevrenizdeki kişilerin yaşadığınız sıkıntıları anlamadığını hissetiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
5-Görünüşünüzün etkilendiğini hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

Lütfen diğer sorulara geçmeden *her soru için sadece bir kutucuğu* işaretleyiniz.

BÖLÜM 2
SON 4 HAFTA BOYUNCA ENDOMETRİYOZİS HASTALIĞINIZ NEDENİYLE NE KADAR SIKLIKLA..

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
A-Ağrı nedeniyle işyerinde görevlerinizi yapamadınız? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐
B-Çocuğunuza bakmakta zorlandınız? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐
C-Ağrı nedeniyle cinsel ilişki sırasında endişelendiniz? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐
D-Doktorların şikâyetlerinizi kendi kafanızda kurduğunuzu düşündüğünü hissettiniz ? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐
E-Tedavinizin faydalı olmaması nedeniyle hayal kırıklığına uğradınız ? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐
F-Çocuk sahibi olamama ihtimali nedeniyle üzüldünüz ? ***Bu soru sizinle ilgili değilse bu kutucuğu işaretleyiniz*** ☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ek-5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

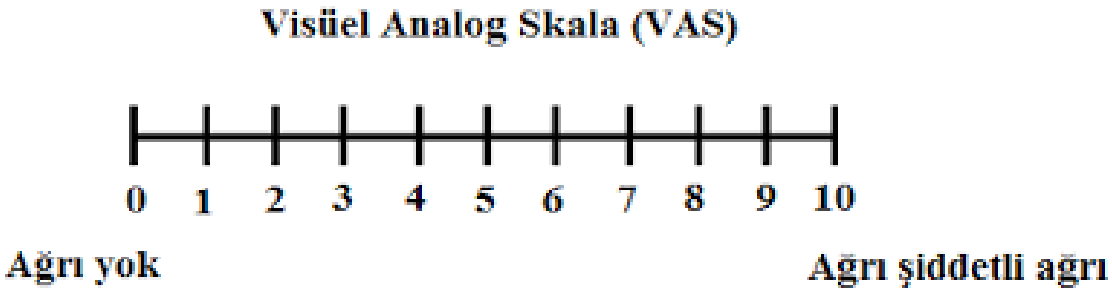
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

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

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

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

Ek-6. Görsel Kıyaslama Ölçeği/ Visual Analog Skala (GKÖ/VAS)



Ek-7. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programına (EHBP) Yönelik Geri Bildirim Formu

1. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'na katılmaktan memnun kaldınız mı?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
2. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı ile endometriozis hakkında bilgi düzeyiniz arttı mı?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
3. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı ile ağrılarınızda azalma oldu mu?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
4. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı ile cinsel hayatınızda olumlu gelişmeler oldu mu?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
5. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen beslenme tavsiyelerini uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

   ……

   ---
6. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen fiziksel aktivite tavsiyelerini uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

   ---
7. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen cinsel yaşam ile ilgili tavsiyeleri uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

   ---
8. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen uyku alışkanlıkları ile ilgili tavsiyeleri uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?

   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

   ---

9. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen kişiler arası ilişkileriniz ile ilgili tavsiyeleri uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?
   ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır

   ---

10. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nda size önerilen stres yönetimine yönelik tavsiyeleri uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
    ---
11. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programında size önerilen sağlık sorumluluğunuza yönelik tavsiyeleri uygulayabildiniz mi? Cevabınız hayırsa nedenini belirtir misiniz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
    ---
12. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nın süresinden memnun musunuz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
13. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programının kapsamından memnun musunuz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
14. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı'nı sunan hemşirenin bilgi donanımından memnun musunuz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
15. Endometrioziste Hemşirelik Bakım Programı sunulan mekandan memnun musunuz?
    ( ) Evet ( ) Kısmen ( ) Hayır
16. Hemşirelik bakım programının size daha faydalı olabilmesi için önerileriniz nelerdir?

Ek-8. Endometriozisle Yaşam Broşürü



ENDOMETRİOZİSTE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI



1. BESLENME:

Amaç östrojen içeren ürünlerden uzak durmak, ideal kiloya ulaşmak ve boşaltım sisteminin çalışmasını sağlamaktır.

♦**Endometrioziste önerilen yiyecekler:** Yeşil yapraklı sebzeler (marul, taze nane), Baklagiller (bakla, barbunya, fasulye) taze ve kurutulmuş meyveler (turunçgiller, ahududu, erik, kuru incir), sebzeler ve balıklar tüketilmelidir.

♦**Endometrioziste azaltılması veya kesilmesi gereken yiyecekler:** Buğday ve ürünleri (glüten içerdiği için), şekerli ürünler, alkol, kafein, çikolata, kırmızı et, kızarmış yiyecekler, konserve ve donmuş yiyecekler, soya ve soya ürünleri (östrojen içerdiği için) tüketilmemelidir.

2. FİZİKSEL AKTİVİTE:

Kişiye özel egzersizler ile omurga ve duruş bozukluklarının düzeltilmesi, pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi, ideal kiloya erişilmesi, kan dolaşımının arttırılması hedeflenmelidir.

Fiziksel aktivite vücuttaki östrojen miktarını azaltır, egzersiz ile salınan endorfin ağrı kesici etki gösterir ve kişinin zinde ve mutlu olmasına yardımcı olur.



Haftada en az 3 kez, 30 dakika ya da daha fazla, 2 yıl süre ile düzenli egzersiz yapmanın endometriozis riskini %70 azalttığı bildirilmiştir.

3. CİNSEL SAĞLIK:

Endometriozisin ana belirtisi cinsel ilişki sırasında yaşanan ağrıdır. Ağrı sebebiyle kadınların cinsel yaşamı olumsuz etkilenir ve cinsel birleşmeden kaçınma ortaya çıkar.



Önemli ipuçları:

♦Adet döngüsü takip edilerek ağrının az olduğu zamanlar tercih edilebilir.

♦İlişki öncesinde ağrı kesici kullanılabilir.

♦Vajinal kuruluk kaynaklı ağrıyı azaltmak amacıyla kayganlaştırıcılar kullanılabilir.

♦Ön sevişme ihmal edilmemelidir.

♦Ağrının daha az olduğu pozisyonlar ve ritim tercih edilebilir.

♦Partner ile cinsel problemler karşılıklı olarak paylaşılmalıdır.

4. UYKU:

Kronik ağrı yaşayan kadınların uyku kalitesi bozulur ve uykusuzluk ağrının şiddetini arttırarak yaşam kalitesini bozabilir.

Kaliteli bir uyku için; ılık duş sonrası her gün aynı saatte, ışık ve ses izolasyonu sağlanmış, 18-21 C° ısıda bir yatak odası tercih edilmeli. Uyku öncesi elektronik cihazdan, ağır yemeklerden, kafein ve alkol içeren içeceklerden uzak durulmalıdır.

5. STRES YÖNETİMİ VE KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER:

Endometrioziste yaşanan ağrıya eşlik eden aşırı stres, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel ve duygusal stresten kaçınmak semptomları hafifletmektedir.

Endometriozis aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkilediğinden yakın çevre ile yaşadıklarını paylaşmak ve destek almak hem çevresindeki insanları hem de kadını olumlu yönde etkileyecektir.

6. SAĞLIK SORUMLULUĞU:

Endometriozisli kadınların düzenli kontrollerini yaptırması, tedaviye uyum sağlaması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanarak sürdürmesi oldukça önemlidir.



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ENDOMETRİOZİSİ OLAN KADINLARDA UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIM PROGRAMININ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA VE YAŞAM KALİTELERİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%11	%3	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
5	clinicaltrials.gov İnternet Kaynağı	%1
6	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
7	books.akademisyen.net İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

KURUM İZNİ YAZILARI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Ayşe Gül BURSA
Doğum Tarihi	
Uyruğu	
E-Posta Adresi	
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Fakülte	Hemşirelik Yüksek Okulu
Bölümü	Hemşirelik
Mezuniyet Yılı	2007
Yüksek Lisans	
Üniversite	Yeditepe Üniversitesi
Enstitü Adı	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Makale ve Bildiriler