



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PELVİK AĞRI ETKİ ANKETİ'NİN
(THE PELVIC PAIN IMPACT QUESTIONNAIRE)
TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Tuğçe Keziban KURT

Ocak 2020

İZMİR

T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PELVİK AĞRI ETKİ ANKETİ'NİN
(THE PELVIC PAIN IMPACT QUESTIONNAIRE)
TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğçe Keziban KURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Betül TAŞPINAR

İzmir, 2020



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KABUL VE ONAY

Tuğçe Keziban KURT tarafından hazırlanan “Pelvik Ağrı Etki Anketi’nin (The Pelvic Pain Impact Questionnaire) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği” başlıklı bu çalışma, 09/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oy çokluğuyla başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman : Doç.Dr.Betül TAŞPINAR

Üye : Doç.Dr.Özlem ÇINAR ÖZDEMİR

Üye : Doç.Dr.Özge ÇELİKER TOSUN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

__ / __ /2020

Prof. Dr. Reyhan İRKİN
Enstitü Müdür Vekili

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Tuğçe Keziban KURT

İmza :



ÖZET**PELVİK AĞRI ETKİ ANKETİ'NİN
(THE PELVIC PAIN IMPACT QUESTIONNAIRE)
TÜRKÇE VERSİYONUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

KURT, Tuğçe Keziban

Yüksek Lisans Tezi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon ABD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Betül TAŞPINAR

Ocak 2020, 70 Sayfa

Çalışmamız Jane Chalmers ve ark. tarafından geliştirilen Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) anketinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmek amacıyla planlandı.

Çalışmamıza yaş ortalaması $43,67 \pm 11,71$ yıl olan 110 pelvik ağrılı kadın dahil edildi. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri sosyo-demografik bilgi formu kullanılarak kaydedildi. Çalışmamızda katılımcıların ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemek için McGill-Melzack Ağrı Anketi (MPQ), ağrı şiddeti ölçüm yöntemi olarak Görsel Analog Skalası (GAS), yaşam kalitelerini incelemek için (Kısa Form-36) SF-36 anketi kullanıldı. Katılımcıların jinekolojik hikayelerini de içeren demografik ve tanımlayıcı verileri kaydedildikten sonra en sık yaşadıkları şikayetlere bakıldığında %63,6 ile en sık kabızlık olduğu belirlendi. Pelvik ağrı süresi 5 yıldan az olan katılımcıların oranı %68,2 olarak bulundu. Ortalama GAS puanı $4,54 \pm 1,89$ bulundu ama son 7 gün içindeki GAS puanları değerlendirildiğinde en yüksek olarak aktivite esnasındaki GAS puanı $6,10 \pm 1,97$ olarak tespit edildi. McGill puanı ile pelvik ağrı etki anketi arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulundu. SF-36'nın alt boyutları olan fiziksel sağlık puanı ve mental sağlık puanı ile pelvik ağrı etki anketi arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon saptandı. Sorular arasındaki korelasyonlar incelendiğinde, sorular arasındaki minimum korelasyon 0,746 ve maksimum korelasyon 0,770 olarak hesaplandı. Elde edilen değerlere göre sorular arasındaki korelasyonun iyi düzeyde olduğu belirlendi. Anketin cronbach alpha skoru ise 0,920 olarak hesaplandı.

Bu çalışmanın sonuçları Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) anketinin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğunu ve Türkiye'de kronik pelvik ağrının değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında kullanılabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik Ağrı, Yaşam Kalitesi, Anketler, Sonuçların Tekrarlanabilirliği

ABSTRACT**VALIDITY AND RELIABILITY OF TURKISH VERSION OF PELVIC PAIN IMPACT QUESTIONNAIRE**

KURT, Tuğçe Keziban

M.Sc. Thesis Phsiotherapy and Rehabilitation Department

Supervisor: Doç. Dr. Betül TAŞPINAR (PhD)

January 2020, 70 Pages

Our study was planned to investigate the validity and reliability of Turkish version of Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) developed by Jane Chalmers et al.

One hundred and ten women with pelvic pain were included in the study and mean age was 43.67 ± 11.71 . Descriptive characteristics of the participants were recorded using the socio-demographic information form. In this study, McGill-Melzack pain questionnaire was used to determine the location, duration, intensity and features of the pain, Visual Analog Scale (VAS) was used for measurement of pain intensity and Short Form-36 (SF-36) questionnaire was used for analyzing the participants' quality of life. After demographic and descriptive data including the gynecological histories of the participants were recorded, the most common complaint was constipation with %63.6 rate. The rate of participants who had pelvic pain duration less than five years was found as %68.2. The mean VAS score was 4.54 ± 1.89 , however when the VAS scores of the last 7 days were assessed the highest score was the pain during activity which founded as 6.10 ± 1.97 . A high correlation was found between the McGill scores and the pelvic pain impact questionnaire score. A high-level negative correlation was found between the SF-36's sub-dimensions, physical health score and mental health score, and the pelvic pain impact questionnaire. When the correlations between the questions were examined, the minimum correlation between the questions was calculated as 0.746 and the maximum correlation was 0.770. According to these values, it was determined that the correlation between the questions was at a good level. Cronbach alpha score of the questionnaire was determined as 0.920.

The results of this study were showed that Turkish version of Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) is valid and reliable and it can be used for assessment and treatment planning of chronic pelvic pain in Turkey.

Keywords: Pelvic Pain, Quality of Life, Surveys and Questionnaires, Reproducibility of Results,

TEŞEKKÜR

Güler yüzüyle, enerjisiyle başladığımız günden beri desteğini hep hissettiğim bana çok şey öğreten, hayatımdaki en güzel kazançlardan olan danışmanım **Doç. Dr. Betül TAŞPINAR'** a ve bilgisini, yardımlarını cömertçe sunan **Doç. Dr. Ferruh TAŞPINAR'**a edeceğim teşekkürler az kalır.

Dünya sarsılsa bile beni sakin tutabilen, hayatıma ışık saçan, varlığı huzur kadına, candan ötem anneme ve dünya beni yıkamazsın dedirten adama, babama ithafen...

Kardeşlerim, sorumluluk sahibi olmayı, güçlü kalabilmeyi, öğrettiğiniz, düştüğüm zamanlarda ayağa kalkma nedenim olduğunuz için teşekkür ederim diğer yarılarım.

Bu mesleğe sahip olmamı, bu tezi yazmamı, kendim olarak varolmamı sağlayan, bana hayati öğreten canım anneannem ve dedeme çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca her hafta benimle uğraşan, beslenmemden ulaşımına kadar düşünen, gece yaruları benle otogara taşınan **Ayşegül ve Cüneyt ÇİFTÇİ** çifti iyi ki varsınız.

Akademik camiada yer almamı benden çok isteyen **Merve İKİZ** çok teşekkür ederim.

Araştırmalarımı kolaylaştırmak için verdiği uğraşlar ve hasta bulmamdaki desteklerinden dolayı **Elif FİDAN ÇAM'** a çok teşekkür ederim.

Bu yolculukta bana destek olan, güç veren tüm aileme, arkadaşlarıma ve eğitim hayatım boyunca emek veren tüm hocalarıma çok teşekkür ederim.

Son olarak **Damla ÖZMEN**, bu yolculukta ilk adımımı atmamı sağlayan, devamında da hep yanımda duran, tökezlediğimde, düştüğümde beni kaldıran, cesaretlendiren hemdemim çok teşekkür ederim.

Tuğçe Keziban Kurt

2020, İzmir

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
TEŞEKKÜR	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
TABLolar DİZİNİ	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Amaç.....	2
2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1.Kronik Pelvik Ağrı	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2.Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Nöroanatomi	5
2.1.3.1. Ağrının iletimi ve algılanması.....	5
2.1.3.2.Kronik ağrıda santral sensitizasyon	6
2.1.4. Ağrı ve kronik pelvik ağrının patofizyolojisi	7
2.1.5.Kronik pelvik ağrı etyolojisi.....	9
2.1.6. Kronik pelvik ağrıyla gelen hastayı değerlendirme	11
2.1.6.1. Hikaye	11
2.1.6.2. Fizik muayene	16
2.1.6.3. Laboratuvar testleri.....	17
2.1.6.4.Kronik pelvik ağrı değerlendirmesinde ölçek kullanımı.....	18
2.1.7 Kronik pelvik ağrı tedavisi	19
2.1.7.1 Medikal tedavi	19
2.1.7.2.Cerrahi yaklaşımlar	19
2.1.7.3.Fizyoterapi yöntemleri	20
2.1.7.3.1.Postural korreksiyon, kas esnekliğinin restorasyonu	20
2.1.7.3.2.Biyofeedback Eğitimi.....	21
2.1.7.3.3.Manuel terapi.....	21
2.1.7.3.4.Egzersiz.....	21
2.1.8. Değerlendirme İçin Kullanılmakta Olan Ölçeklerin Geliştirilmesi: Mevcut Bir Ölçeğin Uyarlanması	22
2.1.8.1. Güvenirlik	23
2.1.8.2. Geçerlik.....	23
2.2.. Hipotezler.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
3.1. Demografik ve Tanımlayıcı Veriler.....	25
3.2. McGill-Melzack Ağrı Anketi (MPQ)	25
3.3. GAS	25
3.4. SF-36	26
3.5. İstatistiksel analiz	26

4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇLAR	38
7.KAYNAKLAR	40
8. ÖZGEÇMİŞ	47
9.EKLER	48
Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	48
Ek-2 Demografik ve Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	51
Ek-3 Görsel Anolog Skala	52
Ek-4 McGill-Melzack Ağrı Anketi	53
Ek-5 Pelvik Ağrı Anketi.....	54
Ek-6 SF-36.....	55



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1: Uluslararası Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu.....	13
Şekil 2.2: Ağrı amaçlı kullanılan görsel analog ağrı ölçeği (GAS).....	18



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1: KPA Sendromları sınıflandırması	10
Tablo 4.1: Demografik veriler	27
Tablo 4.2: Olgulara ait yüzdeler verilerin incelenmesi	28
Tablo 4.3: Olgulara ait Jinekolojik veriler	29
Tablo 4.4: Son 7 gün içerisinde pelvik ağrının GAS a göre değerleri.....	30
Tablo 4.5: Geçerlik için Pelvik Ağrı Etki Anketinin çalışmada incelenen diğer anketlerle ilişkisi	30
Tablo 4.6: Pelvik Ağrı Etki Anketinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı.....	31



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÜD	Avrupa Üroloji Derneği
GAS	Görsel analog skalası
HADS	Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası
KPA	Kronik pelvik ağrı
MAÖ	McGill Ağrı Ölçeği
MPQ	McGill-Melzack Ağrı Anketi
PPIQ	Pelvic Pain Impact Questionnaire
PAEA	Pelvik Ağrı Etki Anketi
PTK	Pelvis taban kaslarında
PUF	Pelvik Ağrı ve Aciliyet/Frekans Anketi
SF-36	Short Form-36
VKİ	Vücut kitle indeksi

1. GİRİŞ

Kronik pelvik ağrı (KPA), çok yaygın olarak karşılaşılan bir klinik problemdir. 6 aydan uzun süre devam eden, nonsiklik, pelvise veya umblikusun altında anterior abdominal duvara ve kalçaya lokalize olan ve fonksiyonel olarak rahatsızlık yaratan veya tıbbi tedavi gerektiren şiddetli pelvik ağrılardır (ACOG 2004).

Kronik pelvik ağrı (KPA) dünya genelinde kadınlarda %5.7 - %26.6 aralığında (Ahangari 2014), ülkemizde ise %12,2 oranında görülmektedir (Özdemir 2012). KPA prevelansı astım ve bel ağrısı prevelansları ile karşılaştırılabilecek düzeydedir (Ahangari 2014). KPA'da çeşitli etyolojik faktörlerle ilişkili olarak birçok semptom görülür. (Fall ve ark. 2010). Kadınların yaşam kalitesini, duygu durumunu, iş ve aile hayatını etkilemektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada KPA'lı kadınların %36'sının ağrısı nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, %56'sının ise doktora başvurmadan ağrı kesici ilaç kullandığı bildirilmiştir (Özdemir 2012). Literatürde KPA tedavisinde analjezik kullanımı, hormon tedavisi, fizyoterapi, psikolojik tedavi ve cerrahi yöntemler (Vincent, 2009) yer alsa da klinikte bu hastaların tedavi ihtiyacı tam olarak karşılanamamaktadır. Bu nedenle KPA'lı olguların tedavisinde tüm semptomlar göz önüne alınarak bütüncül bir yaklaşım sergilenmelidir.

Kadınlarda KPA sık karşılaşılan, hastanın yaşam kalitesini önemli derecede düşüren bir sağlık problemidir. KPA hastaların günlük aktivitelerini kısıtlar ve cinsel yaşamlarında sorunlara neden olur. Ağrı pelvik bölgede yer alan çok sayıda organdan kaynaklanır. KPA bu bölgede yer alan genital organlar, pelvik taban kas yapısı, üriner organlar ve gastrointestinal organlardan kaynaklanabildiği gibi, nöropsikiyatrik sistem gibi başka sistemlerden de kaynaklanabilmektedir (Küçük 2010). Pelvik inflamatuvar hastalıklar, pelvik adezyonlar, endometriyozis, overyan kalıntı ve overyan retansiyon sendromu, pelvik konjesyon sendromu gibi jinekolojik nedenler ve irritabl bağırsak sendromu, myofasyal ağrı sendromu, psikososyal faktörler gibi jinekolojik olmayan nedenler kronik pelvik ağrıya neden olurlar (Howard 2012).

1.1. Amaç:

Literatürde KPA'lı olgularda yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Pelvik ağrının teşhisindeki problemler, uzman görüş farklılıkları, değerlendirmedeki eksiklikler ve literatürdeki boşluğun doldurulması amacıyla Jane Chalmers ve ark. tarafından Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) geliştirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, "Pelvic Pain Impact Questionnaire" anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmektir. Böylece Ülkemizde de KPA'nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında bu anketin kullanılması sağlanarak klinisyen ve hasta görüşünün birlikteliğinin önemi vurgulanacaktır.



2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kronik Pelvik Ağrı

2.1.1. Tanım

Kadınların fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkileyen, kronik pelvik ağrının (KPA) farklı tanımları bulunmaktadır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Cemiyeti tarafından “en az 6 aydır devam eden, döngüsel olmayan, pelvis, umblikusun altında anterior abdominal duvar, bel ya da kalçaya lokalize, fonksiyonel kısıtlılık yaratabilecek ya da tıbbi tedavi gerektirebilecek kadar şiddetli olan ağrı” şeklinde tarif edilmiştir (Andrews et al., 2012). Royal Obstetri ve Jinekoloji Cemiyeti ise bir tanımdan çok semptom olarak değerlendirerek “pelvis ya da alt batına lokalize en az 6 aydır sürmekte olan menstruasyon, koitus ve gebelikle ilgisi bulunmayan aralıklı veya devamlı ağrı” şeklinde belirtmiştir (Kennedy & Moore, 2005). Kadınlarda görülen en yaygın medikal problemlerden biri olan KPA bir hastalık olmaktan çok aslında bir semptom veya semptom grubu gibi kabul görmektedir (Bezzina, Smith, Cromwell, & Eagar, 2005; Bordman & Jackson, 2006; Grace & Zondervan, 2004; Tettambel, 2007; Wallach, Eisenberg, Green, & Scheib, 2015; Zondervan et al., 1999). KPA suprapubik bölge, inguinal, üretral, penil klitoral, perineal, rektal, sırt bölgesi, kalçalar ve uyluk bölgelerini içermektedir (Vincent, 2009).

KPA, pelvik bölgede birçok sistemden etkilenebildiği için farklı sistemlere ait semptomlar gösterebilen karışık tabloları anlatmak amacıyla kullanılmakta olan geniş yelpazesi olan bir terimdir (Yosef et al., 2016). Klinik açıdan değerlendirildiğinde kapsamakta olduğu tanı yelpazesi çok geniştir. Bunlardan bazıları piriformis sendromu, vulvodinya, vestibulodinya, disparoni, vajinismus, endometriozis, intersitisiel sistit, sakroilyak eklem disfonksiyonu, femoral sıkışma sendromu, ağrılı mesane sendromu, pudental nöralji olarak sayılabilir (Bradley, Rawlins, & Brinker, 2017).

KPA, sağlık bakım verenlerinin karşılaştıkları en zor problemlerden biri olup reproduktif çağda bulunan kadınların doktora başvurma nedenlerinin ciddi bir kısmını oluşturur (Halime & BEJİ). ABD’de, bu problem bir jinekoloğa tüm ayaktan sevklerin yaklaşık % 10’una tekabül etmektedir. Tanısal ve terapötik cerrahi için yaygın bir endikasyondur (Reiter, 1990). Benign hastalık için gerçekteştirilmiş olan histerektomilerin yaklaşık % 20’si ve jinekolojik laparoskopilerin en azından % 40’ı için en önemli endikasyon olarak düşünölmektedir (Howard, 1993).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Kronik pelvik ağrı kadın ve erkek cinsiyet, yaş, ırk ve coğrafya farketmeksizin görölebilmektedir (Wallach et al., 2015). Kadınlarda çoğunlukla reproduktif çağda görölse de erken adölesan ve postmenopozal dönemde de görölebilir (Demir, 2006). Çoğu kadın bu ağrıyı yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmekte ve yardım istememektedir. Tanım ve etyolojisindeki çeşitlilik nedeniyle görölme oranını tespit etmek zordur.

Yapılan çalışmalara göre KPA sıklığı ölkelere göre değişmekle birlikte dünya genelinde kadınlarda %5,7-26,6 aralığında görölmektedir. 2014’de Dünya Sağlık Örgütü’nin yayınlamış olduğu bir çalışmada KPA’nın görölme sıklığı reproduktif çağdaki kadınlarda %14-24 arasında değişiklik göstermekteyken kadınların %14’ü hayatı boyunca en az bir defa KPA’yı deneyimlemişlerdir (Ahangari, 2014). İtalya’da 20-50 yaşlarındaki 635 kadında yapılmış olan bir çalışmada orta-ağır şiddette KPA için % 4’lük bir prevalans tespit edilmiştir (Lippman et al., 2003). İngiltere’deki 136 birinci basamak hekimlerinin hasta kayıtlarında yapılan bir incelemede de 12-70 yaşlarındaki 284.162 kadın arasında % 4’lük bir KPA prevalansı gözlenmiştir (Zondervan et al., 1999). Bu popölasyondaki KPA prevalansı migren, sırt ağrısı ve astımdakine benzer bulunmuştur. 18-50 yaşları arasındaki kadınlarda KPA prevalansını araştırmak için tasarlanmış Yeni-Zellanda’daki bir popölasyona dayalı çalışma, incelenen 1160 kadının % 25’inin üç aylık bir süre sonrasında KPA bildirdiği ortaya konulmuştur (Grace & Zondervan, 2004).

Türkiye’de ise Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda KPA prevalansının %12,2 olduğu belirlenmiştir (Özdemir, Özerdoğan, & Ünsal). Türkiye’de doktorların KPA farkındalığı halen Amerika ve Avrupa ölkelerindeki gibi yaygın olmadığı için hastalar jinekolojik, ürolojik veya gastrointestinal sistemlerin herhangi birinde daha çok rahatsızlık duydukları şikayetlerini göz önüne alarak başvurmuş oldukları hekimlerden tanılarını almaktadırlar. Hastalar genellikle şikayetlerine uyum

sağlayarak hekime başvuramazlar, başvuranlar ise organik sebep olmadığı için tanı alma süreleri uzun sürebilmektedir. Hekime başvurup tanı alsalar dahi çoğunluğu kapsamlı bir tedaviye erişemezler. Ayrıca etkinlikleriyle ilgili yeterli düzeyde bilimsel kanıtı olmayan medikal uygulamalar ve cerrahi işlemler tedavi seçenekleri içinde değerlendirildiğinde ilk iki sırayı oluşturmaktadır (Shin & Howard, 2011).

KPA'lı kadınlar arasında depresyon, anksiyete multi-psikolojik bozukluklar, somatik bozukluklar en sık görülen psikolojik problemlerdir (Dick, 2004). KPA iş devamlılığının bozulması, fertilitenin etkilenmesi, kadınların sosyal rollerini gerçekleştirmedeki zorluklar, ilaç ve cerrahi gereksinimi nedeniyle ekonomik maliyete sebep olur (Ahangari, 2014).

2.1.3. Nöroanatomi

2.1.3.1. Ağrının iletimi ve algılanması

Periferik sinirlerin içinde motor nöron, sempatik post-ganglionik nöron ve primer sensoryal afferentler bulunur. Primer sensoryal afferentlerde bulunan sinir lifleri iletim hızları, büyüklükleri ve iletmis oldukları mesajların çeşidine göre 3 grupta toplanmaktadır. Büyük ve hızlı iletim yapanlara A- β lifleri denir ve ağrısız duyu mesajları iletimde engelleyicilerdir. Bunlar ağrılı bölgenin hafif bir şekilde sızlanmasıyla geçici bir şekilde ağrının daha hafif hissedilmesini sağlar. İnce miyelinize A- δ lifleri ve miyelinizsiz C-lifleri ise ağrı duyularını iletmekle görevli olup bunlara "nosiseptör" denmektedir (Sherwood, Williams, & Prough, 2004; Uyar & Köken, 2017).

Nosiseptörler diğer nöronlardan farklı bir şekilde daha düşük hızla iletim yapmakta ve tekrarlanan uyarılar karşısında adaptasyon özelliği bulunmamaktadır. Bu yüzden tekrarlanan dokunma sinyalleri sinirlerde desensitizasyona neden olur ve dokunma hissinin zaman içinde daha az hissedilmesini sağlar. Bunun tersi şekilde devamlı ağrı sinyallerinin iletiminin olması halinde sinirlerde sürekli bir şekilde uyarılma gerçekleşir ve sensitizasyon oluşur (Winn, 2017). Ağrı sinyali öncelikle medulla spinalise ulaşmakta ve sonrasında beyine iletilmektedir. Ağrı sinyalleri A- δ ve C-lifleriyle öncelikle dorsal spinal köke iletilir ve sonrasında süperfisyal dorsal boynuza gönderilir. Lamina 1 denilen bölgeden gelen bağlantılarsa bunları substantia gelatinosa'ya dağıtmaktadır. Beyinden medulla spinalise doğru ilerleyen dorsolateral funikulardan çıkan sinyaller ve intermediyer nöronlar bu düzeyde ağrıyı modüle etmekte

görevlidirler. Buradaki 2. nöronların medulla spinalisi çaprazlamasının ardından ağrı sinyali lateral spinothalmik traktus aracılığıyla talamusa gitmektedirler. Talamusta bulunan 3. nöronlarsa somatosensoryal kortekse gidip burada ağrının bilinçli bir şekilde algılanabilmesini sağlamaktadırlar. Ağrı sinyallerinin talamusa iletilmesinin ardından limbik sistem ve prefrontal korteksten çıkan sinyal ağrının algılanabilirliğini etkileyebilmektedir. Korteksten gelen iletilerse hafıza ve öğrenmenin ağrının algısında ne şekilde değişikliklerin olabileceğini göstermektedir (Uyar & Köken, 2017).

Medulla spinaliste olan ağrı iletiminde substans-P, glutamat ve kalsitonin geni- ilişkili peptid rol oynuyorken beyinden medulla spinalise gelen yollardan salgılanmakta olan serotonin, norepinefrin, opioidler ağrı modülasyonunda görevlidirler. Diğer yandan limbik sistem de ağrının beyin tarafından algılanmasında etkili olabilir. Ağrı hafızasında ve algısında etkili olan bir diğer yapı nöroplastisite ile, dendritlerde dallanmanın artması, boylarında uzama, yeni sinaps oluşumu ve var olan sinapsların etkinliklerinin değişmesi, buna ilaveten yeni nöron oluşumu, hayatta kalımı ve stres altında bozulmaya karşı dirençlerinin artması sağlanır (Uzday, 2004). Nöroplastisite beynin öğrenme, hatırlama ve unutma yeteneklerinde etkili bir mekanizmadır. Bu yüzden nöroplastisiteye daha çok hipokampus, amigdala, frontal korteks gibi beyin bölgelerinde rastlanmaktadır. (MA, Bonaguidi, & Song, 2009). Bunun sonucunda bilişsel tedavi ve stres yönetimi vb. metotlar kronik ağrıyı azaltmada yararlanılan tedavi seçeneklerindedir. Sonuç olarak ağrı öncelikle hasara uğramış alandan ağrıya duyarlılığı olan sinir liflerine aktarılmaktadır (transdüksiyon). Sonrasında ise medulla spinalise iletilip (transmisyon) orada santral sinir sistemi ve medulla spinaliste bulunan farklı yollar ile etkileşime girerek değiştirilebilirler (modülasyon). Bundan sonra da beyine iletilerek algılanırlar (persepsiyon) (Cohen & Mao, 2014). KPA'nın tedavisi için kullanılmakta olan bütün medikal ve cerrahi tedaviler aslında sayılan dört aşamaya etki göstermektedirler. Örneğin interstisyel sistit tedavisinde kullanılmakta olan intravezikal lidokain ve endometrioziste kullanılan tedaviler transdüksiyon aşamasındaki ağrıyı engellemektedirler. Endometriyozis hastalığında kullanılmakta olan presakral nörektomi transmisyon aşamasındaki ağrıyı engeller. Visseral ağrı sendromunda kullanılmakta olan opioidler ağrı modülasyonunu ve pelvik konjesyon sendromunda kullanılabilen kognitif tedavi persepsiyonu engelleyerek etki etmektedirler (Özerdoğan & Ünsal, 2016).

2.1.3.2. Kronik ağrıda santral sensitizasyon

Doku iyileşmesinin bitmesinin ardından ağrı şikayetleri devam etmekteyse santral sinir sisteminin aktivasyonu ağrı sürdürülmektedir demektir. Normal şartlar altında bir nöronun gelen presinaptik nöronal sinyal, postsinaptik aktivasyonun ardından belli bir düzeyde sinyal çıkışı sağlar. Kronik ağrılı hastalarda ise dorsal boynuzda bulunan nöronlarda sensitizasyon meydana gelir ve postsinaptik sinyal çıkışları periferik nosiseptörlerden gelen sinyallerden daha çok olur. Bunun sonucunda ağrı eşiği azalarak ağrının asıl köken aldığı bölgenin sınırlarını aşarak daha geniş bir alanda hissedilmesine yol açar. Sonuç olarak sensitize olan ağrının 3 önemli niteliği oluşur; hiperaleji (ağrılı uyarana karşısında cevabın fazla olması), alodini (ağrı vermeyecek uyarının ağrılıymış gibi algılanması), reseptif alan ekspansiyonu (ağrının asıl kaynaklanmakta olduğu bölgenin fazlasına yayılması). Nöronal sensitizasyon ise aslında medulla spinaliste bulunan 1.nöronun 2.nörona iletiminde görev alan nörotransmitterlerde değişiklikler olur. Devamlı şekilde periferik nöronun uyarılmasıyla presinaptik nöronun salgılandığı glutamatin postsinaptik NMDA (N-metil D-aspartat) reseptörlerini uyarabilme yeteneği artar ve böylece postsinaptik nöronlara kalsiyumun geçişi olur. Bu şekilde ağrı santral nöronlara normalde iletilmesi gerekenin üzerinde bir sayıda iletilir. Pre ve postsinaptik iletimde görülen değişimler esasen ağrının fazla iletilmesine engel olmak amacıyla tedavide kullanılmakta olan NMDA reseptör, kalsiyum kanal ve glutamat blokörü ya da inhibitör GABA yollarını arttıran ilaçların nasıl etki ettiğini de açıklar (Taddio, 1995).

2.1.4. Ağrı ve kronik pelvik ağrının patofizyolojisi

KPA'nın patofizyolojisinde birtakım nörofizyolojik basamaklar yer almaktadır. Ağrı normal şartlar altında "nosiseptif" ve "non-nosiseptif" olarak iki bölümde incelenmektedir. Nosiseptif ağrının özelliği ağrıya duyarlı olan organlardan kaynaklanmaktayken, non-nosiseptif ağrı ise nöropatik ya da psikojenik kökenli olabilir (Wozniak, 2016).

Nosiseptif ağrı, somatik ya da visseral kaynaklıdır. Somatik ağrı; karın duvarı, pelvis, kas, kemik ve eklemlerden kaynaklanmaktadır. Buralarda nosiseptör yoğunluğunun çok olması nedeniyle somatik ağrı lokalize ve keskin olarak hissedilir. Visseral ağrıysa, intraperitoneal organlardan kaynaklanır. Bunlar üzerinde bulunan nosiseptör sayısının daha az olmasından dolayı şüpheli ve lokalize edilemeyen ağrı

olarak algılanır. Ağrı iskemi, distansiyon, hemoraji ya da inflamasyondan kaynaklanabilmektedir. Sempatik lifler aracılığı ile iletilip otonom komponentinin bulunmasından dolayı ağrıyla çoğunlukla bulantı, kusma, terleme vb. şikayetlerle birlikte görülebilir. Bununla birlikte ağrılı uyaran spinal korda dağıldığından farklı dermatomlara aitmiş gibi de algılanabilmektedir ve buna klinikte “yansıyan ağrı” denmektedir (Firdoos, Khan, & Ali, 2017). Visseral nosisepsiyonun farklı nitelikleri bulunur. Visseral organların ortak innervasyonunun olması sebebiyle genital organlardan köken alan ağrı, üriner sistem ya da barsaklardan kaynaklanıyormuş gibi hissedilebilmektedir (visserovisseral yansıma). Bununla birlikte visseral organların somatik yapılar ile ortak innervasyonunun olması da visserosomatik yansımaya, kutanöz/derin doku hiperalejisine ve “refere ağrı” ya yol açar. Diğer yandan genital organlarda olan enflamasyon ve konjesyon, aynı spinal kord bölgesini paylaşmakta olan visseral, deri ve kasta hissedilen ağrıyı arttırmaktadır (visserovisseral hiperaleji). KPA'nın menstrüal dönemde artış göstermesi de buna örnek olarak verilebilir (Wozniak, 2016). KPA'lı kadınlar genellikle genitoüriner, gastrointestinal ya da kas-iskelet sisteminden köken alan şüpheli ve yaygın semptomlardan şikayet etmektedirler (Howard, 2003). Periferden gelen ağrı sinyalleri miyelini olmayan lifler ile spinal korda taşınmaktayken serbest sinir uçları şeklindeki visseral nosiseptörler de uyarıyı iletmekte görevlidirler. Diğer bir deyişle bu lifler somatik ve visseral ağrılı uyarıyı taşıyarak spinal kord somatik uyarılardan etkilenmekte olan afferent verileri de kabul etmektedirler (Visserosomatik konverjans). Böylece büyük bir bölgeden uyarıların alınması sonucunda visseral ağrı yaygın olarak hissedilebilir. Bununla birlikte, miyelinsiz lifler somatik afferentleri uyarma özelliğinde oldukları için her iki taraftan gelen sinyaller de karışıklık olmasına yol açabilmektedir (cross-talk). Bu yüzden pelvik organların herhangi birinden gelen afferent uyaran, başka pelvik organlardan gelen efferent lifleri etkileyebilmektedir. Bu şekilde KPA'daki gibi pelviste bulunan organlardan herhangi birinin inflamasyonu ya da hasarı durumunda görülebilecek şikayetler diğer organların semptomlarıyla karıştırılabilir (organ cross-sensitizasyonu) (Taddio, 1995).

Non-nosiseptif ağrı nöropatik ya da psikojenik kökenli görülebilir. Nöropatik ağrı, santral ya da periferik sinir sistemi hasarı sonucunda yanma ve parestezi vb. semptomlar ile belirti vermektedir. Allodini ve hiperaleji, nöropatik ağrının en önemli özellikleri arasındadır. Bu ağrı çeşidi hasar gören bölgelerden salınmakta olan bazı inflamatuvar mediyatörlerden köken almaktadır. İnflamatuvar mediyatörler, sensorial sinir liflerinin aktivasyonunu ve sensitizasyonunun tetiklenmesine neden olur. Sonuç olarak bütün bu basamaklar ağrılı uyaran karşısında abartılı ağrı tepkisine (visseral

hiperaljezi) yol açmaktadırlar. Diğer yandan östrojenin nörojenik inflamasyonu arttırması ve santral modülasyonu etkilemesi de kadınlarda nöropatik ağrının daha çok görülmesinin nedenini açıklar (Dun, Morozov, & Lakhi, 2015). Bütün incelemeler yapıldıktan sonra hastanın ağrısını açıklayabilecek bir neden bulunamaz ise semptomların psikojenik nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmesi gerekenler arasında yer alır. Psikolojik ve davranışsal etkenlerin ağrı deneyiminde etkili olabildikleri çalışmalarda gösterilmiştir. Tüm bunlar düşünüldüğünde KPA'nın patofizyolojisinde 4 ağrı tipinin yer aldığı söylenebilir. Aslında KPA bu 4 ağrı tipinin sentezlenmesiyle oluşan "mikst" tipte bir ağrı şeklinde de söylenebilmektedir. Aslında nosiseptif ağrı normal dokuların daha çok hasar görmesini engellemek için "koruma" görevi görmektedir, normal ya da fizyolojik ağrı şeklinde de tanımlanabilmektedir (Tu, Senapati, Goldstein, & Roybal, 2016).

2.1.5. Kronik pelvik ağrı etiyojisi

KPA'da ağrının çoklu bölge, etiyojisi ve mekanizma içerebilir olması sınıflamadaki en büyük tartışmadır. Uluslararası birçok cemiyet bu alanda çalışma yapmaktadır. Avrupa Üroloji Derneği (AÜD) tarafından bu konuda kılavuz yayınlanmakta ve güncellenmektedir (Helley et al., 2010). Belli bir organ üzerinde ağrıya neden olacak enfeksiyon veya patoloji tesbit edilemiyorsa "kronik pelvik ağrı sendromu" tanımı kullanılmalıdır. Eğer ağrı bir organ üzerine lokalize oluyorsa daha spesifik bir "son organ terimi", örneğin rektal ağrı sendromu, kullanılır. Ağrı birçok organ üzerine lokalize ise bölgesel ağrı sendromu veya yine kronik pelvik ağrı sendromu kullanılabilir (Engeler, Baranowski, & Borovicka, 2017).

KPA'lı hastaların, genellikle ağrıyla ilişkili organik patolojiyi açıklayacak, gösterilebilen organik bir hasar veya hastalığı yoktur. Bu nedenle bir nedenin araştırılması yerine, ağrının kendisi bir teşhis gibi kabul edilip, çeşitli olası organik durumlar değerlendirilmeli ve KPA'lı birey biopsikososyal yönden bir bütün olarak ele alınmalıdır. Abdomende ve/veya pelviste bulunan her yapı KPA'nın etiyojisinde rol oynayabilir. Bu yüzden üreme sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, periferik ve santral sinir sisteminin hepsi değerlendirme esnasında dikkatle incelenmelidir (Gökıldız, 2009).

KPA hastalarında asıl semptom lumbo-pelvik-kalça bölgesinde hissedilmekte olan ağrı olarak söylenebilir. Ağrının karakteri ve tipi köken aldığı kaynağa ve altta yatan nedene bağlı olarak farklılıklar gösterebilir. Kas-iskelet sistemi ile ilgili olan

ağrılar; bel, sakroiliyak eklem, kalça ve bacağı vuran ağrılar olarak sayılabilir. Üriner sistemle ilgiliyse idrar yapma esnasında ağrı ve yanma olması mesanede doluyken veya boşaldıktan sonra oluşan ağrıdır. Gastrointestinal sistemle ilgiliyse barsak hareketleri ile ağrı, ağrılı defekasyon ve sonrasında hissedilmekte olan karın ağrıları olarak sayılabilir. Genital bölgeyle alakalıysa alt karın bölgesinde hissedilmekte olan visseral ağrılar, cinsel ilişki esnasında ve sonrasında hissedilebilen yüzeysel ve derin ağrılarla genital bölgede hissedilmekte olan ağrılar olarak sayılabilmektedir (Eser, 2006). KPA sendromlarının sınıflandırması Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1: KPA Sendromları sınıflandırması (Vincent,2009; Dalpiaz, 2008; William, 2008):

Sistem Ağrı Sendromu Tanımlanan Son Organ

Ürolojik:	Prostat Mesane Testiküler Epididimal Penil Üretral Postvazektomi
Jinekolojik:	Vulvar Vestibüler Klitoral Endometriosis Dismenore Siklik Alevlenmeli
Gastrointestinal:	İrritable bağırsak Kronik Anal İntermitant Kronik Anal
Periferal Sinirler:	Pudental Ağrı Sendromu
Cinsel:	Disparuni Seksüel disfonksiyonla ilişkili pelvik ağrı
Psikolojik:	Herhangi bir pelvik organ
Muskuloskeletal:	Pelvik Taban Kaslar Abdominal Kaslar Koksiks

2.1.6. Kronik pelvik ağrıyla gelen hastayı değerlendirme

KPA'da pek çok sayıda faktörün etkili olması ve karmaşık doğası nedeniyle tanı konulması ve yönetimi güçleşmektedir. Hastaların neredeyse üçte birine yakını yıllarca takip a

ltında olmalarına karşın kesin tanı alamamakta ve aynı oranlarda da birden çok tanı almaktadırlar (Dietrich, 2010; Giamberardino, Berkley, Iezzi, de Bigontina, & Vecchiet, 1997). Bu durumda hastaların beklentileri ve bunların karşılanma oranları başarıyı etkilemektedir (Moore, Barlow, Jewell, & Kennedy, 1998).


KPA bulunan hastalar standart bir yaklaşımın ötesinde kendilerine özgü bireyselleştirilmiş bir sağlık hizmeti beklemektedirler. Sorunlarını rahat bir şekilde anlatmak, fizyoterapistin dinlediğini ve kendilerini ciddiye aldıklarını hissetmek, durumlarıyla ilgili detaylı ve anlayabilecekleri şekilde açıklamalar duymak ve bunlar sonucunda rahatlama gereksinimi duymaktadırlar (Peters, Trimbo-Kemper, Admiraal, Trimbo, & Hermans, 1992). Genellikle ağrının nedeniyle ilgili kendi fikirleri de bulunan hastaların düşünceleri dikkate alınarak tartışılmalıdır. Beklentilerini karşılamak için hastaya yeteri kadar süre ayrılması ve görüşmelerin planlar yapılarak bir kaç seansa bölünebilmesinin gerekebileceği unutulmamalıdır (Swank et al., 2003). KPA'nın oluşmasında pek çok önemli sistem yer almaktadır (gastrointestinal, ürolojik, jinekolojik, psikolojik, nörolojik, kas-iskelet sistemi) ve bunlar mutlaka değerlendirme esnasında çok titizlik ile incelenmesini gerektirmektedir (Prior, Wilson, Whorwell, & Faragher, 1989). Ayrıntılı ve sistematik bir şekilde tıbbi öykünün alınması ve sistemli bir şekilde fiziksel değerlendirmenin yapılması KPA'nın çok geniş özellikteki ayırıcı tanı penceresinin daraltılmasını sağlamaktadır. Verilerle tanı koydurucu veya olabilecek tanıları dışlayacak laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri veya başka özel tetkiklerin planlanmasının yapılması en kapsamlı ve mantıklı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Dietrich, 2010).

2.1.6.1. Hikâye

Detaylı hikâye alabilmek semptomların nereden kaynaklandığını tespit edebilmek ve doğru tedaviyi planlayabilmek açısından son derece önemlidir. Ayrıntılı hikâye; ağrının başlangıç zamanı, karakteri, şiddeti, yeri, azaltan ve arttıran faktörler vb. ağrının niteliklerini ortaya çıkaracak sorgulamanın yapılması ağrının nereden kaynaklandığını anlayabilmek açısından çok önemli bir yer tutmaktadır. Biyopsikososyal model esas alınarak ağrının hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal,

duygusal ve zihinsel açıdan ne şekilde etkilemekte olduğunu anlayabilmek açısından ağrının hikayesini almak önemlidir. Ağrının iyi lokalize olması dermatomal veya myotomal ağrıları göstermekteyken visseral kaynaklı ağrıların lokalizasyonu iyi değildir (Sexton et al., 2006) Kas-iskelet, genitoüriner, gastrointestinal sistemler ile ilgili sorgulamalar da mutlaka hikayede olmalıdır. Genellikle hastalar bu şikayetlerini anlatmayabilirler veya pelvik alanın kültürel ve psikolojik niteliği nedeniyle olan şikayetleri anlatmaya çekinebilirler. Kapsamlı hikâyede şikayetlere spesifik sorularla birlikte menstruasyon, gebelik ve doğum, mesane ve bağırsak hikayelerini de sorgulamak gereklidir. Hastanın ağrı günlüğü tutması ve birkaç menstrüel siklusun ardından tutulan günlüğün değerlendirilebilmesi yararlı olabilmektedir (Swank et al., 2003). Uluslararası Pelvik Ağrı Topluluğu (International Pelvic Pain Society) pelvik ağrıların değerlendirilebilmesi amacıyla çok ayrıntılı bir form hazırlamış ve telif hakkı uyarısı formun üstünde kalması şartıyla çoğaltılarak kullanılmasına izin vermektedirler. Form; www.pelvicpain.org adresinden indirilebilmektedir.

Şekil 2.1'de uluslararası pelvik ağrı değerlendirme formunun 1. sayfası verilmiştir.



Ulusallararası Pelvik Ağrı Derneği

Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu

Doktor: _____
Tarih: _____

Başlangıç hikayesi ve fizik muayene
 Bu değerlendirme formu başlangıç hasta değerlendirmesi ile ilişkiyi destekleyici yardımcı olmak için tasarlanmıştır ve tanısal bir araç anlamına gelmez.

Betimin bilgileri

Ad: _____ Doğum tarihi: _____ Çizelge numarası: _____
 Tel: İş: _____ Ev: _____ Cep: _____
 Hekimin adisoyadı: _____

Ağrının hakkında bilgi

Lütfen ağrı probleminizi tarif ediniz (eğer gerekiyorsa aynı bir kağıt kullanınız):

Ağrınız neyin/neden olduğunu düşünüyorsunuz?

Ağrınızın başlaması ile ilişkilendirdiğiniz bir durum var mı? Evet Hayır. Varsa, ne? _____

Nekadar uzun zamandır bu ağrınız var? _____ yıllar _____ aylar

Lütfen geçen ay içinde ağrınızın altında aşağıda verilen semptomlardan her biri için 10 puanlık skala kullanarak şiddetini belirtiniz:
 0 - ağrı yok _____ 10 - hayal edilebilen en kötü ağrı

Ağrının nasıl derecelendirdiğiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ovulasyon ağrısı (mid-çiklus)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adetten hemen önceki ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adetten önceki ağrı (kramp değil)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İlişki ile derin ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yük kaldırırken kasık ağrısı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İlişkiden saatler ve günler sonra sonlanan pelvik ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mesane dolu iken ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kas / eklem ağrısı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adet kramplarının seviyesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adet bittikten sonra ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İlişkiden sonra yanıcı vajinal ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İdrar yaparken ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bel ağrısı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migren baş ağrısı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oturma ile ağrı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Yorum yapınız

Şekil 2.1 Ulusallararası Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu

Bu form göz önüne alınarak hastaya tanı koyabilmek için doktora yardımcı olabilecek sorular sorulup fiziksel değerlendirme bulgularının kaydedilmesi sonucunda formun doldurulması tamamlanmaktadır. Soruları şöyle sıralamak mümkündür;

Bireysel özellikler:

- ✓ Ad-soyad, yaş, boy, kilo, medeni durumu, telefon numarası, eğitim ve iş durumu
- ✓ Sağlık durumu; egzersiz, beslenme tipi, kafein alımı, sigara- alkol kullanımı, ilaç bağımlılığı, tedavi suistimali
- ✓ Geçirilmiş ya da devam etmekte olan hastalık
- ✓ Geçirilmiş operasyon
- ✓ Sürekli kullanılmakta olan ilaç
- ✓ Sigara, alkol kullanımı
- ✓ Geçirilmiş ciddi nitelikte kaza öyküsü
- ✓ Allerji öyküsü
- ✓ Ağrının değerlendirilmesi;
 - Ağrınızı tarifler misiniz?
 - Ağrınızın nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?
 - Aileniz ağrınızın nedeninin ne olduğunu düşünüyor?
 - Ağrınızdan dolayı sizi suçlayan kınayan var mı?
 - Ağrınızın dinmesi için sizce operasyon gerekli midir?
 - Ağrınızın başlangıcının bir olayla ilgisi var mı?
 - Ağrınız ne zamandır devam ediyor?
 - Bugüne dek yaşamış olduğunuz en kötü ağrı deneyimi nedir?
 - Ağrınızla ilgili olarak kiminle konuşursunuz?
 - Eşiniz ağrınızla ilgili ne düşünüyor?
 - Ağrınızı artıran, azaltan şeyler nelerdir?
 - Ağrınızın diğer sorunlarınız arasındaki yeri nedir?
 - Ağrınız için herhangi bir medikal ya da cerrahi tedavi aldınız mı?
 - Ağrınızın adet ile birlikteliği var mı?
 - Bir aylık zaman diliminde kaç kez ağrı atağınız oluyor ve kaç gün sürüyor?
 - Ağrınızın başlamasından itibaren bugüne kadar ev-iş hayatınızda olumsuz bir değişiklik oldu mu?
 - Eşiniz ya da aileniz ağrınızla ilgili ne düşünüyor?
- ✓ Depresyon nedeniyle tedavi gördünüz mü?
- ✓ Doğum kontrol yönteminiz nedir?
- ✓ Ailenizde aşağıda bulunan hastalıklardan herhangi biri var ise belirtiniz.
 - Fibromiyalji,

- İntersitisyel Sistit
- İrritabl Barsak Hastalığı,
- Sistemik Lupus Eritematozus,
- Endometriozis,
- Skleroderma,
- Kronik Pelvik Ağrı,
- Depresyon.

Sistem sorgulamaları:

a- Mesane / İdrar Yapma Alışkanlıkları

- ✓ Öksürünce, aksırınca idrar kaçırıyor musunuz?
- ✓ Sık sık idrar yapıyor musunuz?
- ✓ Zayıf ve önemsiz uyarılarla idrar yapma isteği oluyor mu?
- ✓ İdrar yaparken zorlanıyor musunuz?
- ✓ Gece – Gündüz kaç kez idrara çıkarsınız?
- ✓ İdrar yaptıktan sonra idrar yapma isteği hala devam ediyor mu?

b- Barsak / Dışkılama Alışkanlıkları

- ✓ Dışkının özelliği ile ağrı arasında ilişki var mı?
- ✓ Son 3 ay içinde; kabızlık veya ishal, dışkılama esnasında zorlanma, banyo yaparken dışkılama isteği, karın dolgunluğu, şişkinlik, dışkıınızda kan veya mukus varlığı gibi şikayetleriniz oldu mu?
- ✓ Karında şişkinlik, gaz hissi var mı?
- ✓ Dışkılamanın ardından rahatlıyor musunuz?
- ✓ Bulantı–kusma var mı?
- ✓ Daha öncesinde anoreksiya–bulimiya hastalığı öykünüz var mı?

c- Diğer

- ✓ Vücudunuzda başka bir yerde ağrı var mı?
- ✓ Baş ağrınız var mı?
- ✓ Cinsel ilişkiye girerken ağrı oluyor mu?
- ✓ Ağır eşya kaldırınca ağrınız var mı?
- ✓ Sırt ağrısı var mı?
- ✓ Bel ağrısı var mı?
- ✓ Kas – eklem ağrısı var mı?

- ✓ Hiç fizik tedavi gördünüz mü?
 - ✓ Hiç antidepresan kullandınız mı?
-

d- Jinekolojik Sorgulama

- ✓ İlk kez adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?
 - ✓ Halen adet görüyor musunuz?
 - ✓ Adetleriniz düzenli aralıklarla mı?
 - ✓ Adet düzeni nasıl?
 - ✓ Ağrınızın adet ile ilgisi var mı?
 - ✓ Son adet tarihiniz?
 - ✓ Kaç kez doğum yaptınız?
 - ✓ Düşük yaptınız mı?
 - ✓ Kürtaj oldunuz mu?
 - ✓ Doğum şekli; Normal, Sezaryen, Vakum, Forseps, Epizyotomi
 - ✓ Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?
 - ✓ Çocuk isteğiniz var mı?
 - ✓ Öncesinde genital organlar ile ilişkili enfeksiyon geçirdiniz mi?
-

2.1.6.2. Fizik muayene

Fiziksel değerlendirme öykü alımında olduğu gibi ayrıntılı ve sistemik değerlendirmenin yapılması önemlidir. Ayakta, oturarak, sırtüstü yatar pozisyonda ve litotomi pozisyonunda değerlendirme yapılabilmektedir. Pelvik kaslar istirahatte ve aktif kontraksiyon sırasında tonus ve hassasiyet açısından incelenmelidir. Normalde, bu kasların palpasyonu, hem gevşemiş hem de kontraksiyodayken ağrısız olmalıdır. Levator ani kasları hastanın idrar akışının son damlasında idrarını tutması istenerek değerlendirilmelidir. Obturator internus hastanın ipsilateral bacağına hafif dirence karşı abduksiyon ve internal rotasyon yapmasını isteyerek kontakte edilmektedir. Yürüyüş (örn: antalgik yürüme) ve postürdeki bozukluklar (örn: kifoz, lordoz, skolyoz), kemik ve eklemlerdeki hassasiyet, eklemlerdeki hareket kısıtlılığının olması kas-iskelet sistemindeki patolojilerden kaynaklanabileceği unutulmamalıdır. Hasta kifotik mi,

skolyozu var mı, iliak krestler aynı yükseklikte mi, bir bacak diğerinden kısa mı (iliak krestten lateral malleolusa olan uzaklık her bacak için farklı), herhangi bir kemik veya eklem hassasiyeti var mı? Lomber ve alt torasik omurgadaki lordoz eğrisini arttıran ve pelvisin anterior eğiminin abartılı hal almasını sağlayan bir postürün kronik olarak kullanımından kaynaklanan muskuloskeletal disfonksiyon hipertensite ve pelvik kaslarda imbalans oluşturabilir (Baker, 1993).

Sırt üstü yatar pozisyondayken karın ön duvarındaki lokal ya da yaygın hassasiyet ve tetik noktaların belirlenmesi gerekir. Bu pozisyonda karın ön duvarı kaslarının kasılmasıyla lokal hassasiyet artıyorsa buna Carnett belirtisi denir ve bu batın içi patolojinin ötesinde karın ön duvarı patolojilerini düşündürmektedir. Cerrahi insizyonlar da ağrı nedeni olabilmektedir. Pfannenstiel insizyon sonrasında %7-8.9 oranlarında kronik karın duvarı ağrısı olduğu bildirilmiştir (Clemons, Arya, & Myers, 2002). Batın değerlendirmesiyle diğer yandan organomegali, herni, kitle varlığına bakılmalıdır.

Kronik pelvik ve karın ağrısı bulunan kadınlara rutin olarak pelvik taban kasları da dahil olmak üzere fizyoterapi değerlendirmesinin yapılması önerilir. Fizyoterapi muayenesi sırasında genel postür, kalça ve lomber bölgenin eklem hareketleriyle esnekliği değerlendirilmelidir. Diastasis rekti için de değerlendirme yapılmalıdır. Pelvik taban sorunlarının bel ve kalçayla ilgili olabildiği bazı çalışmalarda bildirilmiştir. Bu yüzden KPA hastalarında kas iskelet sisteminde de bütüncül bir yaklaşım izlenerek değerlendirme ve analizler yapılmalıdır (Sakamoto & Gamada , 2019). Bel ve kalça için özel testler yapılarak kronik pelvik ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu testler; aktif düz bacak kaldırma, Slump, Faber, Lasegue, Thomas testi, posterior pelvik ağrı provokasyon testi olarak sayılabilir (Yosef et al., 2016)

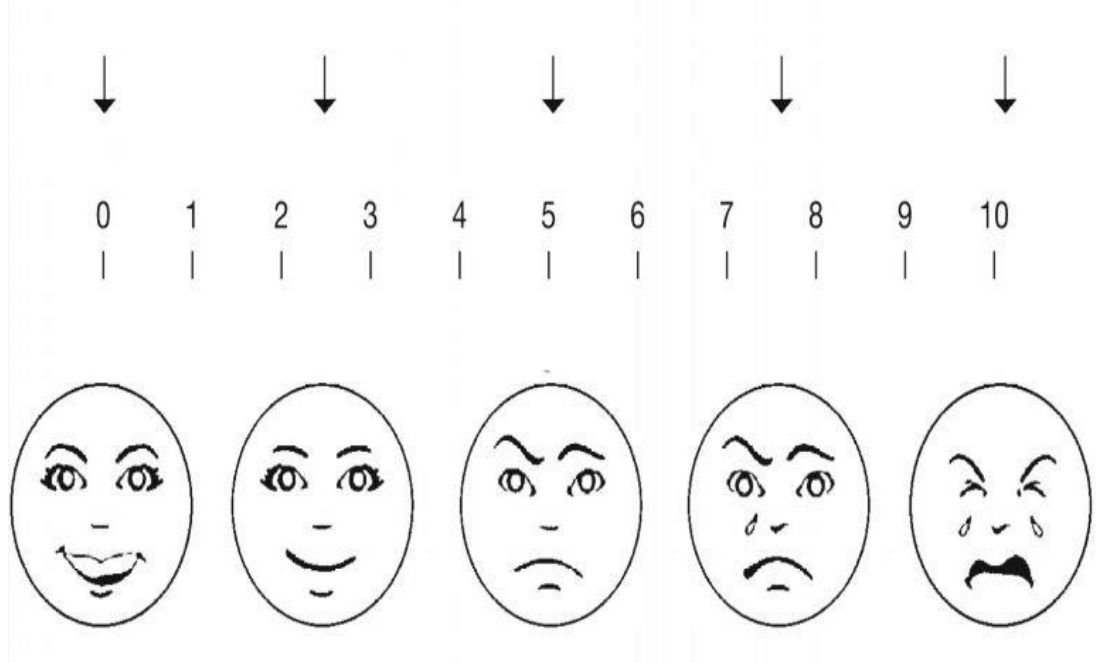
2.1.6.3. Laboratuvar testleri

Üreme döneminde bulunan kadınlarda gebelik varlığının dışlanabilmesi için β -hCG mutlaka çalışılması gereklidir. Tam kan sayımı ve sedimentasyon, inflamasyon ve enfeksiyonun spesifik özelliği bulunmayan parametrelerine de bakılabilir (Parsons et al., 2002; Prior et al., 1989). KPA'sı bulunan cinsel aktif kadınlarda cinsel yol ile bulaşan hastalıkların da düşünülmesi önerilir (Swank et al., 2003). Tam idrar, idrar kültürü ve üriner sitoloji vb. tetkikler üriner sistem ile ilişkili enfeksiyon, ürolitiazis ve malignite gibi kronik ağrı nedeni olacak patolojilerin tanısı için kullanılabilir. Laboratuvar testleri sonuçlarına göre uygun olmayan hastalar fizyoterapi değerlendirme ve tedavi programına alınmaz.

2.1.6.4. Kronik pelvik ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı

Ağrının karışık bir hal aldığı durumlar oluştuğunda değerlendirme ölçekleriyle semptomlar tespit edilebilir, şiddeti ölçülebilir ve hastanın klinik açıdan takip edilebilmesi kolaylaşır. KPA açısından da literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde önerilen bazı değerlendirme ölçekleri vardır. Female Genitourinary Pain Index (F-GUPI) kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda ağrı ve idrar yapma semptomlarının yaşam kalitesiyle olan ilişkisini ölçebilmek için hazırlanmış bir ölçektir (Clemens et al., 2009). Bununla birlikte KPA açısından ağrının değerlendirilmesi için Görsel Analog Skala (GAS), McGill Ağrı Ölçeği (MAÖ), nöropatik ağrı için ise PainDETECT önerilmektedir. KPA ağrısıyla birlikte üriner sistem semptomlarını ve yaşam kalitesine olan etkisini ölçmeye yarayan UDI6, Pelvik Ağrı ve Aciliyet/Frekans Anketi (PUF) ve F-GUPI bulunmaktadır. Yaşam kalitesi ve psikolojik değerlendirme yapabilmek amacıyla Short Form Health Survey (SF-36), Behaviour Illness Questionnaire, the Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, and the Hospital Anxiety and depression Scale (HADS), Endometriosis Health Profile anketleri de önerilmektedir (Passavanti et al., 2017). Şekil 2'de Ağrı amaçlı kullanılan görsel analog ölçeği (GAS) gösterilmiştir.

Şekil 2.2: Ağrı amaçlı kullanılan görsel analog ölçeği (GAS) (Araz, 2011)



2.1.7. Kronik pelvik ağrı tedavisi

KPA tedavisinde birbiri içine geçmiş iki yaklaşım mevcuttur. Birinci yaklaşım KPA hastalığının kendisini hedef olarak almaktayken, ikinci yaklaşım KPA'ya neden olacak veya eşlik edecek diğer hastalıkları tedavi etmeyi hedef almaktadır (Shin & Howard, 2011).

2.1.7.1. Medikal tedavi

KPA tedavisinde periferik veya merkezi olarak etki eden analjezikler, anksiyolitikler ve antidepresanlarla, hormonoterapi ilaçları kullanılabilir. Analjezik ve hormonoterapi ilaçları bazı hastalarda ağrı kontrolünü sağlamaktadırlar. Fakat analjezikler akut ağrı için iyi sonuç sağlasa da kronik ağrı için uzun süreli kullanımında hastalar yan etkiler nedeniyle ilacı bırakma eğilimindedirler. Basit analjeziklerin kullanımı yeterli fayda sağlamaz ise nöropatik ajanlar kullanılmaktadır. Bunlar trisiklik antidepresanlar, antikonvülsanlardır. Opidler de kronik nonmalignant, nöropatik ağrılarda bir alternatif olarak kullanılmaktadır (Engeler et al., 2017; Fall et al., 2010). Fakat opioid türevi ağrı kesicilerin bağımlılık geliştirme ihtimali mevcuttur. Araştırmalarda ağrıyı kontrol etmek için bu ilaçların etkinlikleri düşük bulunmuştur (Howard, 2003; Steege & Siedhoff, 2014).

Botulinum toxin tip A pelvik taban kası spazmları ve tetik noktalarda kullanılmakta, diskezi ve dispareniye önemli iyileşme göstermektedir. Tetik noktalara basit enjeksiyon veya iğneleme de yapılır (Engeler et al., 2017; Fall et al., 2010).

Nöropatik ajanlar ile de sonuç alınmazsa pelvik ağrıda uzman bir ağrı yönetim merkezinden destek alınmalıdır. KPA çoklu bir mekanizma içerdiğinden tedavisi de biyolojik, psikolojik, sosyal komponentlerden oluşan holistik bir yaklaşım gerektirir. KPA'da medikasyon kullanımını araştıran daha ileri spesifik araştırmalara ihtiyaç vardır.

2.1.7.2. Cerrahi yaklaşımlar

Nöromodülasyon ve sinir bloklama kullanılmaktadır. Nöromodülasyonun santral ve periferik tipleri vardır. Periferik nöromodülasyon olarak transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS), perkutanöz tibial sinir stimülasyonu, sakral nöromodülasyon, pudental nöromodülasyon teknikleri kullanılmaktadır. Ağrı sinyalinin nosiseptif sürecini baskıladığı düşünülen duyu sinirlerine elektrik stimülasyonudur. Santral nöromodülasyon (transkranyal stimülasyon) düşük şiddette elektrik akımı kullanılarak

nosisepsiyonu azaltan inen inhibitör sistemi aktive eder. En yaygın ulaşılabilir yöntem TENS'dir (Hunter, Stovall, Chen, Carlson, & Levy, 2018; Till, Wahl, & As-Sanie, 2017). Superior hipogastrik sinir, impar ganglion, periferel sinirler (pudental sinir) için bloklama yapılabilir (Hunter et al., 2018; Nagpal & Moody, 2017).

2.1.7.3. Fizyoterapi yöntemleri

KPA tedavisinde kullanılmakta olan fizyoterapi yöntemleri; pelvik fizyoterapi alanında özelleşmiş fizyoterapistlerin geliştirmiş olduğu ve hastaların şikayetlerine, değerlendirme esnasındaki bulgular göz önüne alınarak kişiye özel planlanması gereken bir tedavi planını kapsamaktadır. Fizyoterapi için ilk öncelik verilmesi gereken hedef ağrı kontrolünün sağlanması, kas-iskelet sorunlarının ve postüral açıdan zararlı olan alışkanlıkların düzeltilmesidir. Bu nedenle yumuşak doku mobilizasyonu için manuel teknikler, myofasyal gevşetme ve tetik nokta masajıyla gevşeme teknikleri, nefes çalışmaları, kas re-edükasyon çalışmaları, tedavi edici egzersizler ve pelvik taban eğitimi kullanılmaktadır. Hastaların fonksiyonelliğini mümkün olduğunca arttırmak ve günlük hayattaki aktivitelerinde kısıtlama olmadan yaşayabilmesini sağlamak fizyoterapideki amaçtır (Bradley et al., 2017).

Medikasyon; ağrı ve visseral yapıların tedavisini, cerrahi; yapıların düzeltilmesini sağlar. Fizyoterapi ise fonksiyonel restorasyon yapar. Bu yüzden tedavinin önemli bir komponentini oluşturur. Kasların normal güç, esneklik ve fonksiyonunu kazandırmak için terapatik egzersiz, postür ve vücut mekanizmasının koordinasyonu, ağrısız hareket için nöromüsküler reedukasyon, manuel terapi, hasta eğitimi ve davranışsal değişiklikler fizyoterapi seçeneklerindedir (Bradley et al., 2017).

2.1.7.3.1. Postural korreksiyon, kas esnekliğinin restorasyonu

Postüral düzeltme ve kas esnekliğinin restorasyonu alt gövde, pelvik kuşak, kalça intrinsik kasları boyunca tekrarlı pasif gerilme paternini azaltmak için gereklidir. Hastaya oturma, ayakta durma sırasındaki normal postüral dizilim ve simetrisinin öğretilmesi, postüral düzeltmeyi alışkanlık haline getirmesinin teşvik edilmesi faydalıdır. Koksidini hastaları genellikle ileri kas maladaptasyonu oluşturacak şekilde tek taraflı otururlar. Tedavi tipik olarak kısalan kas gruplarının (quadratus lumborum, abdominaler, lumbal ekstansörler, kalça çevresi kaslar, hamstringler, plantar fleksörler) uzunluğunun restorasyonunu içerir. Bu kaslardaki kısalık pelvik kuşağa dengesiz yük

bindirir. Dengesizlik pelvis ve lumbal bölgeden baş ve boyuna kadar uzanır (Bradley et al., 2017)

2.1.7.3.2. Biyofeedback Eğitimi

Biyofeedback hastaya kaslarını nasıl gevşeteceğini öğretmek için kullanılan fizyolojik bir feedbackdir. EMG-Biofeedback nöromusküler re-edükasyon ve rehabilitasyon için kullanılır. Kasların aktivite seviyesi ve motor kuvvetlendirme; intravaginal, intrarektal, ve yüzey sensörler kullanarak yüzeyel EMG ile saptanabilir. Hastalar görsel, işitsel ve taktıl feedback aldığı için aşırı aktif kasların elektriksel aktivitesinde azalma olur. Kapsamlı tedavi planında biyofeedback başta gelir, ama tek tedavi seçeneği olarak düşünülmemelidir. Hasta nasıl gevşeyeceğini öğrendiği zaman, cinsel fonksiyon, uzun süreli otururken ağrıyı azaltmada, miksiyon ve diğer aktiviteler sırasında kas koordinasyonunu sağlamada kullanılabilir (Arnouk et al., 2017; Bradley et al., 2017). “Down training” denilen, kas aktivitesini azaltmaya yoğunlaşan eğitim aşağıdaki teknikleri kapsar. EMG seansı boyunca kas aktivitesini azaltma, diafragmatik solunum, gevşemeyi cesaretlendirici görsellik, pelvik tabak kaslarının (PTK) bilinçli uzaması için perineal esneme, sirkülasyon, ısı ve yumuşak doku esnekliğini artırmak için termoterapidir (Bradley et al., 2017).

2.1.7.3.3. Manuel terapi

Yumuşak doku mobilizasyonu, miyofasyal/ konnektif doku gevşetme, dolaşımı artırma, doku bütünlüğünü onarma, iskemiye azaltma, sinirsel gerilimleri azaltma amaçlı kullanılır. Pelvik bölgede pudental sinir veya diğer periferik sinirler boyunca deri Rolling nöral esnekliği artırıp gerilimi azaltır. Eklem mobilizasyonu ve kas enerji teknikleri lumbal omurga, pelvik kuşak, kalça, sakroiliak eklem hareketlerini restore eder. Tedaviler klinisyenin yeteneğine bağlıdır. Direk baskı ile gevşetme yapılabilir. Noninvaziv yöntemler yetersiz kalırsa, ağırlı kısalmış kaslarda kas içi kuru iğneleme, lokal anestetik enjeksiyonu da yapılabilir. Germe ve hafif egzersizler de dahil edilmelidir (Bradley et al., 2017; Vincent, 2009).

2.1.7.3.4. Egzersiz

Pelvik ağırlı hastalarda egzersiz, genel aerobik kapasite, kalça bölgesi kas dengesi ve gövde stabilitesi açısından önemlidir. Pelvis taban kaslarında aşırı aktif

kasların gevşemesi ve normal kas uzunluğunun elde edilmesi önceliklidir. Derin ve 60 sn ye kadar squat levator ani kasının gerilim ve gerginliğini azaltır. Fakat squatın levator ani kontraksiyonuna değil gevşemesine izin verir pozisyonda olmasına özen gösterilmelidir. Daha sonra ise ısrarcı zayıflık varsa çok kontrollü bir tarzda levator ani kuvvetlendirme yapılmalıdır. Levator ani gövde stabilizatörlerinin alt sınırındadır (Bradley et al., 2017). Gövde stabilitesi KPA'da üzerinde durulması gereken önemli bir noktadır. Literatürde bireyselleştirilmiş kor stabilizasyon egzersizleri önerilmektedir (Vleeming, Albert, Östgaard, Stureson, & Stuge, 2008). PTK'ları ile transversus abdominus kası arasında bir ko-kontraksiyon mekanizması vardır. Transversus abdominusun zayıflığı bu ko-kontraksiyonu bozar ve PTK disfonksiyonu meydana gelir. KPA'lı hastalarda transversus abdominus ve gövde kasları da egzersiz programına alınmalıdır. PTK'ları ile transversus abdominus arasındaki ko-kontraksiyon mekanizmasını aktive edici egzersizler verilmelidir. Pelvik ağırlı hastalarda global kasların koordinasyonu, lomber segmentler ve pelvik eklemlerin dinamik kontrolünü içeren spesifik stabilizasyon egzersizleri geleneksel fizyoterapiden daha etkili sonuçlar vermektedir (Stuge, Lærum, Kirkesola, & Vøllestad, 2004).

Pilates egzersizleri, PTK'ları ile transversus abdominus arasındaki ko-kontraksiyon mekanizması prensibine dayanan oldukça etkili bir egzersiz konseptidir. Pilates egzersizlerinin bel ağrısı üzerine etkisini araştıran birçok çalışma vardır ve etkisi genel olarak kabul görmüştür. Pelvik taban fonksiyonları, üriner inkontinans üzerine pilatesin etkisini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Stuge et al., 2004). Bu tedaviler dışında ağrı eğitimi, psikolojik tedavi, diyet, desensitizasyon, yaşam tarzı ve davranış modifikasyonu, kognitif davranışsal terapi, farkındalık tedavisi, akupunktur gibi seçenekler de kullanılabilir (Bradley et al., 2017; Vincent, 2009).

2.1.8. Değerlendirme İçin Kullanılmakta Olan Ölçeklerin Geliştirilmesi: Mevcut Bir Ölçeğin Uyarlanması

Ölçeği herhangi bir dile çevirerek kullanılabilmesi amacıyla yalnızca çevirisinin yapılması yeterli değildir. Ölçeğin çevrilmiş olduğu dilde güvenilirlik ve geçerlik çalışmasının da olması gereklidir. Buna ölçeğin uyarlanması denmekte olup ölçeğin uyarlanabilmesi için belirli bir plan ve sisteme göre yapılması önerilmektedir (Karakoç & Dönmez, 2014).

2.1.8.1. Güvenirlik

Bir ölçeğin aynı şartlar altında tekrarlanması ile ulaşılan sonuçların tutarlılığının göstergesi olup her ölçeğin sahip olması gerekli özelliklerdendir. Güvenirlik katsayısı ölçümde olan hatasızlık demektir. Farklı durumlar için güvenirliliği ölçmek amacıyla pek çok yöntem mevcuttur. Norm-referans güvenirliliği amacıyla bir kez uygulanmış olan ölçek sonucu ile iç tutarlılık güvenirliliği incelenerek formun tekrarı yöntemiyle ölçek yapılmış olan aynı gruba aynı şartlarda kısa bir zaman içinde tekrar yapılır. Eşdeğer formlar, yönteminde ölçümü hedeflenmekte olan değerleri ölçmek için kullanılan diğer formların sonuçlarıyla karşılaştırması yapılmalıdır (Ercan & İsmet, 2004).

2.1.8.2. Geçerlik

Ölçeğin geçerliliğinin ön şartı ölçeğin güvenilir olmasıdır. Geçerlik ölçeğin amacına uygun olarak hizmet edip etmediğini gösterir. Ölçülmesi hedeflenen değerlerin başka özellikler ile karışmadan doğrudan ölçme derecesini göstermektedir. Ölçeğin geçerliliği net bir şekilde var veya yok denemez ama derecelendirilir. Bu nedenle geçerlik, ölçekten elde edilecek sonuçların hangi amaç ile kullanılacağı, beraber uygulandığı grup ve uygulama biçimine bağlılık göstermektedir (Ercan & İsmet, 2004).

Pelvik ağrının teşhisindeki problemler, uzman görüş farklılıkları, değerlendirmedeki eksiklikler ve literatürdeki boşluğun doldurulması amacıyla Jane Chalmers ve ark. tarafından Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) geliştirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, "Pelvic Pain Impact Questionnaire" anketinin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışmasını gerçekleştirmektir. Böylece Ülkemizde de KPA'nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında bu anketin kullanılması sağlanarak klinisyen ve hasta görüşünün birlikteliğinin önemi vurgulanacaktır.

2.2. Hipotezler

H0: Pelvik Ağrı Etki Anketi'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenir değildir.

H1: Pelvik Ağrı Etki Anketi'nin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenirdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yatan ve ayaktan takip edilen kadın hastalar alındı. İzmir Demokrasi Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 10.04.2019 tarih ve 05 sayılı toplantı kararı ile etik kurul izni alınarak 18 yaş ve üzeri 110 katılımcı ile gerçekleştirildi. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" imzalatıldı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Kadın olma
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Okuma yazma bilme
- Kronik Pelvik Ağrı problemine sahip olma

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Sözlü iletişim kuramama,
- Kognitif veya mental fonksiyon bozukluğuna sahip olma

Bu çalışma, kriterlere uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 110 katılımcı ile Nisan 2019 - Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

İlk olarak K. Jane Chalmers'dan anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmak için izin alındı. Kadınlar üzerinde pelvik ağrı etkisinin klinik değerlendirilmesi anketi "Pelvic Pain Impact Questionnaire" 10 sorudan oluşmaktadır. Bu anket iyi derecede İngilizce bilen üç farklı Fizyoterapist tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçe'ye çevrildi. Bu çevirilerle testin ilk Türkçe şekli hazırlandı. Daha sonra testin bu ilk şekli ve İngilizcesi fizyoterapistlerden oluşan bir komite tarafından incelendi. Testin Türkçe çevirisinin orijinalini karşılayıp karşılamadığına bakıldı. Ortak bir metin haline dönüştürülen test iyi derecede İngilizce bilen bir fizyoterapist tarafından tekrar İngilizce 'ye çevrildi. Türkçe uygunluğu bir dil bilimci tarafından değerlendirildi. Orijinali ile Türkçe çevirisi uygun bulunan anket 10 kişilik bir gruba uygulanarak Türk kültürüne ve toplumuna ve Türkçe anlaşılabilirliğinin uygunluğu değerlendirildi ve elde

edilen sonuca göre ankette ekleme/çıkarma/değişiklik gibi herhangi bir düzenleme yapma ihtiyacı bulunmadığı belirlenerek anketin son hali oluşturuldu. Hastalar tarafından anlaşılması ve cevaplaması kolay bir anket olduğu tespit edildi. Tutarlılık için test bir hafta arayla aynı olgulara tekrar uygulandı. Tüm sorularda hem test hem de tekrar testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. Test-tekrar test arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını araştırmak için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. “Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin iç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon analizi kullanıldı. Anketin ilk 8 sorusu likert tipi şeklindedir ve 0-4 arasında puanlanmaktadır. Toplam puana her maddede verilen puanlar toplanarak ulaşılır, son iki soru ise hesaplama dahil edilmez.

3.1. Demografik ve Tanımlayıcı Veriler

Olguların yaşları (yıl), boy uzunlukları (cm), vücut ağırlıkları (kg) ve vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri, eğitim durumları, meslekleri, medeni halleri, ağrı şiddeti gibi demografik ve tanımlayıcı bilgileri kaydedildi. Ayrıca McGill-Melzack Ağrı Anketi ve görsel analog skalası (GAS) ile ağrı, Kısa Form-36 (SF-36) formu ile yaşam kaliteleri değerlendirildi.

3.2. McGill-Melzack Ağrı Anketi (MPQ)

MPQ 1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiş olup, 1975 yılından beri yüzün üzerinde çalışmada kullanılmış, ondan fazla ülkenin diline çevrilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı, Eti-Aslan ve Olgun (1998) tarafından yapılmıştır (Melzack, 1992). MPQ dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.

3.3. GAS

Görsel analog skalası (GAS); son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Klinik ve laboratuvar koşullarında ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesi istendiği durumlarda GAS'a sık başvurulur. GAS,

horizontal veya vertikal olarak çizilmiş; “0” sayısı, diğer ucunda da “10” sayısı bulunan bir çizgiden oluşur. 0 noktası “hiç ağrı yok”, 10 noktası ise “olabilecek en şiddetli ağrı” anlamına gelmektedir. GAS'ta standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda, vertikal kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir. Hastaya bu çizgi üzerinde ağrısının şiddetine uyan yere bu çizgiyi kesecek şekilde bir işaret koyması söylenir. En düşük GAS düzeyinden hastanın işaretine kadar olan mesafe bir cetvel ile ölçülerek cm veya mm cinsinden hastanın ağrı şiddetinin sayısal indeksi elde edilir (Aslan, 2006).

3.4. SF-36

SF-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçütlerden biridir. Bu ölçek fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek kendini değerlendirme ölçeğidir ve hasta tarafından çok kısa sürede doldurabildiği belirtilmektedir (Ware, 1992). Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ve özürllükteki küçük değişimleri saptamada var olan diğer ölçeklerden (örn. Nottingham Sağlık Profili) daha duyarlı olması SF-36'nın avantajları arasında sayılmaktadır (Carr,1996). Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir ve puanlar 0-100 arasında değişmektedir.100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir.

3.5. İstatistiksel analiz

Veriler IBM SPSS 24.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Tablolarda ve bilgilerde örneklem sayısı (n), örneklem yüzdesi (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verildi. Spearman korelasyon, Cronbach Alpha analizi testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata düzeyi %5 olarak kullanıldı, $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda bu testin ülkemizde kullanılabilecek geçerli bir araç olup olmadığı belirlendi.

4. BULGULAR

Çalışmaya pelvik ağrısı olan 110 olgu dahil edildi. Öncelikle olguların yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi verileri kaydedildi. Çalışmada incelenen olguların yaş ortalaması $43,67 \pm 11,71$ yıl idi. Bu değerlere ait elde edilen veriler Tablo 1’de gösterildi.

Tablo 4.1 Demografik Veriler

Değişkenler (n=110)	Min-Max.	Ort.±SS
Yaş (yıl)	18-65	43,67±11,71
Boy (cm)	150-172	160,20±4,71
Kilo (kg)	45-110	71,52±13,29
VKI (kg/cm ²)	16,53-45,79	28,00±5,80

n: Örneklem Sayısı, Min: Minimum, Max: Maximum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, VKI: Vücut Kitle İndeksi

Çalışmada olguların pelvik ağrısı ile ilişkili olarak yaşantısı ve kültürel yapısı ile ilgili diğer parametreler de incelendi. Bu parametreler içerisinde medeni durum, eğitim durumu vb. özellikler yer almaktadır. Elde edilen veriler incelendiğinde pelvik ağrısı olanların %71,8’inin evli, %37,3’ünün ilköğretim mezunu, %63,6’sının ev hanımı, %86,4’ünün sigara kullandığı ve %79,1’inin aktivite alışkanlığının bulunmadığı gözlemlendi. Bu özelliklere ait elde edilen veriler Tablo 4.2’de sunuldu.

Tablo 4.2 Tanımlayıcı Bilgilere Ait Veriler

Değişkenler		n	%
Medeni Durum	Evli	79	71,8
	Bekar	7	6,4
	Boşanmış	24	21,8
Eğitim Durumu	Okur yazar	19	17,3
	İlkokul	41	37,3
	Ortaokul	14	12,7
	Lise	21	19,1
	Üniversite	15	13,6
Meslek	Ev hanımı	70	63,6
	Memur	3	2,7
	İşçi	9	8,2
	Serbest Meslek	18	16,4
	Emekli	5	4,5
	Öğrenci	5	4,5
Sigara Tüketimi	Evet	95	86,4
	Hayır	15	13,6
Aktivite Alışkanlığı	Hiç	87	79,1
	Bazen	15	13,7
	Düzenli	8	7,3

Pelvik ağrılı olgular; yaşanan semptomlar, kürtaj sayısı, düşük sayısı ve doğum sayısı gibi jinekolojik durumlar açısından araştırmamızda incelendi. Olguların en sık yaşadıkları şikayetlere bakıldığında %63,6 ile en sık kabızlık olduğu belirtildi. Hiç kürtaj olmayanların oranı %62,7 iken hiç düşük yapmayanların oranı %64,5 olarak bulundu. Olguların %67,3'ü normal doğum yaptığını belirtirken pelvik ağrı süresi 5 yıldan az olanların oranı %68,2 idi. Bu parametrelere ait veriler Tablo 4.3'de gösterildi.

Tablo 4.3 Olgulara ait Jinekolojik Veriler

Değişkenler		n	%
En sık yaşanan semptomlar	İshal	22	20
	Kabızlık	70	63,6
	Bulantı/Kusma	18	16,4
Kürtaj sayısı	Hiç	69	62,7
	1	25	22,7
	2	11	10
	3 ve daha fazla	5	0,9
Düşük sayısı	Hiç	71	64,5
	1	19	17,3
	2	7	6,4
	3 ve daha fazla	13	11,7
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	24	21,8
	1	13	11,8
	2	38	34,5
	3 ve daha fazla	35	31,9
Doğum Şekli	Yok	1	0,9
	Vakum	3	2,7
	Forseps	3	2,7
	Sezeryan	22	20
	Doğum sonrası kanama	7	6,4
	Normal	74	67,3
Alt karın ve kasık bölgesi ağrı	Evet	119	99,1
	Hayır	1	0,9
Pelvik ağrı süresi	<5 yıl	75	68,2
	6-10 yıl	23	20,9
	>10 yıl	12	10,9
Pelvik ağrınız uykudan uyandırıyor mu?	Evet	54	49,1
	Hayır	56	50,9

Çalışmamızda olguların son bir hafta içerisindeki gece ağrı şiddeti, gündüz ağrı şiddeti, aktivite sırasında ağrı şiddeti, istirahat sırasındaki ağrı şiddeti ve genel ağrı şiddetini içeren pelvik ağrı şiddeti sorgulandı. Son 7 gün içerisindeki pelvik ağrının GAS değerleri incelendiğinde en yüksek değer aktivite sırasında iken en düşük ortalama değer gece ağrı şiddetini tanımlayan GAS skoru olduğu tespit edildi. Bu değerler Tablo 4.4'de gösterildi.

Tablo 4.4 Son 7 gün içerisinde pelvik ağrının GAS'a göre değerleri

Değişkenler (n=110)	Min-Max.	Ort.±SS
Gece ağrı şiddetiniz	0-9	3,72±2,39
Gündüz ağrı şiddetiniz	1-9	5,18±1,69
Aktivite sırasındaki ağrı şiddetiniz	2-10	6,10±1,97
İstirahat sırasındaki ağrı şiddetiniz	1-9	4,49±1,87
GAS	2-9	4,54±1,89

Min: Minimum, Max: Maximum, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma GAS: Görsel Analog Skalası

Pelvik Ağrı Etki Anketi'nin geçerliği için günümüzde çok yaygın olarak kullanılan SF-36 ve McGill ağrı puanı kullanıldı. Bu anketler ile arasındaki ilişki incelenerek anketin Ülkemizde kullanım için geçerliği araştırıldı. Anketin tüm alt gruplarda yüksek düzeyde ilişkili ve tüm alt parametrelerde de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. MCGILL puanı ile PAEA arasındaki aynı yönlü ve yüksek düzeyde korelasyon bulundu. SF36'nın alt boyutları olan fiziksel sağlık puanı ve mental sağlık puanı ile pelvik ağrı etki anketi arasında ters yönde yüksek korelasyon saptandı. Bu veriler Tablo 4.5'de gösterildi.

Tablo 4.5 Geçerlik için Pelvik Ağrı Etki Anketinin çalışmada incelenen diğer anket sonuçları ile ilişkisi

Pelvik Ağrı Etki Anketi		Toplam Puanı
		r (p)
SF-36 Fiziksel sağlık puanı	Fiziksel Fonksiyon	-0,77 (0,00)
	Fiziksel rol kısıtlaması	-0,62 (0,00)
	Ağrı	-0,78 (0,00)
	Genel Sağlık	-0,73 (0,00)
Mental Sağlık Puanı	Zindelik	-0,72 (0,00)
	Sosyal fonksiyon	-0,72 (0,00)
	Emosyonel rol kısıtlaması	-0,63 (0,00)
	Mental sağlık	-0,73 (0,00)
McGILL puan		0,85 (0,00)

r: Korelasyon Katsayısı, SF-36: Short Form 36, MCGILL: McGill-Melzack Ağrı Anketi

Sorular arasındaki korelasyonlar incelendiğinde sorular arasındaki minimum korelasyon 0,746 ve maksimum korelasyon 0,770 olarak hesaplandı. Bu değerler sonucunda sorular arasındaki korelasyonun iyi düzeyde olduğu belirlendi. Anketin genel cronbach alpha skoru ise 0,920 olarak hesaplandı. Bu sonuçlara göre anketin güvenilir olduğu gözlemlendi.

Ayrıca ankette kişiye özel cevaplama için ayrılmış hesaplama katılmayan 2 soru daha yer almaktadır. Bu sorular Ülkemizde de bazı hastalar tarafından cevaplanmak istenmemektedir. Bizim çalışmamız sırasında bu soruların ilkinin 78 kişi, diğerini ise 81 kişi cevapladı. Bu nedenle orijinalinde olduğu gibi istatistiksel analizler sırasında bu iki soru hesaplamalarda kullanılmadı.

Tablo 4.6 Pelvik Ağrı Etki Anketinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı

Pelvik Ağrı Etki Anketi	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı
Geçen ay, pelvik ağrınız aşağıdaki fonksiyonlarınızı nasıl etkiledi	
Enerji düzeyi?	0,768
Ruh hali?	0,766
Uyku?	0,746
Mide ve barsak fonksiyonu?	0,770
20 dakikadan uzun oturabilme?	0,758
Evde / işte / okulda / üniversitede normal performans gösterme ve fonksiyonel olma yeteneği?	0,761
Fiziksel aktivite yapma yeteneği (Örneğin; jogging, yoga, bisiklet)	0,761
Bazı kıyafetleri giyebilme yeteneği? (Örneğin; iç çamaşırı, sıkı giysiler)	0,769

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Jane Chalmers ve ark. tarafından geliştirilen “Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir ve “Pelvik Ağrı Etki Anketi”nin geçerli ve güvenilir olduğu gözlenmiş olup Türkiye’de KPA’nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında bu anketin kullanılmasının uygun olduğu belirlenmiştir.

KPA ve sebeplerinin iyi anlaşılması gereklidir ve sebeplerinden yola çıkarak gerekli olan çözümler bulunmalıdır. Fakat KPA’nın diagnozu klinisyenler arasında farklılıklar göstermektedir. Bunun nedenleri arasında; pelvik ağrının altında yatan mekanizma çeşitliliği, iyi anlaşılabilmesi ve birden fazla duruma sahip olması yer alır. Ayrıca pelvik ağrı değerlendirme metodu da net bir şekilde tanımlanmamıştır. Klinik testler ise genellikle fizyolojik problemlere odaklanmıştır ama kişinin sağlığı ve fonksiyonel seviyesi arasındaki bağlantısını incelememiştir. Hasta ve klinisyenlerin yaşam kalitesine karar verme konusunda belirgin farklı görüşlerinin olması hasta görüşünü temel alarak değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Buradan yola çıkarak pelvik ağrının teşhisindeki problemler, uzman görüş farklılıkları, değerlendirmedeki eksiklikler ve literatürdeki boşluğun doldurulması amacıyla Chalmers ve ark. (2016) tarafından Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) geliştirilmiştir (Chalmers ve ark.,2016). Bu nedenle çalışmamızın amacı, “Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek ve Türkiye’de KPA’nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında kullanılacak uygun bir anket oluşturmaktır.

“Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketi katılımcılar tarafından kolay anlaşılabilmesi, kullanılabilir olması ve puanlamanın kolay yapılabilmesi için oluşturulmuştur (Chalmers ve ark.,2016). Pelvik Ağrı Etki Anketi’nin geçerliği için günümüzde çok yaygın olarak kullanılan SF-36 ve McGill ağrı puanı kullanıldı. Bu anketler ile arasındaki ilişki incelenerek anketin geçerliği araştırıldı.

Çalışmamızda kullandığımız anketin tüm alt grupları yüksek düzeyde ilişkili ve tüm alt parametrelerde de istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Elde edilen verilere bakıldığında sorular arasındaki korelasyonun iyi düzeyde olduğu belirlendi ve anketin genel cronbach alpha skoru 0,920 olarak hesaplandı. Jane Chalmers ve ark. (2016), KPA tanısı olan toplam 1203 kadın ile 3 ayrı kohort çalışması yaparak uygun olan sorular seçilerek toplam 10 soruluk bir anket formu oluşturmuş ve katılımcılara uygulamıştır. Son anketin de tamamlanmasından 7-9 gün sonra aynı katılımcılara tekrar aynı anket uygulanarak anketin test-test tekrar güvenilirliğini de kanıtlamıştır. Her sorunun sınıf içi korelasyonu 0,87-0,94 arasında ve genel test-tekrar test güvenilirliği de sınıf içi korelasyon katsayısı 0.91, güven aralığı da 0,83-0,96 olarak bulunmuştur ve anketin güvenilirliği iyi olarak değerlendirilmiştir (Chalmers ve ark.,2016).

Ayrıca ankette kişiye özel cevaplama için ayrılmış hesaplama katılmayan 2 soru daha yer almaktadır. Bu sorular bizim Ülkemizde de bazı hastalar tarafından cevaplanmak istenmemektedir. Bizim çalışmamız sırasında bu soruların ilkinin 78 kişi, diğerini ise 81 kişi cevapladı. Bu nedenle istatistiksel analizler sırasında bu iki soru hesaplamalarda kullanılmadı. Aynı şekilde Jane Chalmers ve ark. (2016) da anketi oluştururken 8 ana soru ve 2 ek soru şeklinde hazırlamış olup ek sorular doldurulması gereken mecburi sorular olarak değerlendirilmemiştir.

Literatür incelendiğinde kronik pelvik ağrının kadınları her yaşta etkileyebilecek bir sendrom olduğu bilinmektedir. Farklı tanıları bulunan 331 KPA'lı kadın ile yapılmış olan bir araştırmada yaş ortalaması 34 yıl olarak tespit edilmiştir (Droz, 2010). KPA prevalansını incelemek için 900 kadının katılmış olduğu bir araştırmada yaş ortalaması ise $33,15 \pm 7,66$ yıldır (Yousry, 2011). Zondervan ve ark. (2001a), İngiltere'de KPA görülme sıklığını ve kadınların yaşamları üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları, 18-49 yaş arasındaki 2016 kadını (KPA n=483) içeren çalışmalarında KPA'nın % 28 oranıyla en fazla 36-40 yaşları arasında görüldüğünü bildirmiştir. Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması $43,67 \pm 11,71$ olarak bulundu.

Mathias ve ark.'nın (1996) çalışmalarında, kadınların % 53'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiş ve aynı yaştaki ağrısız kadınlar arasında yaş, etnik köken ve eğitim süresi bakımından farklılık saptanmamıştır. Grace ve Zondervan'ın (2004) çalışmasında, KPA'lı kadınların %33,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Verit, Verit ve Yeni'nin (2006), çalışmasında KPA'lı kadınların %35,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve kadınların eğitim düzeylerinin KPA'sız kadınlardan farklı olmadığı, Özçam'ın (2006) çalışmasında kadınların %80'inin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda katılımcıların %37,3'ünün ilkokul mezunu olduğu

bulundu. Mathias ve ark. (1996) ile Zondervan ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmalarda da öğrenim düzeyi ile KPA arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Verit ve ark. (2006) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyinin KPA görülme sıklığını etkilemediğini belirlemiştir.

Çalışmamıza katılanların VKİ ortalama değerleri $28,00 \pm 5,80$ bulundu. Demir'in (2006) çalışmasında VKİ ile KPA arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak Latthe ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada vücut kitle indeksinin düşük olmasının KPA için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki olguların VKİ ortalamasının yüksek olmasının mevcut çalışmalar göz önünde tutulduğunda, KPA'nın risk faktörü olma olasılığını azalttığı düşünülebilir.

Mathias ve ark. (2006) ve Zondervan ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmalarda KPA'lı kadınlar ile aynı yastaki ağrısız kadınlar arasında etnik köken, gebelik ve doğum sayısı, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi bakımından farklılık saptanmamıştır. Mathias ve ark.'nın yaptığı çalışmada evli kadınlar arasında ve reproduktif çağıdaki kadınlarda KPA daha sık olmakla beraber spesifik risk faktörleri belirlenememiştir. Demir'in (2006) çalışmasında, kadınların %79,5'inin ev hanımı, %13,6'sının memur ve %6,8'inin öğrenci olduğu, Grace ve Zondervan'ın (2004) çalışmasında, kadınların %25'inin tam zamanlı, %25,3'ünün yarı zamanlı çalıştığı ve %24'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların %63,6'sı ev hanımı olduğunu belirtti.

Çalışmamız katılan kadınların en sık semptomu %63,6 oranı ile en sık kabızlık olarak bulundu. Özdemir (2012) yapmış olduğu çalışmada kabızlığın sık görülmesi, dışkıda kan bulunması, bağırsak hareketlerinde ağrı hissi, iştahsızlık ve sık bulantı ve kusma şikâyeti yaşanması ile KPA sıklığının artmakta olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %62,7'si hiç kürtaj olmamıştı, %64,5'i hiç düşük yapmamıştı, yaşayan çocuk sayısı 2 olanlar ise %34,5 oranına sahipti. Doğum şekli olarak normal vajinal doğum yapanların oranı ise %67,3 idi. Mathias ve ark. (2006) ve Zondervan ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmalarda KPA'lı kadınlar ile aynı yaştaki ağrısız kadınlar arasında etnik köken, gebelik ve doğum sayısı, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi bakımından farklılık saptanmamıştır. Demir'in (2006) çalışmasında kadınların doğum komplikasyonları ile KPA varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Zondervan ve ark. (2001a), çalışmalarında kadınların % 32,9'unun KPA süresini 5 yıl ve üzeri, Van Balken ve ark. (2004), ortalama 5 yıl (2-30 yıl), Lamvu ve ark. (2006) ortalama $4,6 \pm 5,4$ yıl, Kim, Paick ve Ku (2007) ortalama 5,7 yıl, Weijenborg ve ark.

(2007) ortalama $5,7 \pm 6$ yıl, Demir (2006) ortalama 2,6 yıl olarak belirtmiştir. Bizim çalışmamızda pelvik ağrı süresi 5 yıldan az olanlar %68,2 oranıyla çoğunluğu oluşturmaktaydı. 6-10 yıl süre ağrısı olanlar %20,9 iken 10 yıldan uzun süredir ağrısı olanların oranı da %10,9 bulundu.

Özçam'ın (2006) çalışmasında, kadınların % 77,3'ü daha önce pelvik ağrı yakınması ile en az bir kez doktora başvurmuş ve % 70'i analjezik ve antibiyotiklerden oluşan medikal tedavi almıştır. Demir'in (2006), çalışmasında pelvik ağrı nedeni ile daha önce kadınların %77,3'ü ağrı kesici, % 50'si oral kontraseptif, % 22,7'si antidepresan kullanmıştır. Yapılan çalışmalarda KPA'lı kadınların ağrı ile baş etmede alternatif yaklaşımlar aradığı görülmüştür. Mathias ve ark. (1996), kadınların % 3'ünün alternatif sağlık bakım profesyonellerine (akupunkturist, kriopraktör vb.) gittiğini, Zondervan ve ark. (2001b), kadınların % 7,9'unun bir alternatif tıp terapistine (en sık bir homeopata), % 16,7'sinin diğer yöntemleri kullandıklarını (sıcak uygulama, refleksoloji/masaj, aloe vera/ papatya yağı ve aromaterapi), Van Balken ve ark. (2003), hastaların % 55'inin akupunktur, aura-terapi ve sıcak uygulama gibi alternatif yöntemleri kullandıklarını, Demir (2006), kadınların % 65,9'unun sıcak uygulama, % 29,5'inin masaj ve % 25'inin bitki tedavisi yaptığını belirtmişlerdir.

Kronik pelvik ağrılı hastalar için ağrı, yaşamlarının çok önemli bir parçasıdır. Kadınların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemekte, mental ve fiziksel sağlığı ve cinsel fonksiyonları üzerine negatif etkiler yapmaktadır (Jamieson ve Steege, 1996; Mathias ve ark., 1996; Verit, Verit ve Yeni, 2006; Zondervan, 1999; Zondervan, 2001b). Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen hastaların normal veya normale yakın seviyede fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir (Gelbaya&El-Halwagy, 2001; Gunter, 2003). Ağrı hastalarının değerlendirmesinde başta gelen ve en yaygın kullanılan ölçek GAS'dır. Çalışmamızda GAS puan ortalaması $4,54 \pm 1,89$ olarak saptandı. Son 7 gün içerisinde görülen pelvik ağrının GAS değerlerini incelediğimiz zaman en yüksek ortalama değer aktivite sırasındaki GAS değeri iken en düşük ortalama değer ise gece ağrı şiddetini tanımlayan GAS skoru olarak tespit edildi. Zondervan ve Grace'in yaptığı toplum tabanlı çalışmada KPA'lı kadınların GAS puan ortalaması 4,3 olarak bulunmuştur. Montenegro ve ark. (2015) yaptığı çalışmada GAS ortalamaları 6 bulunmuştur. Gökyıldız'ın (2008) çalışmasında $8,38 \pm 1,32$, Özçam'ın (2006) çalışmasında $6,90 \pm 0,84$, Van Balken ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada GAS puanı ortalama 6,5 olarak belirlenmiştir. Montenegro ve ark. (2015) KPA'da iskemik kompresyon ve anestetik enjeksiyon yöntemlerini karşılaştırmıştır. Bir başka araştırmada da ürolojik KPA'lı hastalara yapılan manuel tedavide GAS başlangıç ve 12 haftalık tedavi sonrası

ölçümlerinde iyileşme (FitzGerald ve ark. 2009), interstisyel sistit ve ağrılı mesane sendromu olan kadınlarda anlamlı iyileşme saptamışlardır (FitzGerald ve ark.2012). Literatüre bakıldığında KPA şiddeti algılamasının farklı oranlarda görüldüğü, bu nedenle gelecek çalışmalarda KPA şiddetini etkileyen faktörlerin araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

McGill Melzack ağrı soru formu kronik ağrıyı çok boyutlu değerlendirmek için kullanılan kapsamlı bir ölçektir. KPA hastaları için de kullanımı tavsiye edilmektedir. Bizim çalışmamızda McGill puanı ile Pelvik Ağrı Etki Anketi arasında yüksek korelasyon ($r=0,85$) bulundu. Gökyıldız (2008) KPA olan hastalarda posterior tibial sinir uyarısı tedavisinin (nöromodulasyon) etkinliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amacıyla yaptığı çalışmada McGill skorlarının tedaviyle anlamlı şekilde iyileştiğini belirlemiştir. Van Balken ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise KPA'lı hastaların McGill Ağrı soru Formunda ağrıyı ifade puanı değerlendirilmiş ve tedavi sonrası ağrıyı ifade puanında anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir (Van Balken, 2003).

Literatürde ağrının yerinin öykünün çok önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir. Hastanın ağrılarının yoğunluğu, yeri ve dağılımının belirlenmesi amacıyla vücut haritasının kullanılması önerilmektedir. Ağrı haritası, sıklıkla hastanın pelvik ağrısından daha fazlasını ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, KPA'lı kadınların %60'ından fazlasında baş ağrısı, %90'ından fazlasında sırt ağrısı da vardır. KPA'lı kadınların yaklaşık %60'ı tek taraflı, %40'ı çift taraflı veya yayılan ağrıdan şikâyet eder (Howard ve El-Minavi, 2000). Demir'in (2006) çalışmasında, kadınlar farklı vücut bölgelerinde; inguinal bölgenin her iki yanında/ sağında/ solunda, vulvada, simfisis pubis üzerinde, tüm karında, sırt ve belde ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir.

KPA'lılarda yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Short Form Health Survey (SF-36), Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP), Euro QOL (EQ-5D), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP), Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI), İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale, QWB), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL), Behaviour Illness Questionnaire, the Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression, and the Hospital Anxiety and depression Scale (HADS), Endometriosis Health Profile anketlerinin kullanımı önerilmektedir. Female Genitourinary Pain Index'inin (F-GUPI ölçeği) de KPA'lı kadınlarda semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla kullanılması önerilen formlar arasındadır (Passavanti, 2017).

KPA, bireylerin yaşam kalitelerini ciddi oranlarda etkilemekte olan yaygın bir problem olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda birçok kadının normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin önemli oranda azaldığı görülmektedir (Grace, 2006). Van Balken ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada, Perkütan Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu sonrası kadınların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık boyutlarında anlamlı değişiklikler olduğu belirtilmiştir (Van Balken, 2003). Bizim çalışmamızda SF-36'nın alt boyutları olan fiziksel sağlık puanı ve mental sağlık puanı ile pelvik ağrı etki anketi arasında ters yönde yüksek korelasyon saptandı.

Grace ve Zondervan (2006) 1160 kadının katılımıyla yaptığı çalışmasında, KPA'nın kadınların genel sağlık durumlarını negatif etkilediğini bildirmiştir. KPA'lı bireylerin daha çok uykuya ilgili sorun yaşadıkları, neredeyse yarısının da ağrılarının günlük aktivitelerini etkilemekte olduğu, analjezik kullanmadan ya da istirahat etmeden herhangi bir aktivite yapamadıkları (%12,2) ve hareketlerini kısıtlamak (%14,3) (yürüme ve hareket etme) durumunda oldukları görülmüştür (Grace, 2006). Bizim çalışmamızda ağrının uykudan uyandırma özelliğinin varlığı sorulduğunda katılımcıların %49,1'i evet uyandırıyor şeklinde cevap verdi, ayrıca aktiviteyle ağrılarının arttığını bildirdi. Yapılan araştırmalarda KPA'lı birçok kadının normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düştüğü görülmektedir (Grace ve Zondervan, 2006).

Zondervan ve ark. (2001) İngiltere'de yaptığı topluma dayalı çalışmalarında kadınların yaklaşık %70' i orta veya şiddetli seviyede ağrı belirtmiş, %58' i ağrılarının aktivitelerini kısıtladığını ve %33' ü önceki 12 ay süresince ağrı nedeniyle en az 1 gün işe gidemediklerini bildirmiştir. Sonuç olarak, KPA farklı açılardan bireylerin hayatını olumsuz etkilemektedir ve mümkün olduğunca erken dönemde gerekli değerlendirmeler yapılmalı ve uygun tedaviler planlanmalıdır.

6. SONUÇLAR

“Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyle sıralanmıştır:

1. PPIQ ölçeğinin Türkçe versiyonu geçerli ve güvenirdir.
2. Çalışmaya katılan olguların ortalama yaşı $43,67 \pm 11,71$ yılıdır.
3. Olguların çoğunluğunun evli, ev hanımı, sigara kullandığı ve aktivite alışkanlıklarının olmadığı tespit edildi.
4. Olguların en sık semptomlarının kabızlık olduğu bulundu.
5. Olguların çoğunluğunun normal vajinal doğum yaptığı, düşük ve kürtajlarının olmadığı saptandı.
6. Olguların çoğunluğunun pelvik ağrı süresinin 5 yıldan daha az olduğu, yaklaşık olarak yarısının da ağrı nedeniyle uykularından uyandıkları tespit edildi.
7. Olguların ortalama GAS puanı $4,54 \pm 1,89$ olarak bulundu.
8. Pelvik Ağrı Etki Anketi ile SF-36 ve McGill ölçekleri arasında tüm alt gruplarda yüksek düzeyde ilişki ve tüm alt parametrelerde de istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
9. Pelvik Ağrı Etki Anketinin sınıf içi korelasyon katsayısı incelendiğinde minimum korelasyon 0,746 ve maksimum korelasyon 0,770 olarak hesaplandı. Bu değerler sonucunda sorular arasındaki korelasyonun iyi düzeyde olduğu belirlendi.
10. Anketin genel cronbach alpha skoru ise 0,920 olarak hesaplandı.

Pelvik ağrının karmaşık doğası ve tanı koymadaki eksiklikler nedeniyle hastalara ulaşmada yaşanan zorluklar, hastaların şikâyet ve semptomlarını dile getirirken yaşadığı zorluklar, hastaların çalışmaya katılması halinde zarar görmesine yönelik önyargıya sahip olması ya da zaman ayırmak istememesi gibi uygulamadaki zorluklar bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sırasında karşılaşılan durumlardır. Bu nedenlerle pelvik ağrı ve etkilerini inceleyen daha fazla çalışma yapılmasının, rehabilitasyon ve tedavisinde multidisipliner bir ekibin yer almasının ve

hasta/yakınlarının eğitiminin önemli olduğu düşünölmektedir. Ayrıca bu çalışma, pelvik ağrının değerlendirilmesi için geliştirilen Pelvik Ağrı Etki Anketi'nin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapıldığı ulusal ve uluslararası düzeyde gerçekleştirilen ilk çalışmadır, bu nedenle literatürde alacağı yer açısından önemlidir. Sonuç olarak, KPA'nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında Pelvik Ağrı Etki Anketi kolaylıkla doldurulabilecek, anlaşılır ve takibinin kolay olması nedeniyle Türkiye'de kullanılması uygundur.



7. KAYNAKLAR

Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. ***Pain Physician*** 2014; 17(2): 141-147.

Andrews J, Yunker A, Reynolds WS, Likis FE, Sathe NA, & Jerome RN. Noncyclic chronic pelvic pain therapies for women: comparative effectiveness. 2012

Araz AAA, and Asan AA. Görsel Analog Ölçeği ve Duygu Kafesi: Kültürümüze Uyarlama Çalışması. ***Türk Psikolojileri Yazıları*** 2011; 14(27): 1-13.

Arnouk A, De E, Rehfuss A, Cappadocia C, Dickson S, & Lian F. Physical, complementary, and alternative medicine in the treatment of pelvic floor disorders. ***Current urology reports*** 2017; 18(6): 47.

Aslan FE, Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü. Ağrı Doğası ve Kontrolü. ***Avrupa Tıp Kitapçılık*** Ltd. Şti, 2006, s68-99 .

Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. Diagnosis and treatment. ***Obstetrics and gynecology clinics of North America*** 1993; 20(4): 719-742.

Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, & Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. ***Emergency Medicine Australasia*** 2005; 17(5-6): 472-479.

Bordman R, & Jackson B. Below the belt: approach to chronic pelvic pain. ***Canadian family physician*** 2006; 52(12): 1556-1562.

Bradley MH, Rawlins A, & Brinker CA. Physical therapy treatment of pelvic pain. ***Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*** 2017; 28(3): 589-601.

Carr AJ, Thompson PW, & Kirwan JR Outcome series series editors: dl scott and a. silman: quality of life measures. ***Rheumatology*** 1996; 35(3): 275-281.

Chalmers KJ, Catley MJ, Evans SF, Moseley GL. Assessing the impact of pelvic pain: development using a patient as expert approach, Rasch analysis, and reliability testing of the Pelvic Pain Impact Questionnaire. ***Australian & New Zealand Continence Journal*** 2016; 22(4): 91-92.

Clemens JQ, Calhoun EA, Litwin MS, McNaughton-Collins M, Kusek JW, Crowley EM, UPPCR Network. Validation of a modified National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index to assess genitourinary pain in both men and women. ***Urology*** 2009; 74(5): 983-987.

Clemons JL, Arya LA, & Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. **Obstetrics & Gynecology** 2002; 100(2): 337-341.

Cohen SP, & Mao J. Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. **BMJ** 2014; 348.

Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge, **British Association of Urological Surgeon** 2008; 102: 1061-1065.

Demir F. Kronik pelvik ağrıda jinekolojik, ürolojik, psikiyatrik etkenlerin araştırılması: Diagnostik laparoskopinin kronik pelvik ağrıdaki yeri. Uzmanlık Tezi, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Isparta, 2006, s.87.

Dick ML. Chronic pelvic pain in women: assessment and management. **Australian family physician** 2004; 33(12): 971.

Dietrich JE. An update on adenomyosis in the adolescent. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology** 2010; 22(5): 388-392.

Droz J, Howard FM. Use of the Short-Form McGill Pain Questionnaire as a Diagnostic Tool in Women with Chronic Pelvic Pain. **J Minim Invasive Gynecol** 2010; 18(2): 211-217.

Dun EC, Morozov V, & Lakhi NA. Multidisciplinary Approach to Chronic Pelvic Pain. **Journal of Neurology & Experimental Neuroscience** 2015; 1(1).

Engeler D, Baranowski A, & Borovicka J. Chronic pelvic pain. *EAU guidelines on chronic pelvic pain*. **European Association of Urology, Arnhem** 2017; 1-71.

Ercan İ, & İsmet K. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2004; 30(3): 211-216.

Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. **Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Birlik Dergisi** 2006; 1(2): 1-5.

Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ,& Williams ACDC. EAU guidelines on chronic pelvic pain. **European urology** 2010; 57(1): 35-48.

Firdoos S, Khan AU, & Ali F. Anti-nociceptive Effect of Caralluma edulis on Peripheral and Central Pain Pathways. **Sains Malaysiana** 2017; 46(10): 1859-1863.

FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, Kotarinos R, Fraser L, Cosby A, Fortman C, Neville C. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes, **The Journal of Urology** 2009; 182(2): 570-580.

FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, Yang CC, Peters KM, Chai TC, Nickel JC, Hanno PM, Kreder KJ, Burks DA, Mayer R. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness, **The Journal of Urology** 2012; 187: 2113-8.

Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices. **Obstet Gynecol** 1996; 87: 55- 8

Gelbaya TA, El-Halwagy HE . Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. **Obstetrical and Gynecological Survey** 2001; 56(12): 757-764.

Giamberardino MA, Berkley KJ, Iezzi S, de Bigontina P, & Vecchiet L. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. **Pain** 1997; 71(2): 187-197.

Gökyıldız Ş. Kronik Pelvik Ağrı ve Yaşam Kalitesi. **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi** 2009; 17(3): 198-202.

Gökyıldız Bayrak Ş. Kronik pelvik ağrı şikayeti olan hastalarda posterior tibial sinir uyarısı tedavisinin (nöromodülasyon) yaşam kalitesi üzerine etkisi. Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2008, s131.

Grace VM, & Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. **Australian and New Zealand journal of public health** 2004; 28(4): 369-375.

Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: Comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. **Health Care for Women International** 2006; 27: 585-599

Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: Comparative well-being, comorbidity and impact on work and other activities. **Health Care for Women International** 2006; 27: 585-599

Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. **Obstetrical and Gynecological Survey** 2003; 58(9): 615-623.

Halime K, & BEJİ NK. Jinekolojik Ağrı: Tanı ve Tedavide Güncel Yaklaşımlar, Kanıt Temelli Uygulamalar. **Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi** 2013; 21(3): 198-204.

Helley D, de Latour RP, Porcher R, Rodrigues CA, Galy-Fauroux I, Matheron J, . . . Socié G. Evaluation of hemostasis and endothelial function in patients with paroxysmal nocturnal hemoglobinuria receiving eculizumab. **Haematologica** 2010; 95(4): 574-581.

Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. **Obstetrical & gynecological survey** 1993; 48(6): 357-387.

Howard FM. Chronic pelvic pain. **Obstetrics & Gynecology** 2003; 101(3): 594-611.

Howard HS. Sexual adjustment counseling for women with chronic pelvic pain. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 2012; 41: 692-702.

Hunter CW, Stovall B, Chen G, Carlson J, & Levy R. Anatomy, pathophysiology and interventional therapies for chronic pelvic pain: A review. **Pain Physician** 2018; 21(2): 147-167.

Karakoç AGDFY, & Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. **Tıp Eğitimi Dünyası** 2014; 13(40): 39-49.

Kennedy S, & Moore J. The initial management of chronic pelvic pain. Green top guidelines. London: **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**. (2005).

Kim SW, Paick JS, Ku JH Percutaneous posterior tibial nevre stimulation in patients with chronic pelvic pain: A preliminary study. **Urol Int** 2007; 78: 58-62.

Küçük M, Oğurlu M, Sekdur F, Demircan S. Kadınlarda kronik pelvik ağrı. **Zeynep Kamil Tıp Bülteni**. 2010;41:77-84.

Lamvu GL, Williams R, Zolnoun D, Wechter ME, Shortliffe A, Fulton G, Steege JF. Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain.: One year after evaluation in a pelvic pain specialty clinic. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 2006; 195: 591-600.

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. **BMJ Journal** 2006; 1-7.

Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, & Eskenazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. **Fertility and sterility** 2003; 80(6): 1488-1494.

MA D, Bonaguidi M, & Song H. Adult Neural Stem Cells in the Mammalian Central Nervous System. **Cell Research** 2009; 672-82.

Mathias SD, Cupperman M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. CPP prevalence health related quality of life and economic correlates **Obstet –Gynecol** 1996; 87: 321 – 327.

Melzack R, Katz J. The MC Pain Questionnaire: Appraised and Current Status. Handbook of Pain Assesment, **The Guilford Pres**. 152- 168, New York, 1992

Montenegro ML, Braz CA, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, & Poli-Neto OB. Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain, **BMC anesthesiology** 2015; 15(1); 175.

Moore J, Barlow D, Jewell D, & Kennedy S. Do gastrointestinal symptoms vary with the menstrual cycle? **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology** 1998; 105(12): 1322-1325.

Van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JP, Debruyne FM, Bemelmans BL. Percutaneous tibial nevre stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. **Eur Urol** 2003; 43:158-163

Nagpal AS, & Moody EL. Interventional management for pelvic pain. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics** 2017; 28(3): 621-646.

Özçam H. Kronik pelvik ağrılı kadınlarda diagnostik laparoskopinin yeri. **Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi**, 2006..

Özdemir K. Sakarya İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevalansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. (2012).** Eskişehir

Özdemir K, Özerdoğan N, & Ünsal A. Doğurgan çağ kadınlar arasında kronik pelvik ağrı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. **Osmangazi Tıp Dergisi** 2015; 37(3): 13-22.

Özerdoğan N, & Ünsal A. Assessment of Chronic Pelvic Pain and Quality of Life among Women of Childbearing Age. **Osmangazi journal of medicine** 2015; 37(3).

Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, Bullen M, Kahn BS, & Willems JJ. The prevalence of interstitial cystitis in gynecologic patients with pelvic pain, as detected by intravesical potassium sensitivity. **American journal of obstetrics and gynecology** 2002; 187(5): 1395-1400.

Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, De Nardis L, & Pace MC. Chronic pelvic pain: assessment, evaluation, and objectivation. **Pain research and treatment** 2017.

Peters A, Trimboş-Kemper G, Admiraal C, Trimboş J, & Hermans J. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology** 1992; 99(1): 59-62.

Prior A, Wilson K, Whorwell P, & Faragher E. Irritable bowel syndrome in the gynecological clinic. **Digestive diseases and sciences** 1989; 34(12): 1820-1824.

Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. **Clinical obstetrics and gynecology** 1990; 33(1): 130-136.

Sakamoto A, Gamada K. (2019). Altered musculoskeletal mechanics as risk factors for postpartum pelvic girdle pain: a literature review. **J Phys Ther Sci.**, 2019; 831-838.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, . . . Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC health services research** 2006; 6(1): 44.

Sherwood E, Williams C, & Prough D. Anesthesiology Principles, Pain Management, and Conscious Sedation. Sabiston Textbook of Surgery (Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Practicsurgical Practice). In: **Philadelphia: Saunders** 2004.

Shin JH, & Howard FM. Management of chronic pelvic pain. **Current pain and headache reports** 2011; 15(5): 377.

Steege JF, & Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. **Obstetrics & Gynecology**, 2014; 124(3): 616-629.

Stuge B, Lærum E, Kirkesola G, & Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. **Spine** 2004; 29(4): 351-359.

Swank D, Swank-Bordewijk S, Hop W, Van Erp W, Janssen I, Bonjer H, & Jeekel J. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. **The Lancet** 2003; 361(9365): 1247-1251.

Taddio A, Goldbach M, Ipp M, Stevens B, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. **Lancet** 1995;345:291–292.

Tettambel MA. Using integrative therapies to treat women with chronic pelvic pain. **Journal of the American Osteopathic Association** 2007; 107(6): 17.

Till SR, Wahl HN, & As-Sanie S. The role of nonpharmacologic therapies in management of chronic pelvic pain: what to do when surgery fails. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology** 2017; 29(4): 231-239.

Tu FF, Senapati S, Goldstein G, & Roybal A. 17 Female Chronic Pelvic Pain. **Practical Guide to Chronic Pain Syndromes** 2016; 261.

Uyar M, & Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. **Neurophysiology of chronic pain TOTBİD Dergisi** 2017; 16: 70-76.

Uzbay T. Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 2004; 4(3): 1-11.

Passavanti MB, Pota V, Sansone P, Aurilio C, De Nardis L, Pace MC. Chronic Pelvic Pain: **Assessment, Evaluation, and Objectivation** 2017.

Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH. The use of electrical devices for the treatment of bladder dysfunction: a review of methods. **The Journal of Urology** 2004; 172: 846-851.

Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. **Arch Gynecol Obstet** 2006; 274: 297-302.

Vincent K. Chronic pelvic pain in women. **Postgraduate medical journal** 2009; 85(999): 24-29.

Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Stuessen B, & Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. **European Spine Journal** 2008; 17(6): 794-819.

Wallach EE, Eisenberg E, Green I, & Scheib SA. **Hysterectomy: Exploring your options: JHU Press**. 2015.

Ware Jr JE, & Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. **Medical care** 1992; 473-483.

Weijnenborg PTM, Greven A, Dekker FW, Peters AAW ve ter Kuile MM. Clinical course of chronic pelvic pain in women. **Pain** 2007; 132: 117-123.

Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Steege JS. Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004; 104: 58-59.

Winn H. ClinicalKey Flex. Youmans and Winn Neurological Surgery. In: **Philadelphia PA: Elsevier** 2017.

Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2016; 23(2).

Yosef A, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, & Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: pathogenesis and validated assessment. *Middle East Fertility Society Journal* 2016; 21(4): 205-221.

Yousry Y, Ahmed S, El-dawaiaty AA. Prevalence and characteristics of chronic pelvic pain among women in Alexandria, *Egypt* 2011; 33-38,

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, & Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1999; 106(11): 1149-1155.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *British Journal of General Practice* 2001(a); 51: 541-547.

Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Chronic pelvic pain in the community-Symptoms, investigations, and diagnoses, *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1149-1155.

8. ÖZGEÇMİŞ

28 Nisan 1991 tarihinde Afyonkarahisar ilinin Sandıklı ilçesinde doğmuştur. İlkokul eğitimine Sandıklı'da başlamış Aydın'da devam etmiştir. Ortaokul eğitimini Kastamonu'da almıştır. Lise eğitimini Kastamonu Göl Anadolu Öğretmen Lisesi'nde tamamlamıştır. 2009 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde lisans eğitimine başlamış 2013 yılında ise tamamlamıştır. 2016 yılında Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde yüksek lisans eğitimine başlamış bir yıllık ders döneminin ardından İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'ne yatay geçiş yapmıştır. Yüksek lisans eğitimine İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde devam etmektedir.

2013 yılından beri Aydın ilinin Nazilli ilçesindeki Evren Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi'nde Fizyoterapist olarak görev yapmaktadır.

Katıldığı kurslar ve kongreler şu şekildedir:

11-12 Mayıs 2013 yılında AC-OMT ve Dura Osteopathy tarafından düzenlenen Dry Needling, 18-19 Mayıs 2013 clinic and kinesiology taping, 26 Ağustos Love and Intimacy Workshop, 27-28 Ağustos Exercise for Women's Health, 21-23 Haziran 2019 Brian Mulligan's Concepts Lower Quadrant, 30 Eylül-1 Ekim Advanced Orthopedic Manuel Therapy Level1 course on Lumbar, Cervical and Thoracic Region Manipulation and Mobilisation Techniques, 7-8 Ekim Upper Extremity Advanced Manuel Threapy Course, 7-8 Ekim Nerve entrapment, Trigger Point and Graston Method of Instrument-assisted Soft Tissue Mobilization Course, 14-15 Ekim Lower Extremity Advanced Manuel Threapy Course, 14-15 Ekim Manuel Lenf Drenaj ve Ölçü Alma Teknikleri kurslarına katılmıştır. 13-15 Nisan 2013 1. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Öğrenci Kongresi ve 30 Kasım-3 Aralık 2. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi'ne katılmıştır.

9. EKLER

Ek-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
“GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR BAŞVURUSU”
İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Pelvik Ağrı Etki Anketi'nin (The Pelvic Pain Impact Questionnaire) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği
Sorumlu Araştırmacının Adı: Betül TAŞPINAR
Diğer Araştırmacıların Adı: Tuğçe Keziban KURT

“Pelvek Ağrı Etki Anketi'nin (The Pelvic Pain Impact Questionnaire) Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmeniz nedeni çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlamanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında, Betül TAŞPINAR sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Kronik Pelvik Ağrı(KPA), hastaların yaşam kalitesini yüksek oranda etkileyen yaygın bir sorundur. Hastalar hem ev hem de işyerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşarlar. KPA'nın yaşam kalitesi üzerine etkisi birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Mathias ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların yaklaşık % 25'inde her ay bir ya da yarım gün KPA nedeniyle iş gücü kaybı olduğu, % 58'inde normal yaşamlarını ağrı nedeniyle sürdüremediği, % 52,7'sinde ise KPA'nın aile, sosyal ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada ise; KPA'nın fonksiyonel yetersizliklere yol açtığı ve medikal veya cerrahi tedavi gerektirdiği bildirilmiştir.

Bu nedenle, pelvik ağrı ve sebepleri iyi anlaşılmalı ve çözüm yoluna gidilmelidir. Fakat pelvik ağrının diagnozu klinisyenler arasında farklılıklar göstermektedir. Kısmi sebebi pelvik ağrının altında yatan mekanizma çeşitliliği, iyi anlaşılabilmesi ve birden fazla duruma sahip olmasıdır. Ayrıca son zamanlarda pelvik ağrı değerlendirme metodu tanımlanmamıştır. Klinik testler ise genellikle fizyolojik problemlere odaklanmıştır ancak kişinin sağlığı ve fonksiyonel seviyesi arasındaki bağlantısı incelenmemiştir. Özel alanları değerlendirmez. Daha da önemlisi açık teşhis gerektirir. Hasta ve klinisyenlerin yaşam kalitesine karar verme konusunda belirgin farklı görüşlerinin olması hasta görüşünü temel alarak değerlendirme oluşturmanın önemini vurgulamaktadır. Grace ve Zondervan sosyal aktivite limitasyonları, cinsel ilişki, sosyal çevre sorunlarına ilişkin özel bir klinik bakış açısı geliştirmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda bu etki alanlarını araştırıp ölçebilecek bir klinik araç üretilmemiştir.

Bu bilgiler ışığında, pelvik ağrının teşhisindeki problemler, uzman görüş farklılıkları, değerlendirmedeki eksiklikler ve literatürdeki boşluğun doldurulması amacıyla Jane Chalmers ve ark. tarafından Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) geliştirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, “Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmektir. Böylece Ülkemizde de KPA'nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında bu anketin kullanılması sağlanarak klinisyen ve hasta görüşünün birlikteliğinin önemi vurgulanacaktır.

Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul eden 100 katılımcı ile “Pelvic Pain Impact Questionnaire” nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmam mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Çalışmamız anket uygulaması şeklindedir. 10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılara soru cevap şeklinde uygulanacaktır.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR BAŞVURUSU”
İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Örnek:

1. Çalışmamız soru-cevap şeklinde olacaktır. Herhangi bir risk teşkil etmemektedir
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Kronik pelvik ağrı yaşam kalitesini yüksek oranda etkilemektedir ve değerlendirmesinde eksiklikler, teşhisinde problemler yaşanmaktadır. Pelvik ağrının teşhisindeki problemler, uzman görüş farklılıkları, değerlendirmedeki eksiklikler ve literatürdeki boşluğun doldurulması amacıyla Jane Chalmers ve ark. tarafından Pelvic Pain Impact Questionnaire (PPIQ) geliştirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızın amacı, “Pelvic Pain Impact Questionnaire” anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmektir. Böylece Ülkemizde de KPA'nın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında bu anketin kullanılması sağlanarak klinisyen ve hasta görüşünün birlikteliğinin önemi vurgulanacaktır. Siz de çalışmamıza katılarak bu anketi oluşturmamıza önemli bir katkı sağlamış olacaksınız.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Sorumlu araştırmacı, kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayımlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Tuğçe Keziban KURT
GÖREVİ : Fizyoterapist
TELEFON: 05387074477

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Çalışmada yer alan Tuğçe Keziban KURT tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun beni etkilemeyeceğini biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.



T.C.
İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR BAŞVURUSU”
İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hükümet Mah. İnönü Cad. PTT Lojmanları No:10/A Yenipazar/AYDIN adresinden ulaşabileceğimi veya 05387074477 numaralı telefon'dan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı soyadı, unvanı: Tuğçe Keziban KURT
Fizyoterapist

Adres:

Adres:

Adres: Hükümet Mah. İnönü Cad. PTT
Lojmanları No:10/A Yenipazar/AYDIN

Tel:

Tel:

Tel: 05387074477

İmza:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Ek-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

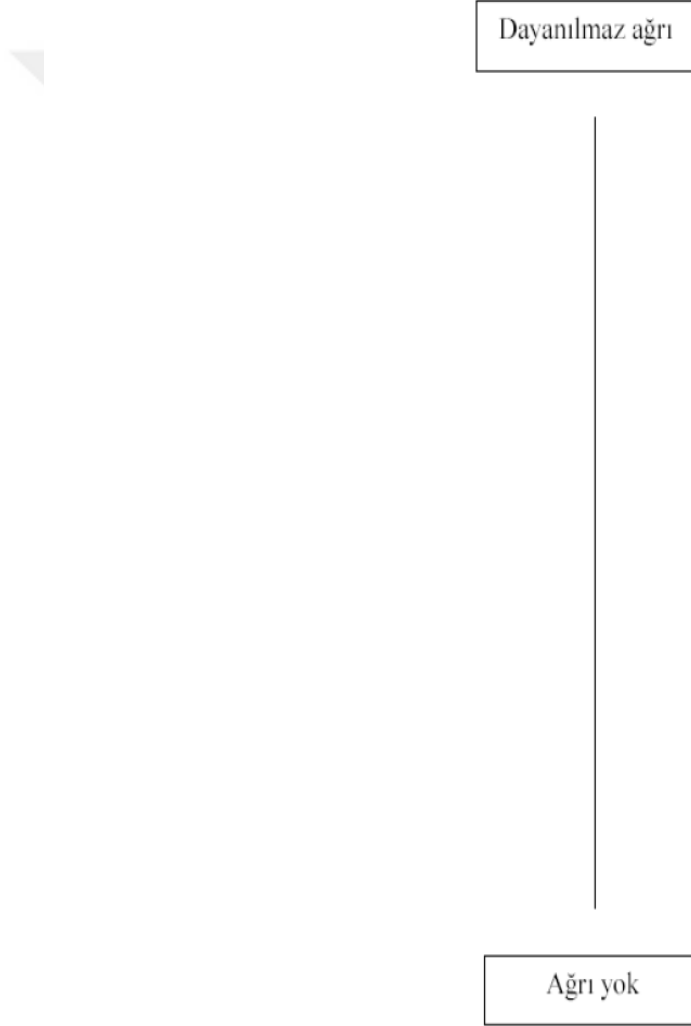
DEMOGRAFİK VE TANIMLAYICI BİLGİLER

<p>1.Yaşınız 2. Boyunuz 3.Kilonuz 4.Medeni durumunuz: 5.Öğrenim düzeyiniz:</p>	<p>..... 1.Evli 2.Bekar 3.Dul 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3.İlkokul 4.Orta okul 5.Lise 6.Üniversite 7.Diğer...</p>	<p>13.Obstetrik hikaye</p>	<p>1. Gebelik sayısı..... 2. Kürtaj sayısı..... 3. Düşük sayısı..... 4. Yaşayan çocuk sayısı..... 5. Doğum ya da gebeliğiniz sırasında hangilerini deneyimlediniz? 1. Epizyotomi 2. Vakum 3. Forseps 4. Sezeryan 5. Vajinal laserasyon 6. Doğum sonu kanama</p>
<p>6.Meslek 7.Sosyal güvence 8.Sigara kullanımı 9.Alkol kullanımı 10.Fiziksel aktivite alışkanlığı</p>	<p>1.Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest meslek 5. Emekli 1.Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ- Kur 4. Yeşil kart 5. Özel sigorta 6. Yok 1. Hayır 2. Evet (günde adet) (...ay/yıl) 3. Bıraktım (süresi.....) 1.hayır 2.evet (..... bardak/gün) 1. Hiç 2. Nadiren 3. Haftada 1-2 kez 4. Haftada 3-5 kez 5. Her gün</p>	<p>14.Jinekolojik hikaye</p>	<p>1.Son 6 ay içerisinde üreme sistemi ile ilgili hangi şikayet ya da şikayetleriniz oldu? 1. Olmadı 2. Vajinal akıntı 3. Kaşıntı 4. Dış üreme organlarında şişlik 5. Ağrı 6. Diğer..... 2. Vajinal akıntınız varsa özelliğini belirtiniz: 1.Normal akıntı 2. Sarı- yeşilimsi akıntı 3. Süt keşiği gibi akıntı 4. Sarı renkli kötü kokulu akıntı 5. Gri-beyaz akıntı 6. Diğer..... 3.Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri var mı? 1. Endometriozis 2. Pelvik inflamatuvar hastalık 3. Adenomyozis 4. Over kisti 5. Adhezyonlar 6. Pelvik konjesyon sendromu 7. Diğer.....</p>
<p>11.Yapılan aktivite türü 12.Yandaki durumlardan en sık yaşadığınız hangisi?</p>	<p>..... İshal Kabızlık Bulantı/kusma</p>	<p>15.Alt karın veya kasık bölgenizde ağrı var mı? 16.Pelvik ağrınız ile ilgili bilgiler</p>	<p>1.Hayır 2.Evet (21. Soruya geçin) Başlangıç zamanı/sıklığı: İlaç kullanımı: Uyku problemi: Ağrıyı artıran faktörler Ağrıyı azaltan faktörler:</p>

Ek-3 Görsel Analog Skala**GÖRSEL ANALOG SKALASI**

AD SOYAD:

Aşağıdaki skala ağrınızın şiddetini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen şu andaki ağrınızı çizgi üzerinde işaretleyerek gösteriniz.



Ek-4 GMcGill-Melzack Ağrı Anketi

MCGILL- AĞRI SORU FORMU

Hastanın Adı:.....
Yaşı:.....
Dosya No:.....Tarih:.....
Klinik Sorun :.....
Tanı :.....
Analjezik (Şayet verilmişse)
1.Tipi:.....
2.Dozu:.....

Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın.

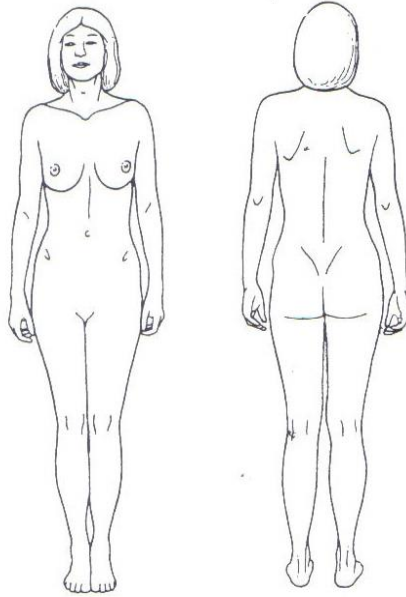
1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek)
Bu anket; ağrınız hakkında bize daha fazla bilgi vermek üzere tasarlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınız nerededir? (2)Nasıl bir his yaratıyor? (3) Zamanla nasıl değişiyor?

(4) Ne kadar güçlü?

Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.

I. BÖLÜM : AĞRINIZ NEREDEDİR?

Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede /nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise D harfi veya vücut yüzeyinde ise Y harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise DY harflerini yazınız.



II. BÖLÜM AĞRINIZ NEYE BENZİYOR?

Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır, Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız. Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz

1	6	11	17
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen
Zonkluyor	7	Tiksindirici	Delen
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici
2	Haşlıyıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici
Fırlayan	3	14	Sıkıştırıcı
3	Sızlıyor gibi	Cezalandırıcı	Yırtıcı
Diken diken	Kaşınıtlı	Bitap düşürücü	19
Oyuluyor gibi	Acıtıcı	Dayanılmaz	Ürperten
Deliyorlar gibi	İğne batar gibi	Şiddetli	Üşüten
Şiş saplanır gibi	9	Öldürücü	Donduran
Şimşek çakar gibi	Künt	15	20
4	Çıldıratan	Biçare eden	Sürekli
Çok keskin	Yaralayıcı	Kör eden	Rahatsız eden
Kesiliyor gibi	Sızlayan	16	Bulantı veren
Yırtılır gibi	Yoğun	Usandıran	Izdırap veren
5	10	Sıkıntılı	Berbat
Kemirici sancı	Hassas	Perişan eden.	İşkence edici tarzda
Kasılır tarzda	Gergin	Yoğun	Dayanılmaz
Eziliyor gibi	Törpüleyen	Keskin	

III.BÖLÜM ZAMANLA AĞRINIZ NASIL DEĞİŞİYOR?

1.Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız?

1	2	3
Devamlı	Ritmik	Genel
Kararlı	Periyodik	Anlık
Sabit	Aralıklı	Geçici

2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?

3. Neler ağrınızı artırıyor?

IV. BÖLÜM AĞRINIZ NE KADAR GÜÇLÜ?

İnsanlar, artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimeye birleşirler. Bunlar

1	2	3	4	5
Hafif	Rahatsız edici	Şiddetli	Çok şiddetli	Dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, en uygun rakamı yazınız.

1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar?
2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar?
3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar?
4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrınızı hangi kelime tanımlar?
5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar?
6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?

Ek-5 Pelvik Ağrı Anketi

Pelvik Ağrı Etki Anketi

İsim: _____

Tarih: _____

Talimatlar:

Aşağıdaki 8 sorudan her biri için, pelvik ağrınızın geçen ay boyunca hayatınızın bu yönlerini ne kadar etkilediğini gösteren kutucuğu işaretleyin. Bu sorulara verdiğiniz cevaplar, final puanınızı belirlemek için toplanabilir.

Geçen ay, pelvik ağrınız aşağıdaki fonksiyonlarınızı ne kadar etkiledi?	Hiç (0)	Biraz (1)	Orta (2)	Oldukça (3)	Çok fazla (4)
enerji düzeyi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruh hali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uyku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mide ve barsak fonksiyonu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 dakikadan uzun oturabilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
evde / işte / okulda / üniversitede normal performans gösterme ve fonksiyonel olma yeteneği?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fiziksel aktivite yapma yeteneği? (örneğin; jogging, yoga, bisiklet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bazı kıyafetleri giyebilme yeteneği? (örneğin; iç çamaşırı, sıkı giysiler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toplam:

Aşağıdaki sorular sizin için geçerli ise, lütfen cevap verin. Değilse, lütfen boş bırakın. Bu sorular toplam puanınıza eklenmeyecektir.

Son adet döneminizde, pelvik ağrınız tampon kullanma durumunuzu ne kadar etkiledi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geçen ay, pelvik ağrınız cinsel ilişki durumunuzu ne kadar etkiledi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-6 SF-36**SF-36 (Short Form 36)**

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel Çok iyi İyi Orta (fena değil) Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi Bir yıl öncesinden biraz iyi Hemen hemen aynı Bir yıl öncesinden biraz daha kötü Bir yıl öncesinden çok daha kötü **SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER**

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı
- Çok az
- Az
- Orta derecede
- Çok
- Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Epey etkiledi
- Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu	Epey	Bazen	Ara	Hiç bir
		zaman	zaman		sıra	zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Çok sınırlı biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Sağlığımız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum: