

TC.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Premenopoz ve Menopoz Döneminde Olan Kadınlarda
Anksiyete ve Kansere Olma Korkusu: Karşılaştırmalı bir
İnceleme**

Büşra BAYRAKTAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Premenopoz ve Menopoz Döneminde Olan Kadınlarda
Anksiyete ve Kanser Olma Korkusu: Karşılaştırmalı bir
İnceleme

Büşra BAYRAKTAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin

Adı SOYADI

İmza

Tez Danışmanı

Ad SOYAD

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başından sonuna dek yanımda olan, sabırla ve ilgiyle benimle ilgilenen, sorunlarımı çözen, güler yüzlü ve anlayışlı danışman hocam Doç. Dr. Öznur Körükçü'ye,

Araştırmaya katılan tüm kadınlara ve İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği hekim ve hemşirelerine,

Tez aşamamda her anlamda desteklerini benden esirgemeyen ailem, annem Ayşe Bayraktar, babam Nuri Bayraktar, kardeşim Buse Bayraktar'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı, kadın doğum polikliniğine kontrole gelen premenopozal ve menopozal dönemde olan kadınlarda anksiyete düzeyi ve kanser korku düzeyini belirlemek.

Yöntem: Araştırma, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran, premenopozal ve menopozal dönemde olan kadınlarda anksiyete ve kanser kaygısını değerlendirmek amacıyla "Beck Anksiyete Ölçeği" ve "Kanser Kaygı Ölçeği" kullanılarak yapılan kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma verileri Mayıs - Ekim 2021 tarihlerinde toplanmış, 125 menopoz dönemi, 125 menopoz öncesi dönem olmak üzere toplam 250 kadın ile yapılmıştır.

Bulgular: Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre menopoz dönemindeki ve premenopoz dönemindeki kadınların puanları anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır, $t(215)=6,72$, $p<0,001$. Buna göre menopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete puan ortalamasının $(38,06\pm7,55)$ premenopoz dönemindeki kadınların puan ortalamasından $(31,83\pm6,11)$ daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kanser Kaygı Ölçeği'ne göre menopoz dönemindeki ve premenopoz dönemindeki kadınlarda anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür, $t(215)=0,88$, $p=0,379$. Buna göre premenopoz ve menopoz dönemindeki kadınlarda kanser kaygı düzeyi benzerdir.

Sonuç: Sonuç olarak menopoz ve premenopoz dönemindeki kadınlarda kanser olma korkusu ve anksiyete farklı düzeylerde olsa da bulunmaktadır. Buna yönelik hemşirelik bakımları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Premenopoz, Kanser, Kanser Korkusu, Kanser Kaygı Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Hemşirelik

SUMMARY

Objective: The aim of the study is to determine the level of anxiety and fear of cancer in premenopausal and menopausal women who come to the obstetrics clinic for control.

Method: The research is a cross-sectional study using the "Beck Anxiety Scale" and "Cancer Anxiety Scale" to evaluate anxiety and cancer anxiety in premenopausal and menopausal women who applied to the Obstetrics and Gynecology Department of Bozyaka Training and Research Hospital. The study data were collected between May and October 2021, with a total of 250 women, 125 in the menopausal period and 125 in the pre-menopausal period.

Results: According to the Beck Anxiety Scale, the scores of the menopausal and premenopausal women differed significantly, $t(215)=6.72$, $p<0.001$. Accordingly, it was determined that the mean Beck anxiety score of women in the menopause period (38.06 ± 7.55) was higher than the mean score of women in the premenopausal period (31.83 ± 6.11). According to the Cancer Anxiety Scale, it was observed that there was no significant difference in menopausal and premenopausal women, $t(215)=0.88$, $p=0.379$. Accordingly, cancer anxiety levels are similar in premenopausal and menopausal women.

Conclusion: As a result, the fear of cancer is present in menopausal and premenopausal women, although at different levels. Nursing care is required for this.

Keywords: Menopause, Premenopause, Cancer, Fear of Cancer, Cancer Anxiety Inventory, Beck Anxiety Inventory, Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Menopoz Tanımı	3
2.1.1 Menopoz Epidemiyolojisi	6
2.2 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler	7
1. Vazomotor Değişiklikler	8
2. Cinsel Yaşam Değişiklikleri	9
3. Ürogenital Sistem Değişiklikleri	10
4. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri	11
5. Cilt Değişiklikleri	12
6. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	12
7. Emosyonel Değişiklikler	13
2.3 Kanserler	14

2.4	Kanser Tanısı Almanın Zorlukları	15
2.5	Korku ve Anksiyete	16
2.5.1	Korku Fizyolojisi	18
2.5.2	Kanser Korkusu ve Etiyolojisi	19
2.5.3	Kanser Korkusunda Hemşirelik Bakımı	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1	Araştırmanın Tipi	23
3.2	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3	Araştırmanın örnekleme	23
3.3.1	Örneklem Büyüklüğü	23
3.3.2	Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	24
3.3.3	Araştırma Kapsamından Dışlanma Kriterleri	24
3.4	Araştırmanın Etiği	24
3.5	Kullanılan Gereçler	24
3.5.1	Kişisel Bilgi Formu	25
3.5.2	Beck Anksiyete Ölçeği	25
3.5.3	Kanser Kaygı Ölçeği	26
3.6	Araştırma Verilerinin Toplanması	26
3.7	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	26
4.	BULGULAR	28
4.1	Çalışma Grubu	28
4.2	Beck Anksiyete Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler	29
4.3	Kanser Kaygı Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler	30
4.4	Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Betimsel Değerler	32

4.5	Menopoz ve Premenopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	33
4.6	Tüm Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	39
4.7	Beck Anksiyete ve Kaygı Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	43
5.	TARTIŞMA	44
6.	SONUÇ	48
7.	ÖNERİLER	49
8.	KAYNAKLAR	50
9.	EKLER	60
	EK 1- KİŞİSEL BİLGİ FORMU	60
	EK 2- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	62
	EK 3- KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ	67
	EK.5 – KURUM İZNİ	69
10.	ÖZGEÇMİŞ	70

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.5 1. Araştırmada Yer Alan Ölçme Araçlarına Ait Güvenirlik ve Geçerlik Değerleri.....	25
Tablo 4 1. Çalışma Grubuna Ait Özellikler.....	28
Tablo 4 2. Beck Anksiyete Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler	29
Tablo 4 3. Kanser Kaygı Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler	31
Tablo 4 4. Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Betimsel Değerler.....	32
Tablo 4 5. Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları.....	33
Tablo 4 6. Menopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri.....	33
Tablo 4 7. Premenopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri.....	37
Tablo 4 8. Tüm Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri	39
Tablo 4 9. Beck Anksiyete ve Kaygı Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler.....	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.5	1. Nöranatomik Oluşum Korku, Anksiyete Belirtileri, ACTH= Adrenokortikotropik Hormon (Duvarcı ve Pare, 2014).....	19
------------------	--	-----------



SİMGELER VE KISALTMALAR

AMH:Antimüllerian Hormon

BRCA1:Breast Cancer Susceptibility (Göğüs Kanseri Duyarlılık)

CES-D:Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği

DHEA:Dehidroepiandrosteron

DNA:Deoksiribo Nükleik Asit

FCR :Fear of Cancer Recurrence (Kanser Nüksetme Korkusu)

FSH:Folikül Stimüle Edici Hormon

GSM :Genitoüriner Menopoz Sendromu

HDL:High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)

LDL:Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

NAMS:North American Menopause Society (Kuzey Amerika Menopoz Derneği)

NCCIH:National Center For Complementary and Integrative Health

(Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Ulusal Merkezi)

NEFA:Nonesterified Fatty Acids (Esterleşmemiş Yağ Asitleri)

TNSA:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK:Türkiye İstatistik Kurumu

WHO:World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Kadının üreme döneminden, üremenin olmadığı menopoz dönemine geçişte en önemli dönem olan menopoz dönemi, hormonal sistemde önemli farklılıkların yaşandığı ve kadını sosyal, psikolojik, fizyolojik olarak etkileyen biyolojik bir süreçtir (Jasper ve ark.,2015). Bu süreçte, premenopozal dönem itibari ile (menopoz öncesi 2-6 senelik süreç) başlayıp, menopoz sonrası yıllarca devam edebilecek semptomlarla karşı karşıya kalacak olan kadınlar vazomotor değişiklikler, fizyolojik değişiklikler, tüm organ sistemlerinde değişiklikler yaşamaktadır (WHO,1996; Schmidt,2017). Jinekolojik Onkoloji Derneği (2020) menopoza “en az 12 aylık adetsiz bir dönemin takip ettiği veya her iki overin (yumurtalığın) cerrahi olarak çıkarıldığı veya harap edildiği zamandan önce görülen son adet” olarak tanımlamıştır. Premenopozal dönem 45-55 yaşları arasında (ortalama 51 yaşında) ortaya çıkmaktadır (Daley ve ark.,2014; The North American Menopause Society (NAMS), 2020). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verileri incelendiğinde, yaşın artması ile birlikte menopoza girme oranları artış göstermiştir. Ülkemiz genelinde 30-49 yaş arası kadınların %10,3’ü menopoza girmişken; bu oran 48-49 yaş aralığında %45,1’e yükselmektedir (TNSA, 2018).

Kronik, uzun süren tedavi süreçleri olan, iyi bir bakım ve tedavi gerektiren tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, insidansı giderek artan, mortalite ve morbidite artışına sebep olan en önemli sağlık problemlerinden biridir. Tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelen ölüm sebebidir (Şentürk ve ark., 2018). Kanseri, kontrolsüz hücre bölünmesi ile karakterize, bireyi ve ailesini sosyal, ekonomik, psikolojik yönlerden de etkileyen korku, endişe verici ve toplumda ölüm ile eş değer tutulan bir kronik hastalıktır (Özkan, 2017). Nüfusun giderek yaşlanması ile beraber kanser görülme sıklığı artmaktadır. Bu artış ile birlikte, toplumda kanserin kesinlikle ölümle sonuçlanacağı inancı sebebi ile kişiler korku ve endişe duymaktadır.

Korku, beklenmeyen bir durum ya da olay ile karşılaşan bireyin bu olayları hayal güçleri ile yorumlaması ile şekillenen ve kişisel deneyimler ile de anlam bulan durumdur (Furedi, 2001). Korku “bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında

duyulan kaygı, üzüntü'' anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 08.07.2022).Merkezi sinir sisteminde bulunan limbik sistem korku, sevinç, üzüntü gibi duygulardan sorumlu alandır ve merkezi hipotalamustur ve birey bir uyarı ile karşılaştığında amigdala uyarılır, tehlike algılanır, bu tehlike mesajı sırasıyla hipotalamus, hipofiz bezi ve sonra iç salgı bezlerine giderek adrenalin salgılanmasını uyarır, vücutta sempatik sistem etkilenmiş olur ve hızlı bir dizi fizyolojik değişimler gözlemlenir (Duvarcı ve Pare, 2014).

Literatürde kanserofobi ya da karsinofobi olarak geçen kanser korkusu, insanlarda kanserin kaçınılmaz bir ölüm ile sonuçlanan acı ve ızdırap verici bir hastalık olmasından yaygındır (Winette ve ark., 2017; Ravid, 2012; Chir ve ark, 2013).Kişinin sosyal destek sistemlerinin yetersizliği ve sosyo-ekonomik durum, kişi de kanser korkusunun yoğun yaşanmasına sebep olabilir (Murphy ve ark., 2018). Korku, kişiyi bilişsel, sosyal, psikolojik olarak çok boyutlu bir şekilde etkileyerek kişiyi izole eder ve günlük hayatında olumsuz düşüncelere sürükler, bu sebeple kanser korkusunu da çok boyutlu ele alarak bireye yaklaşılarak kişinin etkilenen alanlarına çözüm sağlanmalıdır (Vrinten ve ark., 2017; Hay ve ark., 2005; Nathan ve ark., 2004).Kanser korkusu, kişileri hayatını etkilediği birçok alanda destek almak zorunda bırakmaktadır (Yılmaz ve Yazgı, 2017; Fitch, 2008).

1.2 Araştırmanın Amacı

Kesitsel tipteki bu araştırma premenopozal dönemde olan ve menopoş dönemindeki kadınlarda anksiyete düzeyi ve kanser olma korkusunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç ile aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Premenopozal ve menopoşal dönemdeki kadınların anksiyete düzeyi nedir?
2. Premenopozal ve menopoşal dönemdeki kadınların kanser olma korku düzeyi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Menopoz Tanımı

Kadın, anne rahminden başlayarak, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık olmak üzere tüm geçirdiği dönemlerde sosyal, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile karşı karşıya kalmaktadır (Öztürk, 2016). Anne rahmine düştüğü andan itibaren vücudunda salgılanan östrojen hormonunun azalması ile birlikte üremenin sonlandığı dönem, kadın için normal fizyolojik bir süreçtir (<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/womens-health/menopause> Erişim tarihi: 22.06.2022). Bu dönem birçok kadın için aslında onları özgürleştiren bir süreçtir ve onları doğum yapma stresinden kurtarır (Harris, 2019). Fakat bunun yanında kimi kadın için de, olumsuz çağrışımları olan ve yaşlanma ile ilişkilendirilmiş bir süreç olduğundan menopoz dönemini olumsuz görebilir (Harris, 2019).

Menopoz, eksi Yunanca'dan men (ay) ve pausis (sonlanma) kelimelerinden türemiştir (Kilci ve Ertem, 2019). Menopoz, klinik olarak 12 ay boyunca spontan adetlerin herhangi bir hastalığa ve sebebe bağlı olmaksızın, overlerin foliküler aktivite kaybına bağlı olarak kesilmesi olarak tanımlanır (Karanth ve ark., 2019; Botteri ve ark.,2017; Roberts ve Hickey, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “ovaryum aktivitesinin yitirilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması” şeklinde belirtilmektedir (WHO,1996; Schmidt ve ark.,2015). Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (2020) menopoza “en az 12 aylık adetsiz bir dönemin takip ettiği, her iki overin (yumurtalığın) cerrahi olarak çıkarıldığı veya harap edildiği zamandan önce görülen son adet” olarak tanımlamıştır. Başka bir tanımda, menopoz kadının menstruasyon döngüsünün kesin ve devamlı olarak son bulması olarak tanımlanmıştır (National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2017).

Menopoz dönemi kadın hayatında tıpkı ergenlik gibi önemli fizyolojik ve hormonal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir ve 45-55 yaşları arasında (ortalama 51) ortaya çıkmaktadır (Daley ve ark.,2014; The North American Menopause Society, 2020, Erişim Tarihi: 05.06.2022).

Menopoza girmeden önceki 2 ila 6 yıllık dönem Premenopozal dönem olarak isimlendirilirken, menopoza girdikten sonraki 6 ila 8 yıllık dönem postmenopozal dönem olarak isimlendirilmektedir (Bozkurt ve Sevil, 2016). Menopoz, tek bir yaş sınırı ve tarih olmamakla birlikte tek bir zamanda değil, birkaç yıl içinde ortaya çıkar ve öncesinde, kadınların ovaryumlarında oosit üretiminin kesilmesiyle başa çıkmayı içeren menopoz geçişi (perimenopoz) olarak adlandırılan düzensiz adet döngüsü yaşadığı bir aşama gelir (Potter ve ark., 2018). Perimenopozal dönem kendi içerisinde erken perimenopoz ve geç perimenopoz olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Erken perimenopoz, 1 hafta ve daha fazla kalıcı adet gecikmesi yaşanması durumudur. Geç perimenopoz ise, 1-3 yıl boyunca belli aralıklar ile 1 aydan fazla adet görülmediği durumdur (Kahyaoğlu ve Küçükkaya, 2018). Aynı şekilde postmenopozal dönemde kendi içerisinde erken ve geç postmenopozal dönem olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Menopoz sonra ilk 6-8 yıllık süreç erken postmenopozal dönem; sonraki dönem ise geç postmenopozal dönemdir ve menopoz dönemi, perimenopozal dönemden sonra ve erken postmenopozal dönemin başlangıcında son 12 ay boyunca adet görülmediği dönemdir (Harlow ve ark., 2012; Potter ve ark., 2018; Kahyaoğlu ve Küçükkaya, 2018).

Reprodüktif Yaşlanmanın Evrenlenmesi Çalıştayı'na göre menopoz, erken ve geç olmak üzere iki aşamaya ayrılmıştır. Erken menopoz geçişi, adet döngüsü uzunluğundaki değişikliklerle belli eder ve östrojen seviyesi sabit kalırken, folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyesinde bir artış, AMH ve inhibin B seviyelerinde bir azalma ile karakterize edilir. Geç menopoz geçişi, oligomenore ile kendini belli eder ve ortalama 1-3 yıl sürebilir ve bu aşamaya, anovuluar döngülerde bir artış ve ayrıca hormonal seviyelerde büyük dalgalanmalar eşlik eder; FSH seviyesi yüksek kalırken, AMH ve inhibin seviyelerinde ve ayrıca östrojen seviyesinde bir azalma olur (Harlow ve ark., 2012). Genel olarak, menopozun 40 yaşından önce gerçekleşmesine "erken menopoz", menopoz yaşının 55'i geçmesi ise "geç menopoz" olarak sınıflandırılmaktadır (The North American Menopause Society, Erişim Tarihi: 05.06.2022).

Menopoza giriş yaşında çoğunlukla genetik faktörler etkili olmaktadır (Canavez ve ark., 2011); ancak bunun dışında ırk, yaşam şekilleri, sigara ve alkol kullanma, yüksek beden kitle indeksi, fiziksel aktivite, sosyo-ekonomik durum gibi

faktörlerinde etkili olduğu söylenmektedir (Costanian ve ark., 2018; Sapre ve Thakur, 2014; Gold ve ark., 2013; Stepaniak ve ark., 2013; Baber ve ark., 2016; Morris ve ark., 2012).

Menopoza giriş yaşı ortalama olarak belli olmasına karşın, giriş yaşını yaşam şekilleri, beslenme tarzı, kronik hastalık varlığı etkileyebilir ya dadiyabet gibi metabolik bozukluklar, çeşitli mekanizmalar yoluyla erken yumurtalık yetmezliğine neden olarak üreme yaşlanmasını hızlandırabilir (Potter ve ark., 2018). Bu, on bir Latin Amerika ülkesinden kadınları içeren bir çalışmada (Monterrosa-Casto ve ark.,2013) gösterilmiştir. Bu çalışmada diyabetik kadınların diyabetik olmayan kadınlara göre daha erken menopoza girdiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Hindistan'ın güney kesiminde yapılan bir araştırma, diyabetik kadınların erken menopoza girme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Sekhar ve ark.,2015). Beslenme ile ilişkisini araştıran bir çalışmada, yüksek glisemik indeksli gıdalar olan rafine makarna ve pirincin yüksek tüketiminin, daha erken doğal menopoz başlangıcı ile ilişkili olduğu bulundu (Dunneeram ve ark.,2018). Ayrıca, ileriye dönük Hemşireler Sağlık Çalışması II'den elde edilen bulgular, yüksek bir D vitamini alımının erken menopoz başlangıcı riskinin daha düşük olması ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Purdue-Smithe ve ark.,2017).

Menopoz, doğal ve cerrahi menopoz olmak üzere iki şekilde sınıflandırılır. Herhangi bir tıbbi müdahale ya da operasyonun sebep olmadığı ve over folikül fonksiyon kaybı ile östojen hormon seviyelerinin düşmesi sonucu gelişmesine “doğal menopoz” denir. Overlerin cerrahi bir operasyon ile çıkarılması sonucu “cerrahi menopoz” gerçekleşir (The North American Menopause Society, Erişim Tarihi: 05.06.2022).

Kadın için menopoz, hormonal değişimlerin yoğun olduğu üreyen bir dönemden, üremeyen döneme geçiş ve hormonal değişiklik, menopozla ilişkili başlıca fizyolojik değişikliklerden biridir (Jasper ve ark., 2015). Birincil kadın cinsiyet hormonu olan östrojen, ikincil cinsiyet özelliklerini belirler ve kadın üreme sisteminin gelişimini ve işleyişini etkiler (Patel, 2017). Östrojen, meme, vajina ve rahim gibi kadın üreme doku ve organlarının gelişimindeki vazgeçilmez rolüne ek olarak, ergenlik, yetişkinlik ve hamilelik sırasında bu doku ve organların işlevini sürdürmede de rol oynar (Patel, 2017). Yumurtalıklar sınırlı sayıda folikül içerir ve

foliküler rezerv yaklaşık 1000 folikül gibi kritik bir alt eşiğe ulaştığında menopoza meydana gelir(Ward ve Deneris,2018).Yumurtalık folikülleri hipotalamik hipofiz uyarısına yanıt veremediğinden foliküler hormon (östrojen ve progesteron) üretimi azalırken hipofiz gonadotropin folikül stimüle edici hormon(FSH) üretimi artar (Ward ve Deneris, 2018).

2.1.1 Menopoz Epidemiyolojisi

Günümüzde verilere bakıldığında, beklenen yaşam süresindeki uzamaya karşın düşen doğurganlık seviyeleri ile alakalı yaşlı nüfusta bir artış gözlemlenmektedir(https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_3, Erişim tarihi: 09.01.2022). Türkiye’de kadınlarda toplam beklenen yaşam süresi 81,3 yıl olarak bildirilmiştir (TÜİK,2019).Verilere göre, her geçen sene, dünya çapında yaklaşık 25 milyon kadının menopoz dönemini yaşadığını belirtmiştir ve buna bakarak hesaplandığında, 2030 yılına dek dünya genelinde 1,2 milyar postmenopozal dönemde olan kadın olacaktır (Bojar ve ark.,2016).Beklenen yaşam süresi artması ile beraber kadın yaşamının ortalama 1/3’ü postmenopozal döneme denk gelmektedir. Bu nedenle menopoz, kadın hayatında önemli bir dönem arz etmektedir. Kadınlar hayatlarının önemli bir bölümünde menopoz semptomları ile karşı karşıya kalacaktır yorumu yapılabilir.

Türkiye verileri incelendiğinde, yaşın artması ile birlikte menopoza girme oranları artış göstermiştir. Ülkemiz genelinde 30-49 yaş arası kadınların %10,3’ü menopoza girmişken; bu oran 48-49 yaş aralığında %45,1’e yükselmektedir (TNSA,2018). Menopoza girme yaşı gelişmiş olan ülkeler (49,3-51,4) ile gelişmekte olan ülkelere (43,5-49,4) de farklılık göstermektedir (TNSA,2018). Menopoza girme yaşına bakıldığında, bölgesel farklılıklar görülmektedir (Baber et al.,2016).Örneğin; gelişmiş ülkelerde menopoza girme yaşı (49,3-51,4), gelişmekte olan ülkelere (43,5-49,4) ile karşılaştırıldığında daha geçtir (TÜİK,2019).

Doğal menopoza girişi genetik faktörler, ırk, çevresel faktörler, sigara alışkanlığı, doğum yapmış/yapmamış olma, yüksek beden kitle indeksi gibi faktörler etkilemektedir. Örneğin, Amerika’da menopoza girme yaşı sigara içen kadınlarda (49), sigara içmeyen (51) kadınlara göre daha erken olduğu saptanmıştır (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

2.2 Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Doğumda, overlerde yaklaşık 1.000.000 primordial folikül içerir(Edmonds ve Dewhurst,2006). Bu yenilenemeyen folikül havuzu, menarş zamanına kadar yumurtalık başına yaklaşık 100.000'e düşer ve kalan foliküllerin kaderi ya gelişmek, olgunluğa ulaşmak ve daha sonra atrezi olarak bilinen süreçle yumurtlamak ya da dejenere olmaktır(Dunneram ve ark.,2021). Perimenopozal geçiş aşamasında, her yumurtalıkta sadece yaklaşık 100-1000 folikül kalır ve folikül havuzunun tükenmesine, kalıcı olarak yükselen hipofiz gonadotropin seviyeleri ve yumurtalık yaşlanmasını doğrulayan antimüllerian hormonda (AMH) ilerleyici azalma eşlik eder(Dunneram ve ark.,2021). Perimenopoz sırasında meydana gelen hipo-östrojenik değişiklikler, hipotalamik-hipofiz eksenini ile üreme endokrin eksenini arasında meydana gelen etkileşimlerin bir sonucudur ve yumurtalık tepkisindeki geri döndürülemez düşüşe işaret eder(Davis,2015).

Son adet döneminden sonra, yumurtalık yaşlanması, antral foliküller sayısında azalma ve yumurtlama ve adet kanamasının sona ermesi ile kendini gösterir(Davis, 2015). Ayrıca AMH, inhibin ve östradiol düzeylerinde daha fazla düşüşler görülmektedir (Su ve Freeman,2009). Yumurtalık yaşlanmasına ayrıca Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) ve Luteinize Edici Hormon (LH)'a karşı duyarlılığın kaybı eşlik eder, bu nedenle neredeyse ihmal edilebilir inhibin seviyesi ve östrojen seviyesindeki düşüş nedeniyle negatif geri besleme mekanizmasında bir bozulmaya neden olur. Sonuç olarak, gonadotropin salgılatıcı hormon üretimi artar ve FSH ve LH hormon salınımını uyarır.Böylece, menopozdan sonraki ilk yıllarda FSH düzeyi zirve yapar ve son menopoz sonrası evrede giderek azalır ve bu hormonal dalgalanmalar, menopozla ilişkili hem orta hem de uzun vadeli sağlık sonuçları riskini etkiler(Davis ve ark.,2015).

Overlerdeki fonksiyon kayıpları ile karakterize olan ve temelde östrojen azalması ile FSH seviyesinde artış gözlemlenen menopoz döneminde, kadınlarda birçok hormonal ve fizyolojik değişiklikler gözlemlenir (Casper, 2019; Santoro ve ark., 2015). Kadınlarda bu süreçler içerisinde, seks hormonlarında şiddetli dalgalanmalar

olması sebebi ile birçok sistem üzerinden çeşitli semptomlar görülür ve en şiddetli semptomlar Premenopozal dönemde karşımıza çıkmaktadır(Gönenç ve Koç, 2019).

Kadın yaşamında östrojen hormonu yıllar boyunca salgılanmış ve endometriyal glandlar, stoma ve myometrium üzerindeki stimüle edici etkisini yıllar boyu sürdürmüştür(Berek, 2004). Bir kadının doğurgan hayatı boyunca ortalama toplam östrojen seviyesi 100-250 pg/mL'dir. Bununla birlikte, dolaşımdaki E2 konsantrasyonu, menopoza sonrası 10 pg/mL'ye kadar düşer (Cervellati ve Bergamini,2016). Artış eğiliminde olan FSH ve LH, östrojen düzeyleri düşmesine karşın artmış bir durumda kalmaya devam ederken aynı zamanda kadın vücudunda bu dönemde düşüş gösteren östrojen ve progesteron hormonlarına karşın, testosteron, androstendion, dehidroepiandrosteron, dehidroepiandrosterone sülfat düzeyleri artmaya başlar ve ayrıca perimenopozal dönemdeki kadında genel yaşlanma sebebi ile de tiroksin, triiodotironin düzeyleri ve büyüme hormonu da düşmeye başlar (Güler 2015; Vignozzi ve Maseroli,2019).Bu hormonal durum, uyku/ruh hali bozuklukları, vazomotor semptomlar (sıcak basması ve gece terlemesi dahil), ürogenital atrofi, osteopeni veya osteoporoz, psikiyatrik bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu, cilt lezyonları, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, metabolik bozukluklar ve obezite gibi patolojik menopoza sendromları ile ilişkilidir (Vignozzi ve Maseroli, 2019; Cervellati ve Bergamini, 2016; Güler 2015).

1. Vazomotor Değişiklikler

Vazomotor semptomlar (sıcak basması veya ateş basması), üst vücutta ani bir sıcaklık ve kızarma hissini, ardından terleme ve titremeyi, bazen de buna bağlı anksiyete ve kalp çarpıntısını içerir (Ward ve Deneris,2018).Vazomotor semptomlarda sıcak basması ve gece terlemesi, genellikle menopozun ana semptomları olarak kabul edilir ve bunlar, gündüz ve hatta gece ani ortaya çıkmaları nedeniyle tipik olarak menopozla ilişkili en sık görülen ve rahatsız edici semptomlardır(Avis ve ark., 2018).Ağırlıklı olarak baş, boyun, göğüs ve sırtın üst kısmında yaşanan, terleme ve kızarmanın eşlik ettiği aşırı ısı ataklarıdır(Ward ve Deneris,2018).Vazomotor semptomlar, menopoza geçişi sırasında kadınların çoğunluğu tarafından deneyimlenir ve sıcak basması ya da gece terlemeleri menopoza öncesi dönemden başlayarak, menopoza sonrası 10 yıla kadar sürebilir(<https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/womens-health/menopause> Erişim

tarihi: 22.06.2022)ya da kadınlar bunu hiç deneyimlenmeyebilir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi:26.04.2022). Ulus Çapında Kadın Sağlığı Çalışması(SWAN)'da kadınların %60 ila %80'i menopoz geçişi sırasında bir noktada vazomotor semptomları yaşar ve yaygınlık oranları ırksal/etnik gruba göre değişkenlik gösterir(Avis ve ark.,2018). Sıcak basmalarının fizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ve muhtemelen çoklu merkezi ve periferik fizyolojik sistemler arasındaki bir etkileşimi temsil etmektedir (Kagan ve ark., 2019). Ayrı ayrı ele alındığında, daha yüksek FSH ve daha düşük E2 seviyeleri, vazomotor semptomların raporlama olasılığının daha yüksek olmasıyla (5 yıldan fazla) ilişkilendirilirken, her iki hormon da dikkate alındığında sadece daha yüksek FSH seviyeleri vazomotor semptomları ile ilişkilendirilmiştir (Faubion ve ark., 2018; Kagan ve ark., 2019; Avis ve ark.,2018; Roberts ve Hickey, 2016). Sıcak basmaları kişilerde gece artışı gösterir ve uyku bozukluklarına sebep olarak yaşam kalitesini ve psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir(Cintron ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmaya bakıldığında, vazomotor semptomlar yaşayan bir kadında, semptomların şiddetlendiği dönemlerde sosyal sorunlar, uyku sorunları, psikolojik problemlerin yaşandığı belirlenmiştir (Gözüyeşil ve Başer, 2016).Uyku ile ilgili sorunlar tedavi edilmediği takdirde kişide ilerleyen dönemlerde diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalıklar olarak risk oluşturmaktadır (Cintron ve ark., 2017).

2. Cinsel Yaşam Değişiklikleri

Yaştan bağımsız olarak, ilerleyen menopoz durumu ile cinsel işlevin kötüleştiği yaygın olarak kabul edilmiş bir problemdir vebildirilen semptomlar arasında düşük cinsel istek (%40-55), zayıf kayganlık (%25-30) ve disparoni (%12-45), genitoüriner menopoz sendromunun (GSM) komplikasyonlarsayılabılır (Damsted,2013). Ülkemizdeki bir çalışmada cinsel disfonksiyon %74,6 oranında görülmüş (Şen ve diğerleri, 2012), İtalya'da yapılmış bir çalışmada cinsel disfonksiyon %72,6 oranında tespit edilmiştir (Cagnacci ve ark.,2020).

Yaşamın bu dönemindeki cinsel işlev bozukluğu, biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel kökenli olabilen çok çeşitli predispozan, hızlandırıcı ve sürdürücü faktörlere dayanmaktadır (Graziottin ve Leiblum,2005).Seks steroidleri, bir kadının ömrü boyunca cinsel davranışı, ruh halini, duyguyu ve bilişi olumlu yönde değiştirmede önemli bir rol oynar(Damsted, 2013). Merkezi sinir sistemi ile ilgili olarak,

menopozla ilişkili düşük seks steroid seviyeleri, cinsel uyarılabilirlikte menopoza bağlı azalmanın nörobiyolojik korelasyonunu temsil eden belirli beyin bölgelerinin aktivasyonunda değişikliklere neden olabilir (Clayton ve Vignozzi,2018).Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme, görsel cinsel stimülasyonun ardından talamus, amigdala ve anterior singulat kortekste menopoz öncesi kadınlara kıyasla daha düşük bir aktivasyonun altını çizdi (Kim ve Jeong,2017). Östrojen kaybının ve yaşlanmanın bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini şiddetlendirdiği, beyin yaşlanmasına ve nörodejeneratif süreçlere katkıda bulunduğu öne sürülmüştür (Waters ve ark.,2015). Son yıllarda menopoz ve cinsellik üzerine yapılan araştırmalar temel olarak östrojen eksikliğine ve bunların lokal veya sistemik yerine konmasına odaklandı,bununla birlikte, androjenler son zamanlarda kadın cinsel sağlığının temel düzenleyicileri olarak yeniden gündeme geldi(Waters ve ark.,2015; Clayton ve Vignozzi, 2018). Gerçekten de, klinik öncesi ve klinik çalışmalar sürekli olarak östrojenlerin ve androjenlerin kadın cinsel tepkisi üzerinde sinerjik, uyarıcı bir etki yaptığını, karmaşık bir nörotransmitter ağı aracılığıyla cinsel arzuyu desteklediğini ve uyarıcı ve engelleyici sinyaller arasındaki dengeyi göstermiştir (Vignozzi ve Maseroli,2019). Androjen düşüşü ise, menopozla ilgili olmaktan çok yaşlanmayla ilgilidir; adrenal bezler tarafından testosteron hormonu olan dehidroepiandrosteron (DHEA) üretimi giderek azalır ve yumurtalıklarda yüksek üretim olmasına rağmen, bu açığı düzeltmez(Kökçü ve ark., 2015; Vignozzi ve Maseroli, 2019). Tersine, cerrahi menopoz geçiren genç kadınlarda androjen üretiminin yumurtalık bileşeninin çıkarılmasıyla testosteron seviyelerinde ani bir düşüş gözlenir, bu sebeple cerrahi menopozun, doğal menopozla karşılaştırıldığında, özellikle cinsel işlev bozukluğu olmak üzere, sıklıkla daha rahatsız edici semptomlara yol açtığı ve düşük cinsel istek geliştirme riskinin iki katı olduğu tespit edilmiştir (Kökçü ve ark.,2015).

3. Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Genitoüriner Sendrom (GSM) olarak karşımıza çıkan,seks hormonlarındaki azalma sonucunda labia majora/minora, vestibül/introitus, klitoris, vajina ve alt üriner sistem dokusunu etkileyen fizyolojik ve anatomik değişiklikleri kapsayan kronik, ilerleyici bir durumdur (Portman ve Gass,2014). Vazomotor semptomlar, genellikle zamanla düzelirken, vajinal semptomlar genellikle kötüleşir, tedavi olmaksızın değişmez

veorta yaşı ve yaşı kadınların yaklaşık %50'sini etkiler (Kagan ve ark., 2019). Genitoüriner Sendrom sebebi ile vücut imajı, kişilerarası ilişkiler, cinsel sağlık ve genel yaşam kalitesi üzerinde zararlı etkiler bildirilmiştir (Nappi ve Kokot-Kierepa,2012).Menopoz sonrası düşük östrojen düzeylerinin ürogenital sistemde semptom ve bulgularına yol açabileceğine dair uzun süredir devam eden inanışa rağmen, klinik ve klinik öncesi çalışmalardan elde edilen sonuca göre, androjenlerin insan genitoüriner fizyolojisinde de önemli olduğunu göstermektedir(Traish ve ark.,2018).

Menopoz sonrasında ürogenital sistemde, vajinada azalmış turgor ve elastikiyet, labia minoranın küçülmesi, vajinal rugae kaybı, solukluk, eritem, ekimoz ve peteşi ile birlikte artmış vajinal kırılganlıklar görülür (DiBonaventuraLuo ve ark.,2015).Kadınlarda genellikle kuruluk, azalan kayganlık, cinsel aktivite ile rahatsızlık veya ağrı, cinsel ilişki sonrası kanama, vulva ve/veya vajinada tahriş, yanma, kaşıntı ve pelvik ağrı görülür(Portman ve Gass,2014).Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Çalışmaları Derneği (ISSWSH) ve Kuzey Amerika Menopoz Derneği (NAMS) tarafından 2014 yılında ortaya Genitoüriner menopoz sendromu(GSM) adlı bir tanım atılmıştır ve bu tanım menopozla ilişkili belirti ve semptomların karmaşıklığını tanımlamak literatürde yerini almıştır yorumu yapılabilir.

4. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Kronik kas-iskelet ağrısı, yetişkin popülasyonun %50'sinden fazlasını etkileyen çok büyük bir sağlık yükünü temsil ederve sık görülen ağrı bölgeleri omurga, diz, el, kalça ve omuzdur(Watt,2018). Kadınlarda eklem ağrısı ile başvuru 45-55 yaşları arasında en fazladır (Prieto-Alhambra ve ark.,2014). Menopoz döneminde östrojende azalma ve diğer hormonlardaki hızlı değişim sebebi ile kas iskelet dengesinde değişiklikler meydana gelir (Zivdir ve Sohbet, 2017). Yüksek ya da düşük kiloya bağlı kalmaksızın kas kütlesinde azalma gözlenir ve vücutta su kaybı olmaktadır,bu durumun sebebi menopoz ve östrojen eksikliğini gösteriyor gibi görünse de, kısmen kas-iskelet ağrısının yaşam boyunca çok yaygın olması nedeniyle, menopozun rolüne ilişkin doğrudan nedensel kanıtlar eksiktir (Zivdir ve Sohbet, 2017). Yaşa göre bakıldığında, kadınların menopoz sırasında veya sonrasında menopoz öncesine göre yaklaşık iki kat daha fazla eklem ağrısı ve sertliği yaşama olasılığı vardır (Watt,2018; Zivdir ve Sohbet,2017; Demirci,2015). Osteoporoz, yaşlılıkta sık karşımıza çıkan bir

sorundur vekemiklerde minarel ve sıvı kaybına bağılı olarak kırılğanlığıında artma ile kendini gösteren bir sorundur (Levin ve ark., 2018; Sindel ve Gula, 2015). Kadınlarda menopo2 sonrasında ovarial foliküler aktivitenin durmasına bağılı gelişen mineral kaybı sebebi ile, kadınlarda erkeklerden daha fazla ve daha erken dönemde görölmektedir (Yılmaz ve Oral,2015).Bu sebeple menopo2 sonrası dönemde olan kadın yaş gruplarında kalça, vertebra kırıklarına daha sık rastlanır. Tüm bu sebeplerle post-menopozal dönemde osteoporoz, mortaliteyi arttıran bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Radominski ve ark., 2017).

Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2018)'nda menopozal dönemde olan kadınlarda osteoporozu önleme ile ilgili önerilere yer verilmiştir; alkol tüketimini ve kafein tüketimini azaltma, sigara kullanımı var ise bırakmak, günlük D vitamini ve kalsiyum desteğı almak gibi öneriler yer almaktadır (<https://temd.org.tr/yayinlar/kilavuzlar> , Erişim tarihi: 22.06.2022).

5. Cilt Değışiklikleri

Östrojen, cilt kalınlığının sebebidir ve cilde deformasyona karşı direncini veren elastini indükler(Lephart ve Naftolin, 2020). Menopo2, östrojen azalması ile, diğer önemli biyolojik fonksiyonların yanı sıra dermal hücresele ve homeostatik mekanizmaları olumsuz etkileyerek cilt sağlığı ve zindeliğinde çarpıcı bir azalma ile ilişkilidir(Quan ve ark.,2018). Cildin elastikiyeti bozulur ve sıvı kaybına bağılı turgorda bozulma ve birtakım değışiklikler meydana gelir (Yılmaz ve Oral, 2015).Değışiklikler arasında kollajen, elastin, fibroblast fonksiyonu, vaskülarite kaybı ve artan matriks metalloproteinazenzimatif aktivitelele yer alır, bu da hücre ve hücre dışı bozulmaya yol açarak kuruluğa, kırışıklara, atrofiye, yara iyileşmesi/bariyer fonksiyonunda bozulmaya, antioksidan kapasitede azalmaya, tırnaklarda kırılma soyulmaya neden olur (Lephart ve Naftolin,2020; Yılmaz ve Oral,2015; şahin,2015).

6. Kardiyovasküler Sistem Değışikliklele

Kardiyovasküler hastalıklar yüksek morbidite ve mortaliteye sahip hastalıklardır (WHO,2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada menopo2 sonrası kadınlarda çarpıntı, heyecanlanma, sıkışma hissi gibi kardiyovasküler semptomlar yaşandığı tespit edilmiştir (Özer ve Gözükarra, 2016).Menopo2 öncesinde kadınlar östrojen hormonu

tarafından kardiyovasküler hastalıklara karşı korunmaktadırlar(Honour, 2018).Östrojenler, kardiyovasküler sistemde koruyucu bir rol oynar ve substrat olarak düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterolü (LDL-C) kullanan bir işlem yoluyla öncelikle yumurtalıklarda üretilir (Thaung Zaw ve ark.,2018). Kadınlar, östrojen eksikliği ve düzensiz lipid metabolizması nedeniyle menopoza sonra kardiyovasküler hastalık geliştirme riski altındadır ve menopoza sonrası dönemde kardiyovasküler hastalıklara karşı kadınlar erkeklerden daha fazla risk teşkil etmektedir (Honour, 2018).

Menopoz öncesinde yumurtalıklarda üretilen dolaşımdaki LDL-C, menopoz sırasında östrojen sentezlemek için kullanılamaz, bu da östrojen üretiminin azalmasına neden olur, bu nedenle menopoz, artmış kan LDL-C seviyeleri ve artmış kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir (Thaung Zaw ve ark.,2018). Artan düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve azalan yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) sebebi ile kolesterol birikimine bağlı ateroskleroz gelişimi riski artmaktadır ve bu artan yağ doku hem kalpte hem de diğer organlarda yağ birikimi ile sonuçlanır (El Khoudary,2015). Ayrıca, menopoz öncesi kadınlarda kan basıncı seviyeleri erkeklere göre ortalama olarak daha düşük görünse de, bu avantaj menopoz döneminde kaybolur çünkü, tuz duyarlılığı prevalansı postmenopozal kadınlarda da artar ve cerrahi menopozdan 4 ay sonra iki katına çıkar ve kadınlarda kan basıncı seviyeleri yükselmeye başlarken bu değişim ile aynı yaş grubundaki erkeklerinkine benzer seviyelere ulaşır ve hipertansiyon gelişme risklerinde artışa sebep olur (Taddei,2009;Monteleone ve ark.,2018).Östrojen hormonu dışında var olan risk faktörleri (obezite, sigara kullanımı, genetik öykü, hareketsizlik, yüksek bel çevresi, hipertansiyon, diyabet) de kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlamaktadır (Atan ve Yiğitoğlu, 2015; Puska ve ark., 2011).

7. Emosyonel Değişiklikler

Menopoz belirtileri çok rahatsız edici olabilir ve kadınların kişisel, sosyal ve iş yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilir(Kagan ve ark., 2019). Menopozda meydana gelen östrojen seviyesindeki değişimler ve hormonal dalgalanma depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Santoro ve ark., 2015). Öte yandan kadınların yaşadığı vazomotor değişikliklerde kadınlarda psikolojik değişikliklere sebep olmaktadır (Kagan ve ark., 2019).Menopoz geçişi, depresif semptomların başlaması için hassas

bir dönemdir,boylamsal çalışmalar ve meta analizler, menopoz geçişindeki ve erken menopoz sonrası yıllardaki kadınların, menopoz öncesi kadınlara göre depresif bir ruh hali bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Bromberger ve ark., 2007).

SWAN kohortunda, üzüntü, ilgi kaybı, iştah, uyku, konsantrasyon, suçluluk duygusu, yorgunluk, ajitasyon, ağlama krizleri ve intihar düşüncesini değerlendiren Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (CES-D) anketinden toplanan verilere göre, kadınların erken perimenopoz, geç perimenopoz ve postmenopoz sırasında premenopoza kıyasla ve ayrıca geç perimenopoz sırasında erken perimenopoza kıyasla önemli ölçüde daha yüksek bir psikolojik semptom skoru bildirme olasılığı daha yüksektir (Woods,2008).

Kaygı ile ilgili olarak, SWAN kohortundan elde edilen veriler, menopoz öncesi yüksek düzeyde kaygısı olan kadınların menopoz geçişi boyunca bu tür kaygıyı yaşamaya devam ettiğini; menopoz öncesi düşük kaygısı olan kadınların ise menopoz geçişi sırasında ve sonrasında yüksek düzeyde kaygı geliştirme riskinin arttığını göstermiştir (Bromberger,2013). Diğer bir yandan, menopoz döneminin yaşandığı ortalama yaş itibari ile, çocukların evlenerek evden ayrılması, emeklilik gibi aile ve iş yaşamındaki değişiklikler de kadında depresyona zemin hazırlar ve bu durum kadınlarda kendilerini yaşlanmış, işlevini kaybetmiş hissettirmekte ve benlik algısında bozulma yaşattığı söylenebilir (Santoro ve ark., 2015).

2.3 Kanserler

Kronik, uzun süren tedavi süreçleri olan, iyi bir bakım ve tedavi gerektiren tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden, insidansı giderek artan, mortalite ve morbidite artışına sebep olan en önemli sağlık problemlerinden biridir(<https://gco.iarc.fr/>, Erişim tarihi:03.07.2022). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kanser; normal olmayan hücrelerin anormal büyüme göstererek vücuttaki diğer organlara yayılması olarak tanımlanmıştır (<https://www.who.int/health-topics/cancer>Erişim tarihi: 03.01.2023).

Tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelen ölüm sebebidir (Şentürk ve ark.,2018). Dünya’da kadınlarda 9.227.484 kanser vakası bildirilmiş ve en sık görülen kanserler meme (%24,5), kolon (%9,4),

akciğer (%8,4), serviks (%6,5) olmuştur. Kadınlarda 2020 yılında verilere bakıldığında, kanser sebepli 4.229.323 ölüm olmuştur ve sırasıyla meme (%15,5), akciğer (%13,7), kolon (%9,5), serviks (%6) kanserleri ölüme sebep olmuştur (<https://gco.iarc.fr/>, Erişim tarihi:03.07.2022). Ülkemizde ortalama menopoza girme yaşı 47'dir ve 47 yaş ve sonrası dönemde kanser tanısı alan kadın oranı 2020 yılında, 7.848.742 olmuştur ve 4.050.303 kadın kanser sebebi ile kaybedilmiştir. En fazla ölüme sebep olan kanser ise %15 ile meme kanseri olmuştur (<https://gco.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 03.07.2022).

Özellikle menopoz döneminde sık karşımıza çıkan ve menopozal dönem kanserleri olarak anılan endometriyal kanser, over kanseri, vulva- vajen kanseri, meme kanseri sıklıkla görülmektedir ve etiyolojilerinde olan temel sebep fazla östrojen maruziyetidir (Mungenast ve Thalhammer, 2014). Aynı zamanda menopozun erken başlangıcı, belirli kanser türleri, kalp hastalığı, felç ve osteoporoz gibi çeşitli sağlık koşullarının riskinin artmasıyla ilişkilidir ve bu nedenle dünya çapında kadınların doğurganlık oranlarını etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelir (Shuster ve ark., 2010).

Kanıtlar erken menopoz başlangıcı ile artmış osteoporoz, kardiyovasküler hastalık , depresyon ve mortalite riski arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir; tersine, daha geç bir menopoz yaşı meme, endometriyal ve yumurtalık kanserlerinde daha yüksek prevalans ile ilişkilendirilmiştir(Gold,2012). Gecikmiş bir menopozun bir sonucu olarak östrojenlere uzun süre maruz kalmak, yumurtalık, endometriyal ve meme kanseri gibi hormona bağımlı kanser riskini artırır(Mungenast ve Thalhammer,2014).

2.4 Kanser Tanısı Almanın Zorlukları

Kanser, kontrolsüz hücre bölünmesi ile karakterize, bireyi ve ailesini sosyal, ekonomik, psikolojik yönlerden de etkileyen korku, endişe verici ve toplumda ölüm ile eş değer tutulan bir kronik hastalıktır (Özkan,2017). Nüfusun giderek yaşlanması ile beraber görülme sıklığı artmaktadır ve bu artış ile birlikte, toplumda kanserin kesinlikle ölümlerle sonuçlanacağı inancı sebebi ile kişiler korku ve endişe duymaktadır(Yılmaz ve Yazgı,2017; Fitch,2008).

Kanser tanısını almakla başlayan ve tedavinin son evresine kadar zorluklarla karşılaşan, vücut fizyolojisini tamamen etkileyen bu dönem, kişinin desteğe ve yardıma ihtiyaç duyduğu bir dönemdir (Seiler, 2019). Kişi, kanseri hiç atlatamayacağını, atlatsa dahi etkilerinin devam edeceği inancını taşımaktadır ve bu durum kişiyi sosyal ve psikolojik açıdan paniğe sürüklemektedir (Bray ve ark.,2018). Ayrıca bu dönemde kişi yaşayacağı ağrı, bulantı ve kusma, saç dökülmesi, düşkünlük, halsizlik gibi kanserin ve tedavisinin semptomları konusunda da korku hissetmekte ve sosyal hayatının tekrar eskisi gibi olamayacağı, kişisel bakımını veya günlük aktivitelerini yerine getirememeye yönelik yoğun endişe duymaktadırlar (Seiler,2019).

Sadece kanseri tedavi etmeyi değil, bu dönemde hasta ve ailesini her bakımdan desteklemek ve yas evresine kadar bu desteği sürdürmek önemlidir (Hartley,2017). Avustralya’da kanser hastaları ile yürütülen bir çalışmada; hastaların %66’sının en az bir, orta ve çok yüksek oranda bir bakım gereksiniminin olduğu ve bunun karşılanmadığı belirlenmiştir (Lynagh ve ark.,2018). Temel bir bakım ihtiyacı olan destekleyici bakım hizmetleri gerek ülkemizde gerekse tüm dünyada karşılanmamaktadır (Edib ve ark.,2016). Destekleyici bakım gereksinimleri esasen 4 başlık altında incelenebilir; sağlık hizmeti ve iletişim ihtiyacı, fiziksel ve günlük yaşam ihtiyaçları, psikososyal ihtiyaçlar ve cinsellik ihtiyacı konuları bu kapsamda ele alınmalıdır (Di Gregorio ve ark., 2013).

Aynı şekilde jinekolojik kanser tanısı almak üzerine yapılmış bazı araştırmalarda, kişilerde benlik algısında bozulma, cinsel sorunlar, üreme yeteneği ile ilgili sorunlar yaşandığı saptanmıştır (Taşkın, 2016; Terzioğlu ve Alan, 2015; Serçekuş ve Türkcü, 2015; Sekse ve ark., 2013; Cleary ve ark., 2013; Bal ve ark., 2013). Jinekolojik kanser tanısı alan ve tedavi olan kadın grubu ile yapılan bir çalışmada, kadınların artık kendilerinin çekici olmadıkları düşüncesi, partnerinin onu beğenmediği düşüncesi gibi sorunlar yaşadığı ve düşük benlik imajı sergiledikleri görülmüştür (Donavan, 2007; Hawighorst-Knapstein ve ark., 2004).

2.5 Korku ve Anksiyete

Korku kavramı bilimsel olarak ilk kez Aristoteles tarafından tanımlanmaya çalışılmış ve korkunun var olan durumdan değil de daha çok muhtemel yaşanabilecek olan

korkunç herhangi bir durumun hayalinden kaynaklandığını ortaya atmıştır (Neuman ve Levi ,2003). Korku, beklenmeyen bir durum ya da olay ile karşılaşan bireyin bu olayları hayal güçleri ile yorumlaması ile şekillenen ve kişisel deneyimler ile de anlam bulan durumdur (Furedi, 2001).

Korku “bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı, üzüntü” anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 08.07.2022).Korku ile kaygı aynı şey olmamakla birlikte sözlükte iç içe geçmiştir; Nietzsche’ye göre kaygı, o anda ya da ilerleyen dönemlerde kişinin yaşayabileceği muhtemel bir duruma karşı gelişen endişedir (Greenberg ve ark., 2013).Korku nesnel bir uyarana bağlıdır ve tehdit devam ettiği sürece korku devam eder (Şahin, 2017). Genişletilmiş paralel süreç modeline göre, korku hem önleyici hem de olumsuz davranışların bir yordayıcısı olabilir; meme ve rahim ağzı kanseri üzerine yapılan bir literatür taraması, kanser korkusunun konudan kaçınmaya ve kanser tartışmasına neden olabileceğini ve bunun daha düşük tarama davranışına yol açabileceğini göstermiştir (Austin ve ark.,2002).

Yapılan başka bir çalışmada, kadınların erken tanılama onlara yardımcı olacak tarama yöntemlerini yapmama ya da başvurmama sebepleri arasında yaşadıkları korkuların etkili olduğu belirtilmiştir (Büyükkayacı ve ark.,2015). Kadınların %50’sinin bir kitle ile karşılaşmaktan korkması sebebi ile mamografi çekirtmek istemediği ve kendi kendine meme muayenesi yapmak istemediği ve bu sebep ile kadınların %23’ünün meme kanseri tanısı almaktan korktuğu için tanı ve tedavi süreçlerine geciktiği görülmüştür (Sohbet ve Karasu, 2017; Öner ve ark., 2015).

Korku anlayışımız yıllar boyunca sığından derine bir süreçten geçmiştir ve korku kelimesi söz konusu olduğunda, profesyonel olmayanlar bunu genellikle bilinci içeren duygusal bir tepki olarak görürler(Şahin, 2017).20. yüzyılın başlarındaki psikoloji okulları “davranışçılık” ve “psikanaliz” sırasıyla, korku için kendi açıklamalarını yaptılar (Watson, 1925). Davranışçılıkta, John Watson tarafından temsil edilen bilim adamları, psikolojideki yanıltıcı bilinci terk ettiler ve artık korkuyu bir duygu olarak incelemediler; ancak Pavlov'un klasik koşullu refleks deneyine dayanarak, korkunun da yapıcı bir koşullu refleks olduğuna inanıyorlardı (Şahin, 2017; Watson,1925).

Eski tarihlere bakıldığında, bir davranışçı olan Skinner, bir eylemin sonuçları caydırıcı bir uyararla ilişkilendirildiğinde, "korku"nun deneysel hedefin eylemden kaçınma eğilimine neden olduğunu öne sürerek, edimsel koşullu refleks deneylerini benimsemiştir (Şahin,2019; Skinner,1938). Psikanalist O. Hobart Mowrer ve Neal Miller'a göre “korku” edinilebilen bir itici güçtü ve Pavlov şartlı refleks deneyi bu itici gücü elde etme sürecidir (Mowrer ve Lamoreaux,1946). Davranış deneyleri hala evrensel olarak her düzeyde öğrenme ve hafıza süreçlerini incelemek için kullanılmaktadır(Şahin,2019). Davranışsal deney, makroskopik olarak öğrenmeyi ve hafızayı başlatma sürecidir ve davranışsal indeks, öğrenme ve hafızanın etkilerini test etmek için bir yöntemdir ve korkunun öğrenilmesini ve hafızasını incelerken, en yaygın olarak kullanılan şey, koşullu refleks korku deneyidir (Şahin,2019; Kearns ve ark., 2012).İnsanların birçok ruhsal bozukluğunun, en tipik olanı TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) olan korkunun hafıza süreci ile yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir ve travmatik olaylar, travma sonrası stres bozukluğu gibi güçlü fizyolojik tepkilere ve korku duygularına neden olabilir (Kearns ve ark.,2012).

2.5.1 Korku Fizyolojisi

Merkezi sinir sisteminde bulunan limbik sistem korku, sevinç, üzüntü gibi duygulardan sorumlu alandır ve merkezi hipotalamustur (Mikuel,2013). Birey bir uyarıcı ile karşılaştığında amigdala uyarılır ve tehlike algılanır, bu tehlike mesajı sırasıyla hipotalamus, hipofiz bezi ve sonra iç salgı bezlerine giderek adrenalin salgılanmasını uyarır, vücutta sempatik sistem etkilenmiş olur ve hızlı bir dizi fizyolojik değişimler gözlemlenir (Duvarcı ve Pare, 2014). Bireyde kan basıncında artış, terleme, ağız kuruluğu, solunum hızında ve kalp hızında artış, mide-bağırsak hareketinde hızlanma, gözbebeklerinde büyüme gibi semptomlar görülür ve tüm vücut rijit hale gelir, “savaş ya da kaç” tepkisi ile karşılaşılır (Lay ve ark., 2018; Şahin, 2017).Beyinde korkudan sorumlu alanlar ve belirtiler şekil1.1 ‘de gösterilmiştir (Duvarcı ve Pare,2014)

Nöranatomik oluşum, Korku-anksiyete belirtileri

Lateral hipotalamus	Taşikardi, ciltte solukluk, pupillerde genişleme
Nükleus ambiguus ve Vagusun Dorsa medial nükleusu	Sık idrara çıkma, sık defekasyon, bradikardi
Parabrakial nükleus	Hiperventilasyon, takipne, dispne
MTA, LC, PPN	Uyanıklıkta artış, taşikardi, tremor, pupillerde genişleme
Nükleus retikülaris	İrkilme refleksinde aşırılaşma
Para ventriküler nükleus	ACTH salınımına bağlı olarak stres yanıtlarında aşırılık

Şekil 2.5 1.Nöranatomik oluşum Korku, anksiyete belirtileri, ACTH= Adrenokortikotropik hormon (Duvarcı ve Pare, 2014).

2.5.2 Kanser Korkusu ve Etiyolojisi

Literatürde kanserofobi ya da karsinofobi olarak geçen kanser korkusu, insanlarda kanserin kaçınılmaz bir ölüm ile sonuçlanan acı ve ızdırap verici bir hastalık olmasından yaygındır (Whitaker ve ark., 2016; Ravid, 2012; Chir ve ark., 2013). Tanı sürecinin zorlu olması, uzun tedavi süreci, tedavi sürecine bağlı yaşanan semptomlar, ailede kanser öyküsü bulunması ve ölümle sonuçlanmış olması, yaş, ırk, cinsiyet gibi birçok faktör korkuya sebep olmaktadır (Vrinten ve ark., 2017; Vrinten ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada kanser sürecinde taramalar ile ilgili cinsiyet farklılığı karşılaştırılmış ve %88,2 oranında kanser korkusunun ırk ve cinsiyet ile farklılık gösterdiğini, %74,3'ünün kanser korkusunun erken teşhis için uyarıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wong ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerde kanser korkusu incelenmiş, 2019 yılında 108 kişi ile yapılmıştır. Sonucunda, meme kanseri korkusunun eğitim düzeyi düşük ve menopoza henüz girmeyen kişilerde daha az olduğu saptanmıştır (Olçar ve ark., 2022).

Kanser korkusunun etiyolojisinde, biyolojik sebepler (tarama testlerinde lezyon saptanması), psikolojik sebepler (psikiyatrik hastalıklara sahip olma, durumu

reddetme), sosyal sebepler (destek sistemlerindeki yetersizlik, yalnızlık), ya da ikincil sebepler (ailesinde ya da kendisinde daha önceden deneyimlenmiş kanser öyüsü olması) olabilir (Murphy ve ark., 2018). Kanser korkusuna neden olan faktörlerin ortaya 6 çıkarılması kişinin kanser korkusunu serbest bırakmasını sağlayabilir ve günlük yaşantısını etkileyen olumsuz durumdan kurtulmasına yardımcı olur (Nathan ve ark., 2004; Hay ve ark., 2005).

Kişinin sosyal destek sistemlerinin yetersizliği ve sosyo-ekonomik durum, kişi de kanser korkusunun yoğun yaşanmasına sebep olabilir(Murphy ve ark., 2018).Bir çalışmada destek sistemler ile kanser korkusu karşılaştırılmış ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (İsmail ve Hendry, 2018). Sosyal destek sistemlerinin yanı sıra, bireyin kişilik özellikleri de kanser korkusunu etkilemektedir. Örneğin, düşük benlik saygısına sahip olan bireylerde kanser korku düzeyi de artış göstermektedir ve var olan korku, kişide depresyon, anksiyete gibi sonuçlara sebebiyet vermektedir (Persoski ve ark., 2014).İspanya’da yapılan başka bir çalışmada, 50 yaş ve üzeri kişilerde; bir işte çalışmayan ve sosyo ekonomik düzeyi düşük olan, ailesinde kanser öyküsü bulunan ve düşük benlik saygısı olan kişilerin kanser korku ve anksiyete düzeyi yüksek belirlenmiştir(Hidalgo ve ark., 2015).Kanser korkusu yaşayan bireyde savunma mekanizmaları devreye girer ve kişinin baş etme mekanizmalarından biri olan inkar evresi, kişinin semptomlara cevap vermede gecikmesine, muayene ve taramaları aksatmasına, bu sebeple hastalığın ilerlemesine sebep olmaktadır(Hay ve ark., 2005).

Kanserin erken tanılanması amacı ile yapılan tanı testleri “olumsuz test sonucu korkusu”nu ortaya çıkarmaktadır (Llanos ve ark., 2014). Bu durumda tarama testlerine katılan kadınlarda anksiyete seviyesini etkilemekte, korku yaratmaktadır (Llanos ve ark., 2014). Kişide oluşan kanser korkusu, kişiyi sağlığı artırıcı davranışlarda ve tarama testleri yaptırma konusunda indükleyebilir ya da bunlardan kaçınmasına sebep olabilir (Llanos ve ark., 2014).Kanser olma riskinin az olduğunu düşünenlerde tanı testlerini yaptırma düzeyi fazla iken, kanser olma riskininçok olduğunu düşünenler ya da kaderci bir yaklaşımda olanlar tanı testleri yaptırmaktan kaçınma davranışları (kontrole gitmeme, taramalardan kaçınma ve kaçma vb.) göstermektedirler(Llanos ve ark., 2014).

Kanser korkusu, ilk başta olabileceği gibi tedavi sonrası dönemde kişide nüks etme ya da tekrar ilerleme gibi korkular olarak da literatürde karşımıza kanserin nüksetme korkusu (Fear of Cancer Recurrence-FCR) olarak çıkmaktadır (Simard ve ark.,2010). Daha önce kanser öyküsü olan bir bireyde gelişebileceği gibi onun yakınında bulunan bireylerde de bu korku görülebilir (Kim ve ark., 2012). Geçmiş dönemde kanser öyküsü bulunanlar ya da ailesinde kanser öyküsü olan bireylerde kanser korkusunun uzun süreli ve devamlı yaşandığı belirtilmektedir(Fardell ve ark., 2016; Vande Wal ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada, kadınlarda meme, over, endometriyum ve kolorektal kanseri tedavisi sonrası dönemde, kanserin nüks etme korkusu yaşama seviyeleri ve durumları incelenmiştir. Genç yaşta olanların nüks korkusu yüksek iken; dul ya da hiç evlenmeyen, yaşlı kadınların ise nüks korkusunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (Krok ve ark., 2018).

Korku, kişiyi bilişsel, sosyal, psikolojik olarak çok boyutlu bir şekilde etkileyerek kişiyi izole eder ve günlük hayatında olumsuz düşüncelere sürükler, bu sebeple kanser korkusunu da çok boyutlu ele alarak bireye yaklaşılarak kişinin etkilenen alanlarına çözüm sağlanmalıdır (Vrinten ve ark., 2017; Hay ve ark., 2005;Nathan ve ark., 2004).

Kanser tanısı almak, kanser korkusu deneyimlemek ile alakalı birçok çalışmada vurgulanan nokta kişiyi psikososyal açıdan desteklemek olmuştur ve kişiyi psikolojik, sosyal, fizyolojik olarak etkileyen kanser korkusunun açığa çıkarılması ve kişiyi bu olumsuz etkilerden az hasar ile çıkarabilmek ya da önlemek amacı doğmuştur(Olçar ve ark., 2022;Ağaç ve Özçetin, 2021; Körükçü, 2018). Bu çalışmada menopoz döneminde olan ve menopoz döneminde olmayan kadınlarda kanser olma korkusu karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.5.3 Kanser Korkusunda Hemşirelik Bakımı

Biyolojik, psikolojik, sosyal ve ikincil sebepler kaynaklı kanser korkusu yaşanabilmektedir (Carusa ve ark., 2017). Hemşireler tarafından, kanser korkusunu yaşayan bireyler ile işbirliği içinde çalışarak korkuyu yenmesi amaçlanmalıdır (Hay ve ark., 2005). Bireylerin, korkuları hakkında duygu ve düşünceleri açığa çıkartılmak için görüşmeler sağlanmalı, kişinin sözel ve sözel olmayan korku yanıtları (solunumda düzensizlik, çarpıntı, terleme, ağlama ve sinir krizleri) değerlendirilerek,

kişinin baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi sağlanmalıdır (Vrinten ve ark., 2014; Clarke ve Everest, 2006).

Açık iletişim ile kişiye yönlendirici ya da yargılayıcı sorulardan ziyade, doğrudan açık uçlu sorular sorulmalı ve kişinin var olan endişe durumu kabullenilmelidir(Erdemir, 2010). Birey durumunu nasıl algılıyor, böyle algılamasına sebep olan durumlar nelerdir, kendini algılama şekli kişinin günlük işlevlerini yerine getirmesine engel oluşturuyor mu ve bu algılama durumu olumluya nasıl çevirilebilir gibi sorulara yanıt aranmalıdır (Hirsch ve ark., 2015).

Aynı zamanda bireyin, sosyal destek sistemleri değerlendirilmeli ve yalnızlık ya da sosyal izolasyon durumu belirlenmelidir (Lansdtra ve ark., 2013). Danışmanlık rolümüz ile kişinin sosyal destek sistemlerini farkına varmasını sağlamak, kişiye olumlu baş etme yöntemleri geliştirmesinde yardımcı olmak ve kişinin var olan korku sebeplerini tanımlayarak çözümler üretmeliyiz (Morrell ve ark., 2017). Bu anlamda, küçük gruplar kurarak, aynı durumu deneyimleyen insanlar bir araya getirilerek, kişiye bir destek sistemi oluşturulmasını sağlayabiliriz (Murphy ve ark., 2018).

3. GEREÇ VEYÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırma premenopozal ve menopozda olan kadınlarda anksiyete ve kanser korkusunu değerlendirmek amacıyla ‘‘Beck Anksiyete Ölçeği’’ ve ‘‘Kanser Kaygı Ölçeği’’ kullanılarak yapılacak kesitsel tipte karşılaştırmalı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın, amaçlı ve basit örneklem yöntemi ile İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran menopoz döneminde olan kadınlar ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin Mayıs - Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3 Araştırmanın örneklemini

Araştırma örneklemini, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran menopoz döneminde olan kadınlar oluşturmuştur. Hastane kayıtları incelendiğinde, polikliniğe bir yılda yaklaşık 4500 menopoz döneminde olan kadının başvurmuştur.

3.3.1 Örneklem Büyüklüğü

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

d² (N-1)

$$N=4500, p=0.20, q=0.80, t=1.96, d=0.05$$

$$N = \frac{4500 \cdot 0.20 \cdot 0.80 \cdot (1.96)^2}{(4500-1) \cdot (0.05)^2} + 0.20 \cdot 0.80 \cdot (1.96)^2 = 246$$

Örneklem büyüklüğü; evrenin bilinmesi durumunda kullanılan örneklem büyüklüğü hesaplama formülükullanılarak, %95 güven aralığı ve %5’lik örnekleme hatası ile örneklem büyüklüğü 246 bulunmuştur fakat hata payı nedeniyle, 125 menopoz, 125 premenopozal dönemde olmak üzere 250 kadın ile çalışma yürütülmüştür.

3.3.2 Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olması
- Okur-yazar olması
- Son beş yıl içerisinde menopoza girme ya da premenopozal dönemde olma
- İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvurma

3.3.3 Araştırma Kapsamından Dışlanma Kriterleri

- Psikiyatrik bir sorunun olması
- Alzheimer, demans ve diğer nörolojik sorunlarının olması
- Kanser tarama testinin olumsuz gelmesine bağlı herhangi bir kanser şüphesinin bulunması

3.4 Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından izin alınmıştır (EK 4)

Araştırma için İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından ‘‘Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu’’ tarafından izin alınmıştır (EK 4)

Araştırmanın rneklemine katılan bireylere araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alınmıştır (EK 5).

3.5 Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanması amacı ile aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

- Kişisel Bilgi formu (EK 1)
- Beck Anksiyete lği (EK 2)
- Kanser Kaygı lği (EK 3)

Veri toplama araçlarına ait güvenirlik ve geçerlik değerleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre Beck anksiyete ölçeğine ait alfa katsayısının 0.86; bileşik güvenirlik katsayısının ise 0.89, Kanser kaygı ölçeğine ait alfa katsayısının 0.85; bileşik güvenirlik katsayısının ise 0.88 olduğu belirlenmiştir. İlgili katsayılarının 0.70’ten büyük olması sebebiyle bu ölçeklerden elde edilen puanların güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçeklere ait AVE değerleri incelendiğinde ise Beck anksiyete ölçeği için 0.45, Kanser kaygı ölçeği için 0.50 olduğu belirlenmiştir. Buna göre ölçeklerin AVE değerlerinin 0.50 düzeyinde veya bu değere yakın olması sebebiyle iç geçerliğinin sağlandığı söylenebilir.

Tablo 3.5 1. Araştırmada Yer Alan Ölçme Araçlarına Ait Güvenirlik ve Geçerlik Değerleri

Veri Toplama Aracı	Alfa Katsayısı	Bileşik Güvenirlik Katsayısı	AVE Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	0.86	0.89	0.45
Kanser Kaygı Ölçeği	0.85	0.88	0.50

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu kadınların yaş, kilo, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik verilerden oluşmaktadır (Ek.1)

3.5.2 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissinin onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Yüksek puan yaşanan anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir (Ulusoy ve ark., 1998).

3.5.3 Kanser Kaygı Ölçeği

Kanser Kaygı Ölçeği kanserin tekrarı ile ilgili endişeleri ve bu endişelerin günlük işleyişe etkilerini değerlendirmektedir. Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki yanıtlar 4'lü Likert ölçeğine göre değerlendirilmiştir. Yanıtlar “Neredeyse hiç”, “Bazen”, “Çoğu zaman”, “Neredeyse her zaman” dır. Ölçek faktör analizine göre tek faktörlüdür. Ölçeğin puanlaması 8’den 32’ye kadardır. Daha yüksek puanlar kanser için daha sık kaygıyı ifade etmektedir (Custers ve ark.,2014). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Körükçü ve Üner tarafından 2017’de yapılmıştır ve yapılan çalışmada Cronbach Alfa katsayısının 0.87 olduğu belirlenmiştir (Uner ve Korukcu, 2020).

3.6 Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanması için İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sorumlu hekimlerine araştırmanın amacı, verilerin toplanma süreci açıklanarak sözlü izin alınmıştır. Menopoza giren ve pre-menopozal dönemde olan kadınlar ile görüşülmüştür. Araştırma kriterlerini sağlayan kadınlara araştırmanın amacı anlatılmış, imzalı onamı alınmış ve anket açıklanarak uygulanmıştır. Araştırmaya katılan ve araştırma kriterlerine uyan tüm kadınlar anketleri eksiksiz doldurmuş ve imzalı onamları alınmıştır. Çalışmaya dahil edilmeyen olmamıştır.

3.7 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Kadınların ve özellikle menopoz ve premenopoz dönemdeki kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı durumlarını ve söz konusu davranışları etkileyen değişkenlerin belirlenmeye çalışıldığı bu çalışmanın ilk aşamasında kullanılan ölçme araçlarına ait maddelerin betimsel değerleri incelenmiştir. Sonraki aşamada ise kullanılan ölçme araçlarına ilişkin grupların genel betimsel özellikleri incelenmiştir. Araştırmanın bir sonraki aşamasında ise menopoz ve premenopoz dönemde olan kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı puanları karşılaştırılmıştır. Bunun yanı sıra hem menopoz hem premenopoz dönemde yer alan kadınlarla beraber tüm çalışma grubunun ilgili ölçek puanları çeşitli bağımsız değişkenler olan menopoza girme yaşı, yaş, öğrenim durumu, toplam gebelik, kronik hastalık, sigara kullanımı, alkol kullanımı, takip düzeni, menopoza girme şekli, menopozdan şikâyet etme, ilaç alma, psikolojik destek ve çalışma durumuna göre ortalama karşılaştırma testleriyle incelenmiştir.

Ortalama karşılaştırma testlerine geçmeden önce ilgili puanların bağımsız değişkenlerin alt gruplarında dağılım yapısı incelenmiştir. Puanların dağılımlarına karar vermede farklı yöntemlerden gelen sonuçlar değerlendirilerek karar verilmiştir. Normalliğe karar vermede ilk olarak puanların basıklık ve çarpıklık katsayılarının -2 ve 2 arasında yer alıp almadığı incelenmiş, arasında yer alması durumunda normal kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). İkinci olarak puanların basıklık ve çarpıklık katsayılarının standart hatalara bölünerek elde edilen Z değerinin -1.96 ve 1.96 arasında yer alıp almadığı incelenmiş, arasında yer alması durumunda normal kabul edilmiştir (Howitt ve Cramer, 1997). Sonra Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks hipotez test sonuçlarının anlamlı olup olmadığı, anlamlı olmaması durumunda normal kabul edilmiştir (Bryman ve Cramer, 2001). İlgili puan dağılımı normal olan 2 gruplu bağımsız değişkenlerin karşılaştırma testinde bağımsız gruplar t testi, normal olmaması durumunda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İlgili puan dağılımı normal olan ancak grup sayısı 2'den fazla olması durumunda varyans analizi, normal olmaması durumunda Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Araştırmanın son aşamasında ise grupların Beck anksiyete ve kanser kaygı puanları arasında ilişkiler incelenmiştir. İlgili puan dağılımlarının normal olması sebebiyle Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Çalışma Grubu

Çalışma grubuna ait demografik özellikler tablosu incelendiğinde 250 kadına anket doldurulmuştur. Veri analizlerinden önce yapılan veri düzenlemesine göre, 21 kadın menopoş dönemi ve 12 kadın premenopoş dönemi olmak üzere 33 kişi, uç değer olan bireyler olarak belirlenmiştir ve analizde olmaması gerektiği anlaşılmıştır. Analize 104 menopoş döneminde, 113 premenopoş döneminde kadın alınmıştır. Menopoş dönemindeki kadınların %41.3'ünün çalıştığı (n=43), %58.7'sinin ise çalışmadığı (n=51) belirlenmiştir (Tablo 4.1). Yine menopoş dönemindeki kadınların %94.2'sinin evli (n=98), %5.8'inin ise bekar (n=6) olduğu, %11.5'inin 40-45 yaş (n=12), %31.7'inin 46-50 yaş (n=33), %34.6'sının 51-55 yaş (n=36) ve %22.1'inin ise 56 ve üstü yaş grubunda olduğu (n=23) belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Menopoş dönemindeki kadınların eğitim durumları incelendiğinde grubun %25.0'inin ilkokul (n=26), %24.0'ünün ortaokul (n=25), %41.3'ünün lise (n=43) ve %9.6'sının lisans ve üstü (n=10) öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Menopoş dönemindeki kadınların %18.3'ünün 0-1 gebelik (n=19), %57.7'sinin 2-3 gebelik (n=60) ve %24'ünün 4 ve üstü gebelik (n=25) geçirdiği tespit edilmiştir. Diğer çalışma grubu olan premenopoş dönemindeki kadınların demografik özellikleri incelendiğinde ise %47.8'inin çalıştığı (n=54), %52.2'sinin ise çalışmadığı (n=59) belirlenmiştir. Yine premenopoş dönemindeki kadınların %91.2'sinin evli (n=103), %8.8'inin ise bekar (n=10) olduğu, %23.9'unun 40-45 yaş (n=27), %76.1'inin ise 46-50 yaş (n=86) yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Premenopoş dönemindeki kadınların eğitim durumları incelendiğinde grubun %13.3'ünün ilkokul (n=15), %14.2'sinin ortaokul (n=16), %51.3'ünün lise (n=58) ve %21.2'sinin lisans ve üstü (n=24) öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Premenopoş dönemindeki kadınların %22.5'inin 0-1 gebelik (n=25), %64'ünün 2-3 gebelik (n=71) ve %13.5'inin 4 ve üstü gebelik (n=15) yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4 1.Çalışma Grubuna Ait Özellikler

Demografik Bilgi	Alt Grup	Menopoz		Premenopoz	
		n	%	n	%
Çalışma Durumu	Evet	43	41,3	54	47.8
	Hayır	51	58.7	59	52.2
Medeni Durumu	Evli	98	94.2	103	91.2
	Bekar	6	5.8	10	8.8
Yaş	40-45	12	11.5	27	23.9
	46-50	33	31.7	86	76.1
	51-55	36	34.6	-	-
	56 ve üstü	23	22.1	-	-
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	26	25.0	15	13.3
	Ortaokul	25	24.0	16	14.2
	Lise	43	41.3	58	51.3
	Lisans ve üstü	10	9.6	24	21.2
Toplam Gebelik	0-1	19	18.3	25	22.5
	2-3	60	57.7	71	64.0
	4 ve üstü	25	24.0	15	13.5

4.2 Beck Anksiyete Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler

Beck anksiyete ölçeğinde yer alan maddelerin aritmetik ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık katsayıları verilmiştir.

Tablo 4 2.Beck Anksiyete Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler

Madde	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X} \pm S.S$
1. Bedeninizin herhangi yerinde uyuşma, karıncalanma	-0.43	0.80	1.54±0.65
2. Sıcak/ ateş basmaları	-1.04	0.15	2.31±0.99
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	-0.76	0.47	1.68±0.67
4. Gevşeyememe	-0.16	0.69	1.76±0.76
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	-0.33	0.60	1.67±0.68
6. Baş dönmesi veya sersemlik	0.69	1.30	1.37±0.58

7. Kalp çarpıntısı	-0.40	0.74	1.73±0.80
8. Dengeyi kaybetme duygusu	1.01	1.41	1.30±0.51
9. Dehşete kapılma	1.79	1.64	1.30±0.54
10. Sinirlilik	-0.68	0.17	2.74±0.74
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu	0.78	1.15	1.59±0.76
12. Ellerde titreme	-0.10	0.96	1.41±0.55
13. Titreklik	4.35	2.23	1.18±0.42
14. Kontrolü kaybetme korkusu	-0.33	0.82	1.45±0.57
15. Nefes almada güçlük	-0.25	0.85	1.46±0.58
16. Ölüm korkusu	-0.69	0.61	1.91±0.92
17. Korkuya kapılma	-0.73	0.58	1.75±0.78
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	-0.58	0.65	1.49±0.57
19. Baygınlık	1.28	1.81	1.17±0.37
20. Yüzün kızarması	0.23	0.67	1.77±0.72
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	-1.41	0.24	2.22±1.14

Tablo 4.2 (devamı)

Beck anksiyete ölçeğinde yer alan maddelerin basıklık katsayılarının -1.41 ve 4.35 arasında, çarpıklık katsayılarının ise 0.15 ve 2.23 arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre maddelerinin çoğunun basıklık ve katsayılarının -2 ve 2 aralığında olduğu sadece madde13'ün hem basıklık hem de çarpıklık katsayısının fazla olduğu belirlenmiştir. Maddelere ait ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde sırasıyla en yüksek ortalamaların madde10 (2.74±0.74) olan sinirlilik olduğu belirlenmiştir. Daha sonra ise sırasıyla madde2 (2.31±0.99), madde21 (2.22±1.14), madde16 (1.91±0.92), madde20 (1.77±0.72), madde4 (1.76±0.76), madde17 (1.75±0.78), madde7 (1.73±0.80), madde3 (1.68±0.67), madde5 (1.67±0.68), madde 11 (1.59±0.76), madde1 (1.54±0.65), madde18 (1.49±0.57), madde15 (1.46±0.58), madde14 (1.45±0.57), madde12 (1.41±0.55), madde6 (1.37±0.58), madde9 (1.37±0.58); madde8 (1.30±0.51), madde13 (1.18±0.42) olduğu belirlenmiştir. En düşük ortalamaya ise madde 19 (1.17±0.37) ile baygınlık maddesinin sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

4.3 Kanser Kaygı Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler

Kanser kaygı ölçeğinde yer alan maddelerin aritmetik ortalama, standart sapma, basıklık ve çarpıklık katsayıları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4 3.Kanser Kaygı Ölçeği Maddelerine Ait Betimsel Değerler

Madde	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{X} \pm S.S$
1.Kansere yakalanma olasılığınız hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	-0.17	0.35	2.33 $\pm$ 0.84
2.Bu düşünceler ruh halinizi etkiler mi?	-0.63	0.18	2.38 $\pm$ 0.87
3.Bu düşünceler günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme becerilerinizi etkiler mi?	0.07	0.78	1.79 $\pm$ 0.80
4.Bir gün kanser olma ihtimalinizden ne kadar endişelenirsiniz?	-0.59	-0.18	2.78 $\pm$ 0.84
5.Kanser gelişmesi hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	-0.10	0.40	2.14 $\pm$ 0.78
6.Bu kaygı sizin için ne kadar büyük bir sorundur?	-1.16	-0.17	2.78 $\pm$ 1.00
7.Aile üyelerinde kanser gelişme olasılığı hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	-0.82	0.10	2.26 $\pm$ 0.89
8. Ameliyata ihtiyaç duyacağınız konusunda ne kadar endişelisiniz?	-1.14	0.18	2.31 $\pm$ 1.03

Kanser kaygı ölçeğinde yer alan maddelerin basıklık katsayılarının -1.16 ve 0.07 arasında, çarpıklık katsayılarının ise -0.18 ve 0.78 arasında değiştiği görülmektedir. Buna göre maddelerinin hepsinin basıklık ve katsayılarının -2 ve 2 aralığında olduğu belirlenmiştir. Maddelere ait ortalama ve sapma değerleri incelendiğinde sırasıyla en yüksek ortalamaların madde6 (2.78 $\pm$ 1.00) olan “Bu kaygı sizin için olduğu belirlenmiştir.” maddeye ait olduğu belirlenmiştir. Daha sonra ise sırasıyla madde4 (2.78 $\pm$ 0.84), madde2 (2.38 $\pm$ 0.87), madde1 (2.33 $\pm$ 0.84), madde8 (2.31 $\pm$ 1.03), madde7 (2.26 $\pm$ 0.89), madde5 (2.14 $\pm$ 0.78) olduğu tespit edilmiştir. En düşük ortalamaya ise madde 3 (1.79 $\pm$ 0.80) ile “Bu düşünceler günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme becerilerinizi etkiler mi? maddesinin sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

4.4 Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Betimsel Değerler

Araştırmada yer alan çalışma gruplarının Beck anksiyete ve Kanser kaygı ölçeklerinden elde edilen betimsel özellikler incelendiğinde menopoz döneminde kadınların Beck anksiyete (38.06 ± 7.55) ve Kanser kaygı ölçek (19.09 ± 4.54) ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Premenopoz dönemindeki kadınların ise Beck anksiyete (31.83 ± 6.11) ve Kanser kaygı ölçek (18.50 ± 5.23) ortalamalarının menopoz dönemindeki kadınlar daha düşük olduğu belirlenmiştir. Son olarak tüm gruba ait ortalamalar incelendiğinde Beck anksiyete (34.82 ± 7.50) ve Kanser kaygı ölçek (18.78 ± 4.93) ortalamalarının belirlendiği söylenebilir (Tablo 4.4).

Tablo 4 4. Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Betimsel Değerler

Grup	Ölçek	N	Min	Max	$\bar{X} \pm S.S$
Menopoz	Beck Anksiyete	104	21.00	59.00	38.06 ± 7.55
	Kanser Kaygı	104	8.00	30.00	19.09 ± 4.54
Premenopoz	Beck Anksiyete	113	22.00	58.00	31.83 ± 6.11
	Kanser Kaygı	113	8.00	31.00	18.50 ± 5.23
Genel	Beck Anksiyete	217	21.00	59.00	34.82 ± 7.50
	Kanser Kaygı	217	8.00	31.00	18.78 ± 4.93

Kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının menopoz dönemi ve öncesinde olma durumuna göre bağımsız gruplar t testi sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre menopoz dönemindeki ve premenopoz dönemdeki kadınların Beck anksiyete puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir, $t(215) = 6.72$, $p < 0.001$. Buna göre menopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete puan ortalamasının (38.06 ± 7.55), premenopoz dönemindeki kadınların puan ortalamasından (31.83 ± 6.11) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının ($\eta^2 = 0.18$) ise 0.10'dan büyük olması sebebiyle büyük etki büyüklüğü değerinde olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer ölçek olan kanser kaygıya ilişkin sonuçlar incelendiğinde menopoz dönemindeki ve premenopoz dönemdeki kadınların kanser kaygı puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlenmiştir, $t(215) = 0.88$, $p = 0.379$. Buna göre menopoz ve

premenopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeyleri benzer düzeydedir (Tablo 4.5).

Tablo 4 5. Çalışma Gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçeklerine Ait Bağımsız Gruplar t Testi Sonuçları

Ölçek	Alt Grup	N	$\bar{X} \pm S.S$	Sd	t	p	η^2
Beck Anksiyete	Menopoz	104	38.06 $\pm$ 7.55	215	6.72	<0.001	0.18
	Premenopoz	113	31.83 $\pm$ 6.11				
Kanser Kaygı	Beck Anksiyete	104	19.09 $\pm$ 4.54	215	0.88	0.379	-
	Kanser Kaygı	113	18.50 $\pm$ 5.23				

4.5 Menopoz ve Premenopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Menopoz dönemindeki bireylerin Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının bazı değişkenlere göre ortalama karşılaştırma testleri Tablo 4.6’da verilmiştir. İlgilenilen değişkenin iki kategorili ve puanlarının normal olması durumunda bağımsız gruplar t testi (kronik hastalık vb.), normal olmaması durumunda Mann-Whitney U testi (Kanser kaygı/menopoza girme yaşı vb.) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin alt grup sayısı ikiden fazla olması ve normal olma durumunda varyans analizi (yaş vb.) kullanılmıştır.

Tablo 4 6. Menopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	N	Beck Anksiyete			Kanser Kaygı		
			$\bar{X} \pm S.S$ /Sıra Ort.	Analiz	Fark	$\bar{X} \pm S.S$ /Sıra Ort.	Analiz	Fark
Menopoza Girme Yaş	45 ve altı	21	37.90 $\pm$ 6.93	t=0.90	-	44.86	U=423.0	-
	46 ve üstü	54	36.46 $\pm$ 5.97	p=0.373		35.33	p=0.088	
Yaş	41-45	12	37.92 $\pm$ 7.68	F=1.04 p=0.378	-	21.17 $\pm$ 2.44	F=1.15 p=0.331	-
	46-50	33	36.33 $\pm$ 6.28			19.30 $\pm$ 3.41		
	51-55	36	38.61 $\pm$ 8.15			18.42 $\pm$ 5.41		
	56 ve üstü	23	39.78 $\pm$ 8.14			18.73 $\pm$ 5.33		
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı ⁽¹⁾	26	37.23 $\pm$ 7.96	F=1.77 p=0.157	-	18.30 $\pm$ 5.06	F=3.05 p=0.032 $\eta^2=0.08$	4-2
	Ortaokul ⁽²⁾	25	36.88 $\pm$ 5.76			21.16 $\pm$ 2.83		
	Lise ⁽³⁾	43	38.11 $\pm$ 8.09			18.90 $\pm$ 4.10		
	Lisans ve üstü ⁽⁴⁾	10	43.00 $\pm$ 7.05			16.70 $\pm$ 4.42		
Toplam	0-1 ⁽¹⁾	19	35.42 $\pm$ 6.73	F=2.43	-	18.26 $\pm$ 4.78	F=0.87	-

Gebelik	2-3 ⁽²⁾	60	37.93±7.54	p=0.093		18.95±4.38	p=0.421	
	4 ve üstü ⁽³⁾	25	40.40±7.71			20.04±4.92		
Kronik Hastalık	Var ⁽¹⁾	40	41.00±8.14	t=3.27	1-2	20.62±4.74	t=2.79	1-2
	Yok ⁽²⁾	64	36.23±6.58	p<0.001 η²=0.10		18.12±4.24	p=0.006 η²=0.07	
Sigara	Evet	56	38.19±7.48	t=0.12	-	19.74±4.54	t=1.37	-
	Hayır	56	38.01±7.80	p=0.907		18.50±4.58	p=0.175	
Alkol	Evet	12	40.42±7.24	t=1.32	-	16.75±3.11	t=1.64	-
	Hayır	73	37.37±7.46	p=0.190		19.05±4.68	p=0.104	
Takip Düzeni	Takip yok ⁽¹⁾	57	35.82±7.39	F=5.98	2-1 3-1	18.05±4.22	F=4.08	2-1
	Düzenli ⁽²⁾	24	40.95±7.04	p<0.001		20.95±4.54	p=0.020	
	Düzensiz ⁽³⁾	22	40.59±1.50	η²=0.11		19.95±4.89	η²=0.14	
Menopoza Girme	Doğal ⁽¹⁾	78	37.21±7.27	t=2.04	2-1	18.20±4.34	t=3.59	2-1
	Cerrahi ⁽²⁾	26	40.65±7.95	p=0.043 η²=0.04		21.73±4.35	p=0.001 η²=0.11	
Menopoz Şikâyet	Evet ⁽¹⁾	86	38.65±7.13	t=1.74	-	19.55±4.46	t=2.82	1-2
	Hayır ⁽²⁾	18	35.28±9.03	p=0.085		16.88±4.64	p=0.025 η²=0.07	
İlaç Alma	Evet ⁽¹⁾	31	41.29±7.56	t=3.26	1-2	21.39±4.30	t=2.79	1-2
	Hayır ⁽²⁾	58	36.27±6.54	p=0.002 η²=0.11		18.76±4.19	p=0.006 η²=0.08	
Psikolojik Destek	Evet ⁽¹⁾	14	43.79±8.01	t=1.82	-	20.64±4.91	t=1.54	-
	Hayır ⁽²⁾	35	39.60±6.96	p=0.075		18.22±5.00	p=0.132	
Çalışma Durumu	Evet	43	36.88±7.77	t=1.35	-	18.16±4.62	t=1.74	-
	Hayır	61	38.90±7.34	p=0.181		19.73±4.48	p=0.084	

Tablo 4.6 (devamı)

Menopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının çeşitli değişkenlerin alt gruplarına göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir. Buna göre ilk olarak Beck anksiyete puanları incelendiğinde menopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete puanlarının menopoza girme yaşı (p=0.373), yaş (0.378), eğitim durumu (p=0.157), toplam gebelik (0.093), sigara kullanımı (p=0.907), alkol kullanımı (p=0.190), menopozdan şikâyet etme (p=0.085), psikolojik destek alma (p=0.075) ve çalışma durumu (p=0.191) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının Beck anksiyete düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir (p<0.001). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların anksiyete ortalamalarının (41.00±8.14) kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamalarından (36.23±6.58) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise (η²=0.10) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin takip düzeni durumuna göre anlamlı

olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde takip düzeni düzenli (40.95 ± 7.04) ve düzensiz (40.59 ± 1.50) olan kadınların anksiyete ortalamalarının takip düzeni hiç olmayan kadınların ortalamalarından (35.82 ± 7.39) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.11$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin menopoza girme şekline göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.043$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde menopoza cerrahi olarak giren kadınların anksiyete ortalamalarının (40.65 ± 7.95), menopoza doğal olarak giren kadınların ortalamalarından (37.21 ± 7.27) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.04$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Son olarak menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin ilaç alma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.002$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde ilaç alan kadınların anksiyete ortalamalarının (41.29 ± 7.56) ilaç almayan kadınların ortalamalarından (36.27 ± 6.54) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.11$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı puanları incelendiğinde menopoza girme yaşı ($p=0.088$), yaş (0.331), toplam gebelik (0.421), sigara kullanımı ($p=0.175$), alkol kullanımı ($p=0.104$) ve çalışma durumu ($p=0.084$) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının kanser kaygı düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.032$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim durumu ortaokul olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (21.16 ± 2.83), eğitim durumu lisans ve üstü kadınların ortalamalarından (16.70 ± 4.42) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.08$) büyük etkiye yakın değere sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.006$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (20.62 ± 4.74) kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamalarından (18.12 ± 4.24) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.08$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı

düzeylerinin takip düzeni durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.020$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde takip düzeni düzenli (20.95 ± 4.54) olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının takip düzeni hiç olmayan kadınların ortalamalarından (18.05 ± 4.22) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.14$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin menopoza girme şekline göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde menopoza cerrahi olarak giren kadınların kanser kaygı ortalamalarının (21.73 ± 4.35), menopoza doğal olarak giren kadınların ortalamalarından (18.20 ± 4.34) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.11$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin menopozdan şikâyet etme durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.025$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde şikâyet eden kadınların kanser kaygı ortalamalarının (19.55 ± 4.46) şikâyet etmeyen kadınların ortalamalarından (16.88 ± 4.64) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Son olarak menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin ilaç alma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.006$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde ilaç alan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (21.39 ± 4.30) ilaç almayan kadınların ortalamalarından (18.76 ± 4.19) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.08$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Premenopoz dönemindeki bireylerin Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının bazı değişkenlere göre ortalama karşılaştırma testleri Tablo 7’de verilmiştir. İlgilenilen değişkenin iki kategorili ve puanlarının normal olması durumunda bağımsız gruplar t testi (kanser kaygı/yaş vb.), normal olmaması durumunda Mann-Whitney U testi (Beck anksiyete/kronik hastalık vb.) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin alt grup sayısı ikiden fazla olması ve normal olma durumunda varyans analizi (kanser kaygı/toplam gebelik vb.) normal olmaması durumunda Kruskal Wallis H testi (Beck anksiyete/eğitim durumu vb.) kullanılmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4 7. Premenopoz Dönemindeki Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	N	Beck Anksiyete			Kanser Kaygı		
			$\bar{X} \pm S.S/Sıra$ Ortalaması	Analiz	Fark	$\bar{X} \pm S.S/Sıra$ Ortalaması	Analiz	Fark
Yaş	41-45	27	56.78	U=1155	-	18.29±4.05	t=0.22	-
	46-50	86	57.07	p=0.968		18.59±5.56	p=0.822	
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı ⁽¹⁾	15	87.23			21.26±4.25		
	Ortaokul ⁽²⁾	16	58.91	$\chi^2=16.12$	1-2	20.56±6.62	F=3.73	
	Lise ⁽³⁾	58	52.84	p=0.001	1-3	18.00±4.84	p=0.013	1-4
	Lisans ve üstü ⁽⁴⁾	24	46.90		1-4	16.58±4.78	$\eta^2=0.09$	
Toplam Gebelik	0-1 ⁽¹⁾	19	40.52		2-1	18.26±4.78	F=0.87	
	2-3 ⁽²⁾	60	55.96	$\chi^2=16.12$	3-1	18.95±4.39	p=0.421	-
	4 ve üstü ⁽³⁾	25	82.00	p=0.001	3-2	20.04±4.922		
Kronik Hastalık	Var ⁽¹⁾	38	68.46	U=989.5		21.07±4.48	t=3.98	
	Yok ⁽²⁾	75	51.19	p=0.008	1-2	17.19±5.11	p<0.001 $\eta^2=0.13$	1-2
Sigara	Evet	71	54.31	U=1300		18.04±5.02	t=1.20	
	Hayır	42	61.55	p=0.255	-	19.26±5.53	p=0.232	-
Alkol	Evet	15	41.03	U=495.5		18.60±4.13	t=0.02	
	Hayır	83	51.03	p=0.209	-	18.62±5.49	p=0.986	-
Takip Düzeni	Takip yok ⁽¹⁾	32	48.33			18.18±5.59	F=2.50	
	Düzenli ⁽²⁾	36	62.22	$\chi^2=3.34$	-	20.02±5.56	p=0.087	-
	Düzensiz ⁽³⁾	45	58.99	p=0.189		17.49±4.47		
Menopoz Şikâyet	Evet ⁽¹⁾	42	33.55±7.82	t=1.35		18.07±6.10	t=1.33	
	Hayır ⁽²⁾	49	31.73±4.88	p=0.182	-	19.49±3.96	p=0.186	-
İlaç Alma	Evet ⁽¹⁾	11	26.23	U=129.5		19.72±4.80	t=1.21	
	Hayır ⁽²⁾	32	20.55	p=0.199	-	17.19±6.33	p=0.232	-
Psikolojik Destek	Evet ⁽¹⁾	14	24.75	U=220.5		18.29±4.53	t=0.15	
	Hayır ⁽²⁾	36	24.63	p=0.495	-	18/56±6.16	p=0.882	-
Çalışma Durumu	Evet ⁽¹⁾	54	48.74	U=1147		17.07±5.24	t=2.85	
	Hayır ⁽²⁾	59	64.56	p=0.010	2-1	19.80±4.90	p=0.005 $\eta^2=0.07$	2-1

Pemenopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının çeşitli değişkenlerin alt gruplarına göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir. Buna göre ilk olarak Beck anksiyete puanları incelendiğinde premenopoz dönemindeki kadınların Beck anksiyete puanlarının yaş (0.968), sigara kullanımı (p=0.255), alkol kullanımı (p=0.209), takip düzeni (p=0.189), menopozdan

şikayet etme ($p=0.182$), ilaç alma ($p=0.199$) ve psikolojik destek alma ($p=0.495$) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının Beck anksiyete düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde premenopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim düzeyi ilkököl ve altı olan kadınların anksiyete sıra ortalamalarının (87,23), eğitim düzeyi ortaokul (58,91), lise (52,84) ve lisans ve üstü olan kadınların ortalamalarından (46,90) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Premenopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin toplam gebelik durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde 2-3 gebelik (55,96) ve 4 ve üstü gebelik geçiren (82,00) kadınların anksiyete sıra ortalamalarının 0-1 gebelik geçiren kadınların sıra ortalamalarından (40,52), ayrıca 4 ve üstü gebelik geçirenlerin sıra ortalamalarının da 2-3 gebelik geçirenlerin sıra ortalamalarından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Premenopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.008$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların anksiyete sıra ortalamalarının (68,46) kronik hastalığı olmayan kadınların sıra ortalamalarından (51,19) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Son olarak menopoz dönemindeki kadınların anksiyete düzeylerinin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.010$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde çalışmayan kadınların anksiyete sıra ortalamalarının (64,56), çalışan kadınların sıra ortalamalarından (48,74) daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Premenopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı puanlarının yaş (0,822), toplam gebelik ($p=0.421$), sigara kullanımı ($p=0.232$), alkol kullanımı ($p=0.986$), takip düzeni ($p=0.087$), menopozdan şikâyet etme ($p=0.186$), ilaç alma ($p=0.232$) ve psikolojik destek alma ($p=0.882$) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının kanser kaygı düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde premenopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.013$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim düzeyi ilkököl ve altı olan kadınların kanser kaygı

ortalamlarının (21.26 ± 4.25), eğitim düzeyi lisans ve üstü olan kadınların ortalamlarından (16.58 ± 4.78) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.09$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Premenopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamlar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların kanser kaygı ortalamlarının (21.07 ± 4.48) kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamlarından (17.19 ± 5.11) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.13$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Son olarak menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.005$). Alt gruplara ait ortalamlar incelendiğinde çalışmayan kadınların kanser kaygı ortalamlarının (19.80 ± 4.90), çalışan kadınların ortalamlarından (17.07 ± 5.24) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Çalışmada yer alan tüm gruplardaki bireylerin Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının bazı değişkenlere göre ortalama karşılaştırma testleri Tablo 8’de verilmiştir. İlgilenilen değişkenin iki kategorili ve puanlarının normal olması durumunda bağımsız gruplar t testi (kronik hastalık vb.), bağımsız değişkenin alt grup sayısı ikiden fazla olması ve normal olma durumunda varyans analizi (toplam gebelik vb.) kullanılmıştır (Tablo 4.7).

4.6 Tüm Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Çalışma grubundaki tüm kadınların Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanlarının çeşitli değişkenlerin alt gruplarına göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre ilk olarak Beck anksiyete puanları incelendiğinde kadınların Beck anksiyete puanlarının eğitim durumu ($p=0.114$), sigara kullanımı ($p=0.086$), alkol kullanımı ($p=0.926$), takip düzeni ($p=0.151$) ve psikolojik destek alma ($p=0.118$) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının Beck anksiyete düzeylerinin benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde Kadınların anksiyete düzeylerinin yaş alt gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamlar incelendiğinde 51-55 yaş

(38.61±8.16) ve 56 ve üstü (39.78±8.14) kadınların anksiyete ortalamalarının, 41-45 yaş (33.38±6.48) ve 46-50 yaş (33.18±6.70) kadınların ortalamalarından daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.12$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin toplam gebelik durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde toplam gebeliği 4 ve üstü olan kadınların anksiyete ortalamalarının (39.15±7.66), 0-1 gebeliği (31.86±6.29) ve 2-3 gebeliği (34.56±7.33) kadınların ortalamalarından daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.09$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların anksiyete ortalamalarının (37.36±8.10), kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamalarından (33.39±6.77) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.06$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Tüm Bireylerin Beck Anksiyete ve Kanseri Kaygı Ölçek Puanlarının Bazı Değişkenlere Göre Ortalama Karşılaştırma Testleri

Değişken	Alt Grup	N	Beck Anksiyete			Kanser Kaygı		
			$\bar{X}\pm S.S/Sıra$ Ortalaması	Analiz	Fark	$\bar{X}\pm S.S/Sıra$ Ortalaması	Analiz	Fark
Yaş	41-45 ⁽¹⁾	39	33.38±6.48	F=9.87 p<0.001 $\eta^2=0.12$	3-1	19.17±3.84	F=0.15 p=0.930	-
	46-50 ⁽²⁾	119	33.18±6.70		4-1	18.76±5.06		
	51-55 ⁽³⁾	36	38.61±8.16		3-2	18.41±5.41		
	56 ve üstü ⁽⁴⁾	23	39.78±8.14		4-2	18.73±5.33		
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı ⁽¹⁾	41	36.98±6.80	F=2.01 p=0.114	-	19.39±4.94	F=5.53 p=0.001 $\eta^2=0.07$	2-3 2-4
	Ortaokul ⁽²⁾	41	35.66±7.61			20.93±4.62		
	Lise ⁽³⁾	101	33.98±7.47			18.39±4.82		
	Lisans ve üstü ⁽⁴⁾	34	33.68±7.93			16.62±4.61		
Toplam Gebelik	0-1 ⁽¹⁾	44	31.86±6.29	F=11.04 p<0.001 $\eta^2=0.09$	3-1	17.27±4.49	F=6.44 p=0.002 $\eta^2=0.09$	3-1
	2-3 ⁽²⁾	131	34.56±7.33		3-2	16.66±4.93		3-2
	4 ve üstü ⁽³⁾	40	39.15±7.66			21.00±4.74		
Kronik Hastalık	Var ⁽¹⁾	78	37.36±8.10	t=3.86 p<0.001 $\eta^2=0.06$	1-2	20.84±4.59	t=4.87 p<0.001 $\eta^2=0.10$	1-2
	Yok ⁽²⁾	139	33.39±6.77			17.61±4.73		
Sigara	Evet	117	33.99±7.39	t=1.72	-	18.71±4.90	t=0.17	-
	Hayır	98	35.76±7.63	p=0.086		18.83±4.99	p=0.863	
Alkol	Evet	27	34.89±7.53	t=0.09	-	17.78±3.76	t=1.02	-

	Hayır	156	34.75±7.16	p=0.926		18.83±5.11	p=0.310	
Takip	Takip yok ⁽¹⁾	89	33.75±6.92	F=1.90		18.10±4.72	F=4.55	2-1
Düzeni	Düzenli ⁽²⁾	60	36.18±7.91	p=0.151	-	20.40±5.15	p=0.012	2-3
	Düzensiz ⁽³⁾	67	34.91±7.78			18.30±4.72	η²=0.04	
Menopoz	Evet ⁽¹⁾	128	36.97±7.71	t=3.90		19.06±5.08	t=0.37	
Şikâyet	Hayır ⁽²⁾	67	32.69±6.39	p<0.001	1-2	18.79±4.28	p=0.709	-
				η²=0.07				
İlaç Alma	Evet ⁽¹⁾	42	39.42±8.06	t=3.41		20.95±4.43	t=3.01	
	Hayır ⁽²⁾	90	34.43±7.51	p=0.001	1-2	18.20±5.08	p=0.003	1-2
				η²=0.08			η²=0.07	
Psikolojik	Evet ⁽¹⁾	28	38.85±9.14	t=1.56		19.46±4.79	t=0.89	
Destek	Hayır ⁽²⁾	71	35.87±8.20	p=0.118	-	18.39±5.57	p=0.374	-
Çalışma	Evet	97	33.20±7.28	t=2.91		17.56±4.98	t=3.36	
Durumu	Hayır	120	36.13±7.45	p=0.004	2-1	19.77±4.68	p=0.001	2-1
				η²=0.04			η²=0.05	

Tablo 4.8 (devamı)

Kadınların anksiyete düzeylerinin menopozdan şikâyet etme durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde şikâyet olan kadınların anksiyete ortalamalarının (36.97 ± 7.71), şikâyeti olmayan kadınların ortalamalarından (32.69 ± 6.39) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin ilaç alma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde ilaç alan kadınların anksiyete ortalamalarının (39.42 ± 8.06), ilaç almayan kadınların ortalamalarından (34.43 ± 7.51) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.08$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.004$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde çalışmayan kadınların anksiyete ortalamalarının (36.13 ± 7.45), çalışan kadınların ortalamalarından (33.20 ± 7.28) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.04$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Çalışmada yer alan tüm kadınların kanser kaygı puanları yaş (0.930), sigara kullanımı ($p=0.836$), alkol kullanımı ($p=0.310$), menopoz şikâyet ($p=0.709$) ve psikolojik destek ($p=0.374$) alt grupları açısından farklılaşmadığı belirlenmiştir. Buna göre ilgili bağımsız değişkenlerin alt gruplarının kanser kaygı düzeylerinin

benzer olduğu söylenebilir. Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde kadınların kanser kaygı düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim durumu ortaokul olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (20.93 ± 4.62), eğitim durumu lise (18.39 ± 4.82) ve lisans ve üstü kadınların (16.62 ± 4.61) ortalamalarından daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların kanser kaygı düzeylerinin toplam gebelik durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.002$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde toplam gebeliği 4 ve üstü olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (21.00 ± 4.74), 0-1 gebeliği (17.27 ± 4.49) ve 2-3 gebeliği (16.66 ± 4.93) kadınların ortalamalarından daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.09$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Kadınların kanser kaygı düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (20.84 ± 4.59), kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamalarından (17.61 ± 4.73) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.10$) büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların kanser kaygı düzeylerinin takip düzeni durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p<0.012$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde takip düzeni düzenli olan kadınların anksiyete ortalamalarının (20.40 ± 5.15), takip düzeni düzensiz (18.30 ± 4.72) ve hiç olmayan kadınların (18.10 ± 4.72) ortalamalarından daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.04$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların kanser korku düzeylerinin ilaç alma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.003$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde ilaç alan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (20.95 ± 4.43), ilaç almayan kadınların ortalamalarından (18.20 ± 5.08) daha fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.07$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Son olarak kadınların kanser kaygı düzeylerinin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde çalışmayan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (19.77 ± 4.68), çalışan kadınların ortalamalarından (17.56 ± 4.98) daha

fazla olduğu, ilgili etki büyüklüğü katsayısının ise ($\eta^2=0.05$) orta etkiye sahip olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.8).

4.7 Beck Anksiyete ve Kaygı Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Beck anksiyete ve kanser kaygı ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde menopoz dönemindeki kadınlar için 0.30 değerini aldığı tespit edilmiştir. Buna göre aradaki ilişkinin pozitif, anlamlı ancak düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Premenopoz dönemimdeki kadınlar için ise söz konusu ilişki katsayı değerinin 0.51 olduğu belirlenmiştir. Buna göre aradaki ilişkinin pozitif, anlamlı ve orta düzeyde olduğu söylenebilir. Son olarak grubun tümüne ait ilişki katsayı değerinin 0.39 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre aradaki ilişkinin pozitif, anlamlı ve orta büyüklüğe yakın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4 9. Beck Anksiyete ve Kaygı Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Grup	Puan	Kanser Kaygı Ölçeği
Menopoz		0.30*
Premenopoz	Beck Anksiyete Ölçeği	0.51*
Genel		0.39*

* p<0.05

5. TARTIŞMA

Çalışma menopoz döneminde olan kadınların anksiyete ve korku düzeyini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın katılımcılarını, premenopoz ve menopoz döneminde olan kadınlar olmuştur.

Kanser korkusu, insanlarda kanserin kaçınılmaz bir ölüm ile sonuçlanan acı ve ızdırıp verici bir hastalık olmasından yaygındır (Whitaker ve ark., 2016; Ravid, 2012; Chir ve ark., 2013). Tanı sürecinin zorlu olması, uzun tedavi süreci, tedavi sürecine bağlı yaşanan semptomlar, ailede kanser öyküsü bulunması ve ölümle sonuçlanmış olması, yaş, ırk, cinsiyet, çalışma durumu gibi birçok faktör korkuya sebep olmaktadır (Vrinten ve ark., 2017; Vrinten ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada kanser sürecinde taramalar ile ilgili cinsiyet farklılığı karşılaştırılmış ve %88,2 oranında kanser korkusunun ırk ve cinsiyet ile farklılık gösterdiğini, %74,3'ünün kanser korkusunun erken teşhis için uyarıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wong ve ark., 2013). Başka bir çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerde kanser korkusu incelenmiş, 2019 yılında 108 kişi ile yapılmıştır. Sonucunda, meme kanseri korkusunun eğitim düzeyi düşük ve menopoza henüz girmeyen kişilerde daha az olduğu saptanmıştır (Olçar ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda da benzer bir şekilde kadınların anksiyete düzeylerinin yaş alt gruplarına göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p < 0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde 51-55 yaş (38.61 ± 8.16) ve 56 ve üstü (39.78 ± 8.14) kadınların anksiyete ortalamalarının, 41-45 yaş (33.38 ± 6.48) ve 46-50 yaş (33.18 ± 6.70) kadınların ortalamalarından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p < 0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde kronik hastalığı olan kadınların anksiyete ortalamalarının (37.36 ± 8.10), kronik hastalığı olmayan kadınların ortalamalarından (33.39 ± 6.77) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeylerinin çalışma durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p = 0.004$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde çalışmayan kadınların anksiyete ortalamalarının (36.13 ± 7.45), çalışan kadınların ortalamalarından (33.20 ± 7.28) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımız ile literatür bu bağlamlarda benzerlik gösteriyor diyebiliriz.

Araştırmamızda yer alan çalışma gruplarının Beck Anksiyete ve Kanser Kaygı ölçeklerinden elde edilen betimsel özellikler incelenmiştir ve menopoza döneminde olan kadınların ölçek ortalamalarının,premenopoz dönemindeki kadınlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.Diğer bağımsız değişkenlere ilişkin sonuçlar incelendiğinde menopoza dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim durumu ortaokul olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının, eğitim durumu lisans ve üstü kadınların ortalamalarındandaha fazla olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılmış bir çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerde kanser korkusu incelenmiş, bu çalışma 2019 yılında 108 kişi ile yapılmıştır. Sonucunda, meme kanseri korkusunun, eğitim düzeyi düşük ve menopoza henüz girmeyen kişilerde daha az olduğu saptanmıştır (Olçar ve ark., 2022).Kanser, kontrolsüz hücre bölünmesi ile karakterize, bireyi ve ailesini sosyal, ekonomik, psikolojik yönlerden de etkileyen korku, endişe verici ve toplumda ölüm ile eş değer tutulan bir kronik hastalıktır (Özkan, 2017). Nüfusun giderek yaşlanması ile beraber görülme sıklığı artmaktadır. Bu artış ile birlikte, toplumda kanserin kesinlikle ölümle sonuçlanacağı inancı sebebi ile kişiler korku ve endişe duymaktadır. Kişileri hayatını etkilediği birçok alanda destek almak zorunda bırakmaktadır (Yılmaz ve Yazgı, 2017; Fitch, 2008).Eğitim düzeyinin düşük olması, konu ile alakalı bilgi sahibi olmanın ya da bilgiye ulaşmada yetersizliğin bir sonucu olarak ortaya çıkan bilinmezlik korkusu ve doğru bilgilere ulaşılmadığından insanların kanseri ölüm ile bağdaştırması düşüncesine inanılması sonucu olduğu düşünülebilir. Yine menopoza girmek ile iki çalışmada da kanser korkusunun arttığı gözlenmiştir, yaşlanma ve fonksiyon kaybı, menopoza ile ilgili yaşanan semptomların bunu etkilediği sonucuna varabiliriz.

Menopoz dönemindeki kadınların kanser kaygı düzeylerinin menopoza girme şekline göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde menopoza cerrahi olarak giren kadınların kanser kaygı ortalamalarının, menopoza doğal olarak giren kadınların ortalamalarındandaha fazla olduğu belirlenmiştir.Cerrahimenopoz durumu, doğal olarak menopoza girme durumuna göre daha erken yaşta meydana gelmesi ile olur (Topçuoğlu ve ark.,2009).Doğal menopozda foliküllerin azalması ve tükenmesi progresif olarak ilerler ve zaman ile gerçekleşir. Vücut bu değişikliklere uzun sürede alışmak için

zaman kazanır. Ancak cerrahi menopoza durum bundan farklı ilerler, cerrahi bir şekilde direkt müdahale ile dönem başlar ve hormonların ani değişimi ile hızlı bir ilerle görülür. Bu sebeple cerrahi menopoza belirtileri doğal menopoza göre daha şiddetli ortaya çıkar (Akdağlı ve ark., 2011; Fakılı, 2013). Varma ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hem doğal hem de cerrahi menopoza giren kadınlarda hafif şiddette depresyon ve anksiyete sorunlarının ortaya çıktığını göstermiştir (Varma ve ark., 2005). Ayrıca cerrahi menopoza hormonlarda gerçekleşen ani düşüşün ruh hali değişikliklerinin de ani değişimine sebep olduğubildirilmiştir (Taylor, 2001). Kadınlarda, menopoza beklenenden yaştan daha önce ve erken yaşlarda gerçekleşmesi kadınlarda; sağlıklı bir organın çıkarılması, ameliyat ve komplikasyonlarından korkma, ağrı yaşama ve yaşayacak olma, beden imajında ve algısında bozulma, tekrar doğum yapamama ve kadınsal özelliklerin kaybı şeklinde algıların oluşmasına neden olmakta ve kişinin yaşamını her açıdan etkilemektedir (Varma ve ark., 2005).

Kanser korkusunu inceleyen Vrinten ve arkadaşlarının (2017) yürüttüğü bir çalışmada 720 katılımcının kanser korkusu ile kişilerin kültür seviyeleri karşılaştırılmıştır. Beyaz İngiliz, Hint, Afrika, Pakistan ve Bangladeşli kadınların olduğu bu çalışmada; Afrika ve Hintli kadınların beyaz İngiliz kadınlara göre daha fazla korku yaşadıkları, Bangladeşli kadınların daha az korktuğu, Pakistan ve Karayipli kadınların ise beyaz İngiliz kadınlar ile benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Kanseri kaderciliğe bağlamanın da beyaz İngiliz kadınlara göre diğer gruplarda daha fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise kadınların kanser kaygı düzeylerinin etnik gruba göre değil de eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ($p=0.001$). Alt gruplara ait ortalamalar incelendiğinde eğitim durumu ortaokul olan kadınların kanser kaygı ortalamalarının (20.93 ± 4.62), eğitim durumu lise (18.39 ± 4.82) ve lisans ve üstü kadınların (16.62 ± 4.61) ortalamalarından daha fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da düşük kültürel seviye olarak nitelendirebileceğimiz ortaokul mezunu kadınlar grubu daha fazla korkuya sahiptir. İki çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir denilebilir.

Araştırmada yer alan çalışma gruplarının Beck anksiyete ve Kanser kaygı ölçeklerinden elde edilen betimsel özellikler incelendiğinde menopoza döneminde kadınların Beck anksiyete (38.06 ± 7.55) ve Kanser kaygı ölçek (19.09 ± 4.54)

ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Premenopoz dönemindeki kadınların ise Beck anksiyete (31.83 ± 6.11) ve Kanser kaygı ölçek (18.50 ± 5.23) ortalamalarının menopoz dönemindeki kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Menopoza giren kadınlarda kanser kaygı puanının arttığı ve kanser korkusunun daha fazla olduğu g r lmektedir. Bunun sebebinin ilerleyen yaş, kronik hastalıkların eklenmesi, menopozun toplumdaki inanca göre kanser hastalıklarının dönemi olduğu inancı ve kanserin de  l me sebep vereceği inancı etkilemiş olabilir.



6. SONUÇ

Premenopoz ve menopoz döneminde olan kadınlarda anksiyete ve kanser olma korkusunu karşılaştırmalı olarak incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgulara göre araştırma kapsamına alınan kadınların;

- Menopoz dönemindeki kadınların %25.0'inin ilkokul ve altı (n=26), %24.0'ünün ortaokul (n=25), %41.3'ünün lise (n=43) ve %9.6'sının lisans ve üstü (n=10) öğrenim düzeyine sahip olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan grubun daha fazla kanser korkusu yaşadığı,
- Premenopoz dönemindeki kadınların %13.3'ünün ilkokul ve altı (n=15), %14.2'sinin ortaokul (n=16), %51.3'ünün lise (n=58) ve %21.2'sinin lisans ve üstü (n=24) öğrenim düzeyine sahip olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan grubun daha fazla kanser korkusu yaşadığı,
- Beck anksiyete düzeyleri ve Kanser korku düzeyleri kronik hastalığı olan menopoza giren ve girmeyen tüm kadınlarda daha yüksek olduğu,
- Düzenli ya da düzensiz aralıklarla takiplerine devam eden menopoz dönemindeki kadınların kanser korku düzeyleri, hiç takip yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu,
- Cerrahi olarak menopoza giren kadınların, doğal olarak menopoza giren kadınlardan daha fazla kanser korkusu taşıdığı,
- 4 ve üzeri doğum yapan kadınlarda, hiç doğum yapmayan kadınlara kıyasla daha fazla kanser korkusu yaşandığı,
- Menopoz döneminde kanser korkusu ve anksiyete düzeyinin premenopozal dönemde olan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.

7. ÖNERİLER

- Kadınların menopoz döneminde ya da premenopoz döneminde tarama testlerine katılması, kendi kendini muayene etmesi gibi konularda kadınlara bilgi ve eğitimler vererek kadınlara doğru bilgilerin aktarılması,
- Kanseri korkusu yaşayan kadınların, korkularını açığa vurması ve çözümler arayabilmesi için menopoz ya da premenopoz döneminde kadınlara özel danışmanlıklar sunulması
- Kadınların menopoz ve premenopoz döneminde çalışmamızda belirtilen korku düzeylerine ilişkin, kadınların bu korkularını açığa çıkarıp çözebilecekleri alternatifler ve çözüm yöntemleri ile alakalı daha detaylı çalışmaların yapılması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

Ageing (Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_3, Erişim tarihi: 09.01.2021)

Akman S, akıcı M, Keskindağ B, Karaaziz M.(2019).Analysis of psychological factors and sexual life in postmenopausal women: A cross-sectional study, Turkish J Clinical Psychiatry,

Atan Ü, Yiğitoğlu S. (2015). Menopozda semptom yönetimi ile ilgili kanıta dayalı uygulamalar. JACSD;3:35-59.

Baber RJ, Panay N, Fenton A.(2016). Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 19(2):109-50.

Beshay VE,Carr BR. (2013). Hypothalamic-pituitaryovarian axis and control of the menstrual cycle. In Clinical Reproductive Medicine and Surgery: A Practical Guide, 2 ed., pp. 31–42.

Botteri E, Støer NC, Sakshaug S. (2017). Menopausal hormone therapy and colorectal cancer. BMJ Open;7:e017639.

Bozkurt, Ö. D. & Sevil, Ü. (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam . Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , 3 (4).

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. Global cancer statistics (2018). GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6): 394- 424.

Bray F, Ferlay J, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics (2018). GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA Cancer J. Clin. 68 (6) 394–424.

Braun M. (2016). Overbeek-Wager E and Grumbo R. “Diagnosis and management of endometrial cancer,” American Family Physician, vol. 93, no. 6, pp. 468–474.

Bromberger JT. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of women’s health across the nation (SWAN). Menopause 20, 488–495.

Bromberger JT. (2007). Depressive symptoms during the menopausal transition: the study of women's health across the nation (SWAN). *J. Affect. Disord.* 103, 267–272.

Bussard KM, Mutkus L, Stumpf K.(2016). Tumor-associated stromal cells as key contributors to the tumor microenvironment. *Breast Cancer Res* 18, 84.

Cancer Statistics for the UK, (2018). (Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics-for-the-uk> ,Erişim tarihi: 22.04.2022)

Cancer Today, Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020, (Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/home> , Erişim tarihi: 09.01.2021)

Carlson MJ, Thiel KW, Yang S. (2012). Catch it before it kills: progesterone, obesity, and the prevention of endometrial cancer. *Discov Med* 14, 215–222.

Caruso A, Vigna C, Gremigni P. (2017). The cancer worry scale revised for breast cancer genetic counseling. *Cancer Nurs.*

Cervellati C, Bergamini CM. (2016). Oxidative damage and the pathogenesis of menopause related disturbances and diseases. *Clin. Chem. Lab. Med.*, 54, 739–753.

Chen GC, Chen SJ, Zhang R. (2016). Central obesity and risks of pre- and postmenopausal breast cancer: a dose–response meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev* 17, 1167–1177.

Chir Pol P, Migaczewski M, Matłok M ,Major P, Pędziwiatr M, Budzyński P, Winiarski M, Ostachowski M, Budzyński A, Rembiasz K. (2013). Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of gallbladder polypoid lesions--15 years of experience.

Clarke M, Long B, Morillo A, Arbyn M, Bakkum-Gamez J and Wentzensen N. (2018). “Association of endometrial cancer risk with postmenopausal bleeding in women: a systematic review and meta-analysis,” *JAMA Internal Medicine*, vol. 178, no. 9, pp. 1210–1222.

Clarke JN, Everest MM.(2006). Cancer in the mass print media: fear, uncertainty and the medical model. *Soc Sci Med.* 62(10):2591-600.

Clinton S, Giovannucci E, Hursting S. (2020). The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions, *J.Nutr.* 1;150(4):663-671.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, “Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies,” *The Lancet Oncology*, vol. 13, no. 11, pp. 1141–1151, 2012.

Costanian, C., McCague, H., & Tamim, H. (2017). Age at natural menopause and its associated factors in Canada. *Menopause, The Journal of The North American Menopause Society* Vol. 25, No. 3, pp. 000-000.

Daley, A., Thomas, A., Roalfe, A., Stokes-Lampard, H., Coleman, S., Rees, M., ... MacArthur, C. (2014). The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(4), 565–575.

Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M. (2015). Menopause. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15004.

Dhanoya T, Sievert LL, Muttukrishna S. (2016). Hot flushes and reproductive hormone levels during the menopausal transition. *Maturitas* 89, 43–51.

Dunneram Y, Greenwood DC, Burley VJ. (2018). Dietary intake and age at natural menopause: results from the UK Women’s Cohort Study. *J Epidemiol Community Health* 72, 733–740.

Duvarci, S., & Pare, D. (2014). Amygdala Microcircuits Controlling Learned Fear. *Neuron*, 82(5), 966–980.

Edib Z, Kumarasamy V, Binti Abdullah N, Rizal M, Al-Dubai A. (2016). Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*, 19(6): 14-26

Edmonds DK, Dewhurst JS. (2006). *Dewhurst’s Textbook of Obstetrics and Gynaecology*. vol. 7th. Malden, Mass: Blackwell Pub.

El Khoudary SR. (2016). Increase HDL-C level over the menopausal transition is associated with greater atherosclerotic progression. *J. Clin. Lipidol.* 10, 962–969.

El Khoudary SR. (2015). Cardiovascular fat, menopause, and sex hormones in women: the SWAN cardiovascular fat ancillary study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 100, 3304–3312.58.

Erdemir F. (2010). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 252-256.

Faubion SS, Kuhle CL, Shuster LT. (2015). Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric* 18, 483–491.

Fitch M. Supportive care framework. (2008). *Can Oncol Nurs J.* 18(1): 6-14.

GLOBOCAN. (2020). Database. <https://gco.iarc.fr/> (Erişim tarihi: 07/06/2021).

Gong T, Wang Y and Ma X. (2015). “Age at menarche and endometrial cancer risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies,” *Scientific Reports*, vol. 5, no. 1, Article ID 14051.

Haoula Z, Salman M and Atiomo W. (2012). “Evaluating the association between endometrial cancer and polycystic ovary syndrome,” *Human Reproduction*, vol. 27, no. 5, pp. 1327–1331.

Harlow SD, Gass M, Hall JE. (2012). Executive summary of the stages of reproductive aging workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab* 97, 1159–1168.

Harris, M. (2019). *Sexuality and Menopause: Unique Issues in Gynecologic Cancer. Seminars in Oncology Nursing.*

Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow P, Solomon MJ. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17(8):1117-28.

Hay JL, Buckley TR, Ostroff JS. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psychooncology.* ;14:517–534.

Hayat Tabloları, 2017-2019, Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711> , Erişim tarihi: 09.01.2021)

Hirsch CR, Perman G, Hayes S, Eagleson C, Mathews A. (2015). Delineating the role of negative verbal thinking in promoting worry, perceived threat, and anxiety. *Clin Psychol Sci.*3(4):637-647.

Howe LR, Subbaramaiah K, Hudis CA. (2013). Molecular pathways: adipose inflammation as a mediator of obesity-associated cancer. *Clin Cancer Res* 19, 6074–6083.

Jaspers, L., Daan, N. M. P., van Dijk, G. M., Gazibara, T., Muka, T., Wen, K., ... Kavousi, M. (2015). Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*, 81(1), 93–98.

Jemal A, Miller K, Ma J, Siegel R, Fedewa S, Islami F. (2018). Higher lung cancer incidence in young women than young men in the United States, *N. Engl. J. Med.* 378 (21).

Kaaks R, Lukanova A and Kurzer M. (2002). “Obesity, endogenous hormones, and endometrial cancer risk: a synthetic review,” *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* : A Publication of The American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, vol. 11, pp. 1531–1543.

Key TJ, Appleby PN, Reeves GK. (2013). Sex hormones and risk of breast cancer in premenopausal women: a collaborative reanalysis of individual participant data from seven prospective studies. *Lancet Oncol* 14, 1009–1019.

Landstra JM, Deane FP, Ciarrochi J. (2013). Psychological consequences of cancer screening in HIV. *Curr Opin Oncol.*25(5):526-31.

Lengyel E. (2010). Ovarian cancer development and metastasis. *Am J Pathol* 177, 1053–1064.

Llaverias G, Danilo C, Mercier I. (2011). Role of cholesterol in the development and progression of breast cancer. *Am J Pathol* 178, 402–412.

Lortet-Tieulent, E Renteria, L Sharp, E Weiderpass, H Comber, P Baas, et al. (2015). Convergence of decreasing male and increasing female incidence rates in major tobacco-related cancers in Europe in 1988-2010, *Eur. J. Cancer* 51 (9)1144–1163.

Lu D-L, Le Cornet C, Sookthai D. (2018). Circulating 27-hydroxycholesterol and breast cancer risk: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Natl Cancer Inst* 111, 1–7.

Luque RM, López-Sánchez LM, Villa-Osaba A. (2017). Breast cancer is associated to impaired glucose/ insulin homeostasis in premenopausal obese/overweight patients. *Oncotarget* 8, 81462–81474.

Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, Tzelepis, Fisher RS. A Gold E. (2011). “The timing of the age at which natural menopause occurs,” *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, vol. 38, no. 3, pp. 425–440.

Malara NM, Leotta A, Sidoti A. (2006). Ageing, hormonal behaviour and cyclin D1 in ductal breast carcinomas. *Breast* 15, 81–89.

Matthews, K. A. (2009). Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition? *J. Am. Coll. Cardiol.* 54, 2366–2373.

Minkin, M. J. (2019). Menopause. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*.

Monterrosa-Castro A, Blümel JE, Portela-Buelvas K. (2013). Type II diabetes mellitus and menopause: a multinational study. *Climacteric* 16, 663–672.

Morrell L, Sayuri S, Roger SW, Richard RS. (2017). Cancer as the “perfect storm”? A qualitative study of public attitudes to health conditions. *Health Science Reports.* ;17(1);613.

Muka, T. (2016). Association of age at onset of menopause and time since onset of menopause with cardiovascular outcomes, intermediate vascular traits, and all-cause mortality. *JAMA Cardiol.* 1, 767–776.

Mulholland HG, Murray LJ, Cardwell CR et al. (2008). Dietary glycaemic index, glycaemic load and endometrial and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer* 99, 434–441.

Mungenast F & Thalhammer T. (2014). Estrogen biosynthesis and action in ovarian cancer. *Front Endocrinol (Lausanne)* 5, 192.

Murphy PJ, Marlow LAV, Waller J, Vrinten C. (2018). What is it about a cancer diagnosis that would worry people? A population-based survey of adults in England. *BMC Cancer* .24;18(1):86.

Nair AR & Taylor HS. (2010). The mechanism of menstruation. In *Amenorrhea: A Case-Based, Clinical Guide*, pp. 21–34 [NF Santoro and G Neal-Perry, editors]. New York: Humana Press.

O'Neill S & Eden J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 27, 303– 310.

Özkan M, Akın S. (2017). Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale J Nurs*, 25(3):177-92.

Parker J, Hashmi O, Dutton D et al. (2010). Levels of vitamin D and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 65, 225–236.

Patel S. (2017). Disruption of aromatase homeostasis as the cause of a multiplicity of ailments: A comprehensive review. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 168, 19–25.

Pines A. (2011). Vasomotor symptoms and cardiovascular disease risk. *Climacteric* 14, 535–536.

Portman DJ, Gass, M.L. (2014). Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. S0378-5122(14)00242-4.

Purdue-Smithe AC, Whitcomb BW, Szegda KL et al. (2017). Vitamin D and calcium intake and risk of early menopause. *Am J Clin Nutr* 105, 1493–1501.

- Purdue-Smithe AC, Whitcomb BW, Manson JE et al. (2018). A prospective study of dairy food intake and early menopause. *Am J Epidemiol*, 105, 1493–1501.
- Ravid M. (2012). Carcinophobia in clinical research. *Pol Arch Med Weiw*; 122 (Sup1), 65-67.
- Roberts, H., & Hickey, M. (2016). Managing the menopause: An update. *Maturitas*, 86, 53–58.
- Santoro, N., & Johnson, J. (2019). Diagnosing the Onset of Menopause. *JAMA*, 322(8), 775.
- Sapre S, Thakur R. (2014). Lifestyle and dietary factors determine age at natural menopause. *J Midlife Health*. 5(1):3-5. doi: 10.4103/0976-7800.127779.
- Schmidt, C. W. (2017). Age at Menopause: Do Chemical Exposures Play a Role? *Environmental Health Perspectives*, 125(6), 062001. doi:10.1289/ehp2093
- Sekhar TVDS, Medarametla S, Rahman A et al. (2015). Early menopause in type 2 diabetes – a study from a South Indian tertiary care centre. *J Clin Diagn Res* 9, OC08-OC10.
- Sherman S. (2005). Defining the menopausal transition. *Am J Med* 118, 3–7
- Siegel D, Fedewa S, Henley S and Pollack L. (2021). Proportion of never smokers among men and women with lung cancer in 7 US states, *JAMA Oncol*. 7 (2) 302–304.
- Su HI & Freeman EW. (2009). Hormone changes associated with the menopausal transition. *Minerva Ginecol* 61, 483–489.
- Şentürk S, Bıçak D, Akça D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı, *Sağlık akademisyenleri derneği*.
- Taddei S. (2009). Blood pressure through aging and menopause. *Climacteric* 1, 36–40.
- Tao X, Jiang A, Yin L, Li Y, Tao F and Hu H. (2015). “Body mass index and age at natural menopause: a meta-analysis,” *Menopause* (New York, NY), vol. 22, no. 4, pp. 469–474.

Thaung Zaw JJ, Howe PRC, Wong RHX.(2018). Postmenopausal health interventions: Time to move on from the Women's Health Initiative? Ageing Res. Rev. 48, 79–86.

Türkiye'de kanser istatistikleri, (Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr> Erişim tarihi:15.03.2022).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ana Rapor (Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf , Erişim tarihi: 09.01.2021).

Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. (1998). Turkish Version of The Beck anxiety inventory: psychometric properties. J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly;12:28-35

Uner, F. O.,& Korukcu, O. (2020). A prevalence and psychometric study on fear of cancer in women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. Psycho-Oncology, 29(11), 1850-1855.

Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. (2005). Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri Dergisi. 8: 109-115.

Vrinten C, van Jaarsveld CH, Waller J, von Wagner C, Wardle J. (2014). The structure and demographic correlates of cancer fear. BMC Cancer. 14:597.

Vrinten C, Waller J, Von Wagner C, Wardle J. (2015). Cancer fear: facilitator and deterrent to participation in colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 24:400–5.

Wang M, Gong WW, Hu RY et al. (2018). Age at natural menopause and associated factors in adult women: findings from the China Kadoorie Biobank study in Zhejiang rural area. PLoS ONE 13, e0195658.

Weber MT, Maki PM & McDermott MP. (2014). Cognition & mood in perimenopause: a systematic review & meta-analysis. J. Steroid Biochem. Mol. Biol. 142, 90–98WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s.

WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization; 1996 [cited 2021 Jan 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41841>

Winette T A, Graaf VD, Prins JB, Husson O. (2017). Prevalence and correlates of high fear of cancer recurrence in late adolescents and young adults consulting a specialist adolescent and young adult (AYA) cancer service. *Support Care Cancer*. 26(5): 1479–1487.

Woods NF et al. (2008). Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle midlife women’s health study. *Menopause* 15, 223–232. 26.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007). Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Available at dietandcancerreport.org.

Wu Q, Li Y, Tu C et al. (2015). “Parity and endometrial cancer risk: a meta-analysis of epidemiological studies,” *Scientific Reports*, vol. 5, Article ID 14243.

Yılmaz M, Yazgı ZG. (2013). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 60-70.

Yoneda A, Lendorf ME, Couchman JR et al. (2012). Breast and ovarian cancers: a survey and possible roles for the cell surface heparan sulfate proteoglycans. *J Histochem Cytochem* 60, 9–21.

9. EKLER

EK 1- KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş:
2. Menopoza girdiniz mi?
Evet () ise ;
Menopoza girme yaşıınız :....
Hayır ()
3. Eğitim durumu: a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise
e) Üniversite f) Lisansüstü
4. Gelir getiren bir işte çalışma durumu: a) Evet b) Hayır
5. Aylık gelir:
6. Medeni durum: ()Evli ()Bekar
7. Toplam gebelik sayısı:
8. Toplam yaşayan çocuk sayısı:
9. Kronik bir hastalığınız var mı?
() Evet
() Hayır
10. Zararlı alışkanlıklar: Sigara: Evet () Hayır() Alkol: Evet() Hayır()
Diğer:..... Yok()
11. Şu an kadın doğum polikliniğine başvuru şikayetiniz nedir?
.....
12. Fiziksel bir sağlık probleminiz var mı?
() Evet () Hayır
13. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde takip düzeniniz nasıldır?
Düzenli takibim yok () 6 ayda bir () yılda bir () düzensiz ()
14. Menopoza girme şekliniz nedir?
Doğal () Cerrahi ()
15. Menopoz ile ilgili şikayetleriniz var mı?
() Evet
() Hayır
16. Menopoz şikayetleriniz ne zamandır devam ediyor?.....

17. Menopoz şikayetleri için hiç tedavi aldınız mı ya da ilaç kullandınız mı?.....

18. İçinde bulunduğunuz süreçte yakınlarınızın yeterli psikolojik desteğini hissediyor musunuz?

() Evet () Hayır () Kısmen



EK 2- BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- ☐ Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- ☐ Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Sıcak/ ateş basmaları

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- ☐ Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- ☐ Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Bacaklarda halsizlik, titreme

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- ☐ Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- ☐ Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Gevşeyememe

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- ☐ Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- ☐ Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Çok kötü şeyler olacak korkusu

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Baş dönmesi veya sersemlik

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Kalp çarpıntısı

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Dengeyi kaybetme duygusu

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Dehşete kapılma

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Sinirlilik

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim

- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Boğuluyormuş gibi olma duygusu

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Ellerde titreme

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Titreklik

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Kontrolü kaybetme korkusu

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Nefes almada güçlük

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Ölüm korkusu

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Korkuya kapılma

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Baygınlık

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Yüzün kızarması

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim
- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım

Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

- Hiç
- Hafif düzeyde beni pek etkilemedi
- Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim

- Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım



EK 3- KANSER KAYGI ÖLÇEĞİ

	Neredeyse hiç	Bazen	Çoğu zaman	Nerdeyse her zaman
1.Kansere yakalanma olasılığınız hakkında ne sıklıkta düşünürsünüz?	☐	☐	☐	☐
2.Bu düşünceler ruh halinizi etkiler mi?	☐	☐	☐	☐
3.Bu düşünceler günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme becerilerinizi etkiler mi?	☐	☐	☐	☒
4.Bir gün kanser olma ihtimalinizden ne kadar endişelenirsiniz?	☐	☐	☐	☐
5.Kanser gelişmesi hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
6.Bu kaygı sizin için ne kadar büyük bir sorundur?	☐	☐	☐	☐
7.Aile üyelerinde kanser gelişme olasılığı hakkında ne sıklıkta kaygılanıyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
8. Ameliyata ihtiyaç duyacağınız konusunda ne kadar endişelisiniz?	☐	☐	☐	☐

Cancer Worry Scale-Eng. (8 items), © E.M.A. Bleiker, NKI-AVL, Amsterdam, The Netherlands, 2012

EK4- ETİK KURUL ONAYI

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

2021

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Öznur KÖRÜKÇİ		
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Premenopoz ve Menopoz Döneminde Olan Kadınlarda Anksiyete ve Kansere Olma Korkusu: Karşılaştırmalı Bir İnceleme		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK-	244	Tarih: 05.05.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Ancak; Covid-19 hastalığı ile ilgili yapılacak ve HSYS verilerinin kullanılacağı bilimsel araştırmalar için covid-19 bilimsel araştırma değerlendirme komisyonu onayı ve etik kurul kararı ile birlikte birden fazla ili kapsayan çalışmalarda Halk sağlığı genel müdürlüğüne, sadece tek ilde yapılacak çalışmalarda ise İl Sağlık müdürlüğü toplum sağlığı birimine başvuru yapılması gerekmektedir.		

EK.5 – KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.10.2021-197834



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90953153-772.02
Konu : Araştırma İzni(Büşra
BAYRAKTAR)

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 07/10/2021 tarihli ve 77597247-E-50913635-302.14.03-189527 ilgi sayılı yazısına da Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra BAYRAKTAR'ın "Premenopozal ve Menopoz Döneminde Olan Kadınlarda Anksiyete ve Kansere Olma Korkusu: Karşılaştırmalı Bir İnceleme" adlı çalışmanın müdürlüğümüze bağlı S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapabileceği uygunluğu sorulmaktadır. Söz konusu çalışmanın yapılabilmesi için öncelikli olarak araştırmanın yapılacağı hastaneden ön izin formu ile onay alınması, daha sonra ekte sunulan başvuru formları ile Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Komisyonuna başvuru yapılması durumunda çalışma değerlendirilecektir.

İlgili araştırmacıya konu ile ilgili bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

EKLER:

- 1- Bilimsel araştırma çalışmaları başvuru formu YENİ
- 2- Bilimsel Araştırma Protokol Formu

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Büşra	Uyruğu	T.C
Soyadı	BAYRAKTAR	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise		
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire		

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce		

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: