

**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**SAKARYA İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU  
KADINLARDA KRONİK PELVİK AĞRININ  
PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEVSER ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN**

**Yard. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN**

**MART- 2012**



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**SAKARYA İLİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU  
KADINLARDA KRONİK PELVİK AĞRININ  
PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KEVSER ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN**

**Yard. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN**

**MART- 2012**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Kevser ÖZDEMİR Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Sakarya İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevalansı Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi ” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

24.04.2012

Prof. Dr. S.Sinan ÖZALP  
JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr.Alaaddin ÜNSAL  
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN  
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. F.Deniz SAYINER  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN  
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
27.04.2012..... tarih ve ....913/4.256..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr.Kazım ÖZDAMAR  
Sağ.Bil.Enst.Müdürü



## ÖZET

### **Sakarya İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevalansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

Kronik pelvik ağrı (KPA), pelvis ya da alt abdomende sabit ya da kesintili en az 6 ay süren, menstruasyon, gebelik ya da cinsel ilişki ile bağlantılı olmayan ağrı olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda görülen en yaygın medikal problemlerden biri olan KPA bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubu olarak kabul edilmektedir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da bireylerin sıkıntı yaşamalarına, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine, fiziksel, ekonomik ve emosyonel sorunlara neden olabilmektedir.

Bu çalışma, Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda KPA'nın prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Çalışmanın evrenini Sakarya il merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası 68880 kadın oluşturdu. İncelenen olayın görülme sıklığı %25.4 ile %14.7 arasında değiştiği için p değeri 0,25 alınarak; örneklem büyüklüğü  $\pm 0,02$ 'lik sapmayla 1754 kişi olarak belirlendi. Çalışma grubuna 1765 kadın alındı. Veri toplama aracı olarak; sosyo-demografik, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik-jinekolojik ve menstrual öykü, üriner sistem, gastrointestinal sistem ve KPA ile ilgili özelliklerin yer aldığı soru formu ve SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, McGill Melzack Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama ölçekleri kullanıldı. Veriler 15.09.2010–15.10.2011 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan kadınların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin istatistiksel analizi için; Student t testi, Ki- kare testi ve Backward Stepwise Logistik Regresyon Analizi kullanıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kadınların %12.2'sinde KPA şikayeti olduğu saptandı. Kadınların %38.4'ünün KPA şikayetini son 6ay-1 yıldır

yaşadığı, %56.0'nın KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç kullandığı, %36.1'nin sağlık kuruluşuna başvurduğu, %69.0'nın uyku problemi yaşadığı, %44.4'ünde ağrı atağının ayda en az 1 kez olduğu belirlendi. Lojistik regresyon analizine göre; hekim tanıli herhangi bir jinekolojik hastalık varlığı (OR: 2.747;  $p<0.05$ ), dismenore ve disparoni şikayetinin olması (OR: 3.075;  $p<0.05$ ; OR: 6.038;  $p<0.001$ ), adet kanamalarının düzensiz olması (OR: 3.793;  $p<0.01$ ) KPA için bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Kadınların medeni durumu, öğrenim düzeyi, alkol ve kafeinli içecek tüketmesi, beden kitle indeksi, daha önce gebe kalma, küretaj olma, epizyotomi uygulanması ve sezaryen doğum yapma, kontraseptif yöntem olarak RİA veya tüp ligasyon kullanma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). KPA varlığının yaşam kalitesinin mental sağlık alt alanı hariç, en fazla ağrı alt alanında olmak üzere sırasıyla fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, fiziksel rol, genel sağlık algısı, zindelik ve sosyal fonksiyon alanlarında yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Pelvik Ağrı, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Mc Gill Ağrı Soru Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği

## SUMMARY

### **Prevalence of Chronic Pelvic Pain, Associated Risk Factors and Impact on Quality of Life in Women in the 15-49 Age Group Who Reside in Sakarya**

Chronic pelvic pain (CPP) is described as constant or intermittent pain in the pelvis or lower abdomen unassociated with menstruation, pregnancy or sexual intercourse persisting for at least 6 months. One of the most prevalent medical problems in women, CPP is not considered a disease in itself, but rather a symptom or a group of symptoms. Although it is not a life-threatening condition, CPP may lead to stress, negative impacts on quality of life and physical, economic and emotional problems in affected individuals.

The objective of the present study was to identify the prevalence of chronic pelvic pain, associated risk factors and its impact on quality of life in women in the 15-49 age group who reside in Sakarya.

The universe of the study included 68880 women of ages 15-49 who reside in city center of Sakarya. Since the prevalence of the event being investigated varies between 25.4 and 14.7%, the sample size was established as 1754 subjects using a  $p$  value of 0,25 with a  $\pm 0,02$  excursion. 1765 women were included in the study group. A questionnaire covering socio-demographical characteristics, overall health status, obstetrics/gynecological and menstrual history, urinary system, gastrointestinal system and CPP as well as SF-36 Quality of Life Questionnaire, McGill Melzack Pain Questionnaire and Visual Analogue Scale were used as data collecting tools. The data were collected during face-to-face meetings by visiting the women included in the study at their residences between 15.09.2010 and 15.10.2011. Student's  $t$  test, chi-square and Backward Stepwise Logistic Regression Analyses were used for statistical evaluation.

The results of the study showed that 12.2% of the women had CPP. Of the women, 38.4% experienced CPP during the last 6 months-1 year, 56.0% used pain relievers for CPP, 36.1% presented to a healthcare facility, 69.0% had sleeping problems, and 44.4% had pain attacks at least once per month. Based on the logistic regression analysis, presence of any gynecologic disorder diagnosed by a physician (OR: 2.747;  $p < 0.05$ ), of dysmenorrhea and dyspareunia (OR: 3.075;  $p < 0.05$ ; OR: 6.038;  $p < 0.001$ , respectively) and irregular menstrual bleeding (OR: 3.793;  $p < 0.01$ ) were independent risk factors. There were no statistically significant association of CPP with marital status, level of education, consumption of alcohol or caffeine-containing beverages, body mass index, previous conception, history of curettage, episiotomy and cesarean section, or using IUD or tubal ligation as a contraceptive method ( $p > 0.05$ ). Presence of CPP reduced quality life to a statistically significant extent, the foremost parameter excluding mental health being the pain subdomain, followed by physical functioning, emotional role, physical role, overall perception of health, vigor and social functioning.

**Key words:** Chronic Pelvic Pain, SF-36 Quality of Life Questionnaire, Mc Gill Pain Score Scale, Visual Analogue Scale

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	V
SUMMARY .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLOLAR DİZİNİ .....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR .....	xv
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Kronik Pelvik Ağrı .....	5
2.2. Yaşam Kalitesi .....	27
2.3. Kronik Pelvik Ağrı Ve Hemşirelik.....	33
2.4. Dismenore .....	35
2.5. Disparoni .....	37
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>39</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	39
3.2. Araştırmanın Evreni .....	39
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	39
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	42
3.5. Verilerin Toplanması .....	43
3.5.1. Verilerin toplanmasında kullanılan araçlar .....	43
3.5.2 Katılımcı bilgi formu .....	43
3.5.3 Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği .....	44
3.5.4. Mc Gill melzack ağrı soru formu .....	56
3.5.5. Görsel kıyaslama ölçeği .....	57

3.5.6. Veri toplama formunun ön uygulaması.....	57
3. 5. 7. Veri toplama formlarının uygulanması .....	58
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi .....	58
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	58
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>59</b>
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik, Menstrual ve Jinekolojik Özellikleri, KPA İle İlişkili Olabilecek Genital, Üriner ve Gastrointestinal Sistemle İlgili Şikayetleri.....	60
4.2. KPA'sı Bulunanlarda Ağrıyla İlgili Özelliklerin Belirlenmesi, Mc-Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği Değerlendirmesine İlişkin Bulgular .....	70
4.3. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik, Menstrual ve Jinekolojik Özellikleri ile Üriner Sistem ve Gastrointestinal Sistem Özelliklerine Göre Dağılımı .....	79
4.4. Kronik Pelvik Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi .....	92
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>93</b>
5.1. KPA ile ilgili özelliklerin, Mc-Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği değerlendirmesine ilişkin bulguların tartışılması .....	93
5.2. KPA'nın Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	99
5.3. KPA'nın Yaşam Kalitesine Etkisi ile İlişkili Bulguların Tartışılması .....	106
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>112</b>
6.1. Sonuçlar.....	112
6.2. Öneriler .....	119
<b>7. KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>120</b>
<b>8. EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>125</b>
EK 1 .....	128
EK 2 .....	133
EK 3 .....	141

EK 4 .....	145
EK 5 .....	148
EK 6 .....	149
EK 7 .....	167
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>169</b>

## TABLolar DİZİNİ

## Sayfa

Tablo 2.4.1. Primer dismenore ve sekonder dismenore arasındaki farklar	37
Tablo 3.3.1. Sağlık ocağı bölgelerine göre 15-49 yaş grubu kadın nüfusu	40
Tablo 3.3.2. Yerleşim Yerlerine Göre Örneklem Sayıları	41
Tablo 3.3.3 Yaş Grupları ve Yerleşim Yerlerine Göre Örneklem Sayıları	41
Tablo 3.5.3.1.Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması	47
Tablo 3.5.3.2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması	48
Tablo 3.5.3.3 Fiziksel İşlev Başlıkları ve Puanlaması	49
Tablo 3.5.3.4. Mental İşlev Başlıkları ve Puanlaması	49
Tablo 3.5.3.5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması	50
Tablo.3.5.3.6 Enerji (zindelik) / Yorgunluk Başlıkları Puanlaması	51
Tablo 3.5.3.7. Ağrı Başlıkları ve Puanlaması	52
Tablo 3.5.3.8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlaması	53
Tablo 3.5.3.9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması	54
Tablo 3.5.3.10. SF 36 Ölçeğinin Puanlarının Hesaplanması	55
Tablo 4.1.1. Çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı	61
Tablo 4.1.2. Çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı alışkanlıklarına ve sağlık problemlerine ilişkin verilerin dağılımı	63
Tablo 4.1.3. Çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı obstetrik özellikleri	64
Tablo 4.1.4. Çalışma grubundaki kadınların bazı menstrual özellikleri	65
Tablo 4.1.5. Çalışma grubundaki kadınların bazı jinekolojik özellikleri	67
Tablo 4.1.6. Çalışma grubundaki kadınların bazı üriner sistem özellikleri	68
Tablo 4.1.7. Çalışma grubundaki kadınların bazı gastrointestinal sistem özellikleri	69
Tablo 4.2.1. Çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanma durumlarına ilişkin verilerin dağılımları	71
Tablo 4.2.2. KPA'lı kadınlarda ağrının bulunduğu bölgeye ilişkin verilerin dağılımı	74



Tablo 4.2.3. KPA'lı kadınlarda ağrının derin ve yüzeysel hissedilmesine ilişkin verilerin dağılımı	74
Tablo 4.2.4. KPA'lı kadınların McGill Ağrı Soru Formu'nda yer alan ağrı niteliğini tanımlayan ifadelerinin dağılımı	75
Tablo 4.2.5. KPA'lı kadınların McGill Ağrı Soru Formu ağrı boyut puan ortalamaları	77
Tablo 4.2.6. KPA'lı kadınların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrılarının zamanla ilişkisine yönelik bulguların dağılımı	77
Tablo 4.2.7. KPA'lı kadınlarda ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerin dağılımı	78
Tablo 4.2.8. KPA'lı kadınlarda McGill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre ağrı şiddeti puan ortalaması	78
Tablo 4.3.1. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların yaş gruplarına göre dağılımı	79
Tablo 4.3.2. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı sosyo demografik özelliklere göre dağılımı	80
Tablo 4.3.3. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı	81
Tablo 4.3.4. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı sağlık problemlerine göre dağılımı	82
Tablo 4.3.5. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı	83
Tablo 4.3.6. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı jinekolojik özelliklerine göre dağılımı	85
Tablo4.3.7. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların son 6 ay içerisinde üreme sistemiyle ilgili şikayet yaşama durumlarına göre dağılımı	86
Tablo 4.3.8. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların tanı konulan jinekolojik hastalık durumlarına göre dağılımı	88
Tablo 4.3.9. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı sistemik rahatsızlıklara göre dağılımı	90
Tablo 4.3.10. Lojistik regresyon analizine göre KPA için önemli bağımsız değişkenler	91
Tablo 4.4.1. KPA'sı olan ve olmayan gruplarda SF- 36 puan ortalamalarının dağılımı	92

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Şekil 4.1.1. KPA'nın dağılımı	69
Şekil 4.2.1. Kadınların KPA yaşama süreleri	70
Şekil 4.2.2. Çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma durumları	71
4.2.3. Çalışma grubundaki kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri	72
Şekil 4.2.4. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların şikayetinin azalma durumları	72
Şekil 4.2.5. Çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle uyku problemi yaşama durumu	73
Şekil 4.3.1. Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların ilk adet yaşlarına göre dağılımı	84
Şekil 4.3.2. Çalışma grubundaki kadınların vajinal akıntı karakterlerine göre KPA dağılımı	87
Şekil 4.3.3. Çalışma grubundaki kadınların üriner inkontinans varlığı ve tiplerine göre KPA dağılımı	89

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

- BKİ:** Beden Kitle İndeksi  
**FMS:** Fibromiyalji Sendromu  
**GİS:** Gastrointestinal Sistem  
**GKÖ:** Görsel Kıyaslama Ölçeği  
**İBS:** İrritabil Bağırsak Sendromu  
**KPA:** Kronik Pelvik Ağrı  
**PIH:** Pelvik İnflamatuvar Hastalık  
**MASF:** Melzack Ağrı Soru Formu  
**SF- 36:** Short Form-36/ Kısa Form-36  
**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü  
**X:** Aritmetik Ortalama  
**Sd:** Standart Deviasyon

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, hastalıkların en yaygın semptomudur. Jinekolojik hastalıklarda çoğunlukla ağrının nedeni ve tedavisi açıktır. Fakat bazı klinik durumlarda tanı koymak zordur. Kronik pelvik ağrı (KPA) bu durumlardan birisidir (71).

Kadınlarda görülen en yaygın medikal problemlerden biri olan KPA bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubu olarak kabul edilmektedir (16, 39, 92, 104, 114). Kadınların fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkileyen, KPA'nın farklı tanımları bulunmaktadır. Royal Collage of Obstetricans and Gynecologists (RCOG) kronik pelvik ağrıyı; pelvis ya da alt abdomende sabit ya da kesintili en az 6 ay süren, menstruasyon, gebelik ya da cinsel ilişki ile bağlantılı olmayan ağrı olarak tanımlamıştır (102).

KPA'ya ait risk faktörleri arasında 30 yaşından küçük olma, düşük sosyo ekonomik durum, zayıflık, sigara içme, pelvik enfeksiyon (PIH), erken menarş, uzun sikluslar, şiddetli ve düzensiz menstrual kanama, cinsel istismar öyküsü ve sterilizasyon yer almaktadır (55, 92).

KPA'nın etyolojisi sıklıkla net değildir ve multifaktöriyeldir. KPA'nın etyolojisinde visseral ya da somatik orjinli birçok farklı bozukluk olabilir (37). KPA'nın değerlendirilmesinde jinekolojik, ürolojik, kas-iskelet sistemi ve psikonörolojik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (16, 68).

KPA'lı kadınların doğru prevalansını tespit etmek zordur. Çünkü çoğu kadın bu ağrıyı yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmekte ve yardım istememektedir (102). KPA'nın prevalansını belirlemede en kapsamlı çalışma, Amerika'da 1996 yılında Mathias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışma üreme çağındaki 5263 kadınla telefon görüşmesiyle gerçekleştirilmiş ve KPA'nın prevalansı %14.7 olarak bulunmuştur (39, 59). Başka bir araştırmada yine ABD'de Jamieson ve Steege (1996)

tarafından yapılmıştır. Birinci basamak sağlık birimlerine (3 kadın doğum ve 2 aile hekimliği) başvuran 18-45 yaş arası 581 kadın sorgulanmış ve KPA görülme sıklığı %16 olarak bildirilmiştir (48). Zondervan 2001 yılında Yeni Zellanda’ da yaptığı çalışmada, 18-50 yaş grubundaki 2261 kadına posta yoluyla ulaşmış ve prevalansı %25.4 bulmuştur (116). Zondervan ve arkadaşları 2001 yılında İngiltere’de KPA sıklığını ve KPA’nın kadınların yaşamlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları topluma dayalı çalışmalarında 18-49 yaş aralığındaki 3916 kadına posta yoluyla ulaşmış ve KPA’ nın prevalansını %24 olarak belirlemiştir (113). Yine Zondervan ve arkadaşlarının İngiltere’de birinci basamak sağlık birimlerine başvuran kadınlar arasında KPA görülme sıklığını ve insidansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarında; 15-73 yaşları arasındaki kadınlarda KPA’nın yıllık prevalansı 38/1000 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre KPA, migren (%2.1) ve astım (%3.7) gibi diğer kronik hastalıklardan daha sık görülmektedir (114).

Ülkemizde KPA’nın prevalansını belirlemeye yönelik bir çalışma yapılmamıştır. Bu amaçla, ülkemizde ulusal nüfus ve sağlık araştırmalarında KPA'ya yer verilmeli ya da rutin kayıt sisteminde konu ile ilgili yeni düzenlemeler yapılmalıdır.

KPA’nın tanınması sistematik ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Öncelikle hastadan detaylı bir anamnez alınmalıdır. İyi alınmış bir anamnez KPA’lı hastaları değerlendirmede en önemli ve tanının konulmasında en faydalı yöntemdir. Daha sonra abdominal ve pelvik bölge ayrıca kas- iskelet sistemi fiziksel muayene ile değerlendirilir (37).

KPA, hastaların yaşam kalitesini yüksek oranda etkileyen yaygın bir problemdir. Hastalar hem ev hem de işyerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşarlar. Fonksiyonel yetersizliklere yol açar ve medikal veya cerrahi tedavi gerekir. Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen hastaların normal veya normale yakın seviyede fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir (37). Kadınların, hayatları boyunca %33 oranında, reproduktif yaşlarda ise %12 oranında KPA şikayetleri olmaktadır (48). Jinekolojik nedenli yapılan

laparoskopilerin yaklaşık %40, histerektomilerin yaklaşık %12'sinde neden olarak KPA tespit edilmiştir(92). Mathias ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Amerikada 5263 kadın ile yapılan çalışmasında kadınların %14.7'sinde KPA olduğu tespit edilmiştir, bunların %11'inde günlük aktivitelerin kısıtlandığı, %11.9'unda seksüel problemler olduğu anlaşılmış, %15.8'inin ise bu nedenle medikal tedavi aldığı tespit edilmiştir (59). KPA' nın kadınlar üzerine olumsuz etkileri ve ekonomik sorunlar göz önüne alındığında, KPA'nın önemli bir halk sağlığı problemi olduğu anlaşılmaktadır.

KPA, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkileri olan ve kadınlar arasında yaygın görülen bir problemdir. Bir multidisipliner ekip ağrının somatik, davranışsal ve psikososyal boyutlarının aynı anda değerlendirilmesini ve yönetimini sağlar (19).

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın daha önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedavileri uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (11).

Price ve arkadaşları 2006 yılında, jinekoloji kliniğine gelen pelvik ağrılı hastaların görüşlerini ve sağlık bakımlarını geliştirmenin yollarını belirlemek amacı ile bir araştırma yürütmüşler, 22 KPA'lı kadın ile yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu doğrultusunda görüşmüşlerdir. Dört ana tema ortaya çıkmıştır. Kadınlar sıklıkla bireysel olmayan bakım; ağrısının anlaşılmış olması ve ciddiye alınması; yapılabilen tedaviler hakkında açıklama yapılması ve endişelerinin giderilmesini istediklerini belirtmişlerdir (49).

Yaygın bir problem olan KPA hakkında daha detaylı çalışmalar yapılmalıdır. KPA'nın sıklığı, risk faktörleri, nedenleri, ağrı şiddeti, yaşam kalitesi üzerine etkisi, tanı teknikleri, tedavi etkinliğine yönelik araştırmalar yapılarak sorunun boyutu

tanımlanmalıdır. Bu doğrultuda çalışmamızın amacı; Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. KPA'nın kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin bilinmesi, daha nitelikli sağlık hizmeti sunulması ve kadınların yaşam standartlarının yükseltilmesi için gereklidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KRONİK PELVİK AĞRI

#### **Kronik Pelvik Ağrının Tanımı**

Kadınlarda görülen en yaygın medikal problemlerden biri olan kronik pelvik ağrı (KPA) bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubu olarak kabul edilmektedir (16, 39, 92, 104, 114). Kadınların fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkileyen, kronik pelvik ağrının farklı tanımları bulunmaktadır. Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) kronik pelvik ağrıyı; pelvis ya da alt abdomen lokalizasyonlu en az 6 ay süren, menstruasyon, gebelik ya da cinsel ilişki ile bağlantılı olmayan, sabit ya da aralıklı ağrı olarak tanımlamıştır (102). The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), ağrının lokalizasyonunu vurgulayarak kronik pelvik ağrıyı; duygusal ve davranışsal durumları içeren, siklus dışı, 6 ay veya daha fazla süren, tıbbi müdahale gerektiren veya genel durumu bozan, pelvis, ön abdominal duvar, bel ve kalça bölgelerinde var olan şiddetli ciddi ağrı olarak tanımlamaktadır (5).

KPA sağlık bakım verenlerinin karşılaştıkları en zor problemlerden biri olup, reproduktif çağıdaki kadınların jinekoloğa başvurma nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (37, 47).

#### **Kronik Pelvik Ağrının Prevalansı**

Klinikte kronik pelvik ağrı sık görülmesine rağmen bu patolojinin kesin prevalansı bilinmemektedir. Çünkü çoğu kadın bu ağrıyı yaşamlarının bir parçası olarak kabul etmekte ve yardım istememektedir (102). Kronik ağrı çoğunlukla reproduktif çağda görülse de erken adölesan ve postmenopozal dönemde de görülebilir (27).



Kronik pelvik ağrının prevalansını belirlemede en kapsamlı çalışma, Amerika'da 1996 yılında Mathias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışma üreme çağındaki 5263 kadınla telefon görüşmesiyle gerçekleştirilmiş ve kronik pelvik ağrının prevalansı %14.7 olarak bulunmuştur. Buna göre Amerika'da yaklaşık 9.2 milyon kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadın vardır (59).

Başka bir araştırmada yine ABD'de Jamieson ve Steege (1996) tarafından yapılmıştır. Birinci basamak sağlık birimlerine (3 kadın doğum ve 2 aile hekimliği) başvuran 18-45 yaş arası 581 kadın sorgulanmış ve kadınların %16'sı KPA'dan şikayet ettiği bildirilmiştir (48).

KPA'yı gebelik, disparoni ve dismenoreden ayrı tutan, en az 6 ay süren veya son 3 ay boyunca devam eden tekrarlayan ya da sürekli ağrı olarak tanımlayan Grace ve Zondervan 2001 yılında Yeni Zelanda'da KPA görülme sıklığını, farklı gruplardaki kadınların ağrı şiddetini, tanılarını ve sağlık hizmetlerini kullanmalarını belirlemek amacıyla, elektronik kayıtlardan randomize seçilen 18-50 yaşları arasında 2261 kadına görüşme formunu mail ile göndermiş ve kadınların % 66'sından (n=1160) yanıt almışlardır. Buna göre, KPA'nın 3 aylık görülme sıklığı % 25.4 olarak bulunmuştur (39).

Zondervan ve arkadaşları 2001 yılında İngiltere'de KPA sıklığını ve KPA'nın kadınların yaşamlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları topluma dayalı çalışmalarında 18-49 yaş aralığındaki 3916 kadına posta yoluyla ulaşmış ve KPA'nın prevalansını %24 olarak belirlemiştir (116).

Yine Zondervan ve arkadaşlarının İngiltere'de birinci basamak sağlık birimlerine başvuran kadınlar arasında KPA görülme sıklığını ve insidansını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarında; 15-73 yaşları arasındaki kadınlarda kronik pelvik ağrının yıllık prevalansı 38/1000 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre KPA, migren (%2.1) ve astım (%3.7) gibi diğer kronik hastalıklardan daha sık görülmektedir (114).

## **Ağrının Tanımı ve Kronik Pelvik Ağrının Patofizyolojisi**

### **a. Ağrının Tanımı:**

Ağrı Latince “poena” (ceza, intikan, işkence) sözcüğünden gelen tanımı oldukça güç bir kavramdır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre “Ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetiyle ilgili ya da ilgisiz, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de bağlantılı hoş olmayan bir emosyonel duyum”dur (117).

Farklı ağrı çeşitleri bulunmaktadır. Bunlardan ilki nosiseptif ağrı olarak adlandırılır. Bu ağrı doku hasarı veya inflamasyonla ilişkilidir, dolayısıyla inflamatuvar ağrı olarak da adlandırılır. İkincisi nöropatik ağrı olarak tanımlanır ve çevresel veya santral sinir sistemlerindeki hasar sonucu ortaya çıkar. Birçok ağrının karışık nöropatik ve nosiseptif etyolojisi vardır (47).

Ağrı, süresine göre akut ve kronik olarak ayrılabilir. Akut ağrı, travmalar, cerrahi girişimler veya bir sinirin hasar görmesinden sonra oluşur ve sık sık tekrarlar. Kronik ağrı, sürekli ve en az 6 ay devam eder. Hisleri, duyguları, düşünme ve reaksiyonları engeller. Sosyal etkileşimler ve iş; hareketlilik ve fizyolojik işlevlerin engellendiği boyutları kapsar (47).

İnsan vücudundaki ağrılar kökenlerine göre de iki gruba ayrılabilir. Visseral ağrılar, bağırsak, mesane, uterus, overler, akciğerler, kalp gibi karın içi ve göğüslerden gelen uyarılarla oluşur. Yansıyan ağrı olarak ta bilinen visseral ağrı, kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda güçsüzlüğe ve sosyal izolasyona neden olan ağrı formudur (40, 71). Kronik pelvik ağrı genellikle somatik ağrı tipinde olup bu ağrı, cilt, cilt altı dokular ve kas dokularından kaynaklanır ve iyi lokalize edilir (71). Visseral ağrı, somatik ağrının aksine iyi lokalize edilemez ve kesme, ezilme, yanma gibi somatik organlarda ağrı oluşturan sinirsel uyarılar visseral organlarda ağrıya yol açmaz (27).

## Ağrının Sınıflandırılması (25):

---

### 1. Nörofizyolojik mekanizmalara göre

- a. Nörosseptif
- b. Somatik
- c. Visseral
- d. Nöropatik (nonnörosseptif)
  - \* Santral
  - \* Periferik
- e. Psikojenik

### 2. Süreye göre

- a. Akut
- b. Kronik

### 3. Etyolojik faktörlere göre

- a. Kansere ağrısı
- b. Postherpetik nevralji
- c. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı

### 4. Ağrı bölgesine göre

- a. Baş ağrısı
  - b. Yüz ağrısı
  - c. Bel ağrısı
  - d. Pelvik ağrı
-

## **b. Kronik Pelvik Ağrının Patofizyolojisi**

KPA'nın patofizyolojisinde; somatik veya visseral kaynaklı, ağrıya duyarlı bir yapının hasarından kaynaklanan nosiseptif ağrı ve nöropatik veya psikojenik olan nonnosiseptif ağrı olmak üzere iki nörofizyolojik mekanizma yer alır (37). Somatik ağrı; cilt, kaslar, eklemler ve kemiklerden kaynaklanır ve duyuşal liflerle iletilir, iyi lokalize edilir. Visseral ağrı, barsak, mesane, rektum, uterus, overler, tubalar gibi karın içi organlardan gelen uyarılarla oluşur. Bu ağrılar; içi boş organ disfonksiyonu veya anormal muskuler kontraksiyonu, solid organların kapsüllerinin ani gerilmesi, visserlerdeki hipoksi, nekroz, aljezik madde üretimi (prostaglandin gibi), visseral sinir uçlarının kimyasal irritasyonu, damar ve ligament basısı, inflamasyon gibi olaylar sonucu meydana gelir (37, 40). Aslında uterus, tüpler, overler ve barsakların ağrıya yol açacak stimulusların çoğuna duyarsız olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla termal, kimyasal ve taktıl duyuların bu organlardan kaynaklanan ağrıya neden olması beklenmez. Nörofizyolojideki bu anomaliyi açıklayan ise, visseral ağrının bir "yansıyan ağrı" olduğu gerçeğidir (37). Kronik pelvik ağrıda ağrının özelliği; keskin, ağır, sızlama ya da kolik tarzında olabilir (44).

## **Kronik Pelvik Ağrının Risk Faktörleri**

- Yaş (<30),
- Düşük sosyo ekonomik durum,
- Zayıflık (BKI<20),
- Sigara,
- Pelvik enfeksiyon (PIH),
- Erken menarş,
- Uzun sikluslar,
- Şiddetli ve düzensiz menstrual akış,
- Cinsel istismar öyküsü,
- Sterilizasyon (55, 92).

Yapılan çalışmalarda kronik pelvik ağrının 26 ile 30 yaşları arasındaki kadınlarda daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir (60, 92, 102). Geçmişte PIH öyküsü, kronik pelvik ağrı oranını %20 artırmaktadır (92). Obstetrik anamnezde; peripartum pelvik ağrı sendromu, iri bebek doğumu, kas güçsüzlüğü ve yetersiz fiziksel gelişim, zor doğum, vakum ya da forseps ile doğum varlığı kronik pelvik ağrı nedenidir (56). Ayrıca kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda sıklıkla psikolojik değişiklikler, stres, geçmişlerinde cinsel istismar, boşanma, aile sorunları ve şiddet öyküsü içeren durumlarla karşılaşmaktadır (92, 107).

### **Etiyolojisi**

KPA'lı hastaların, sıklıkla 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 (37).

Abdomende ve/veya pelviste yer alan her yapı kronik pelvik ağrının etiyolojisinde rol oynar. Bu nedenle üreme sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, periferik ve santral sinir sistemi değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır (38).

Kronik pelvik ağrı ile ilişkili nedenler (26, 102, 108):

---

### **1. Jinekolojik**

---

- a. Endometriozis,
- b. Adenomyozis,
- c. Adhezyonlar,
- d. Pelvik inflamatuvar hastalık,
- e. Pelvik konjesyon sendromu,
- f. Over kisti.

---

### **2. Gastrointestinal**

---

- a. İrritabl bağırsak sendromu,
- b. Konstipasyon,
- c. İnflamatuvar bağırsak hastalığı.

---

### **3. Ürolojik**

---

- a. İnterstisyel sistit,
- b. Ağrılı mesane sendromu,
- c. Üretral sendrom.

---

### **4. Kas- iskelet sistemi**

---

- a. Fibromyalji,
- b. Pelvik duvar anormallikleri,
- c. Herniler,
- d. Sakroiliyak eklem disfonksiyonu,
- e. Disk hastalıkları.

---

### **5. Nörolojik**

---

- a. Pudental ağrı sendromu,
- b. Pudental nöropati.

---

### **6. Diğer**

---

- a. Vasküler,
  - b. Kütanöz,
  - c. Psikiyatrik.
-

***KPA ile en sık ilişkisi olduğu düşünölen 4 patoloji;***

- Endometriozis
- Adezyonlar
- İrritabl Barsak Hastalığı
- İntersitisyel Sistit'tir (26, 102, 108).

**a. Jinekolojik Nedenler**

**Endometriozis:**

Endometriozis, endometrial dokunun (gland ve stromanın) uterus dışındaki varlığı olarak tanımlanır. En sık implantasyon yerleri pelvik organlar ve peritondur. Endometriozis, görünüm olarak birkaç minimal lezyondan, tubaovarian anatomiyi bozan büyük endometriotik kistlere ve bağırsak, mesane ve üreteri içine alan geniş adezyonlara varan değişik varyasyonlar gösterir (2).

Lezyonlar, özellikle alt abdomen ve genitoüriner sistemi tutar. Ancak, karaciğer, akciğer vb. gibi vücudun diğer birçok bölümünde görölebilir. Semptomlar, siklik kanamaların çevre dokularda meydana getirdiğı inflamasyon, skar ve adhezyonlar sonucu ortaya çıkar. Lezyonlar, aktif ya da inaktif olabilir, renksiz ya da beyaz, kırmızı, mavi-siyah pigmentli olarak izlenebilir (37).

Endometriozisin birçok semptomu olmasına rağmen en sık beraber olduğı semptom ağrıdır. Bu semptom endometriozisli hastaların %75.0'inde görölr. Menarştan menapoza kadar pelvik ağrı yakınması olan tüm olgular endometriozis açısından risk taşımaktadırlar. Bu hastalığın tüm yaş gruplarında ve ırklarda sosyoekonomik düzey fark etmeksizin göröldüğü bilinmektedir (27).

Endometriozis, ilk kez 1860 yılında Von Rokitansky tarafından tanımlanmış olup endometrial gland ve stroma yapılarının uterin kavite dışında bulunması ile karakterli jinekolojik bir patolojidir (2). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10-20'sinde, infertilite problemi olan kadınların ise yaklaşık %40-50'sinde bulunduğu gösterilmiştir (56). İnatçı dismenore ve pelvik ağrısı olan adolesanların da %50'sinin endometriozisi olduğu belirtilmektedir (2, 65). Asemptomatik endometriozis sıklığı ise, tubal ligasyon uygulanan kadınlarda ortalama olarak %4 oranında bulunmuştur (65). Endometriozisin siyahlarda beyazlara oranla daha az izlendiği, en yüksek oranda Asyalılarda görüldüğü belirtilmektedir (2).

Endometriozisi tek bir hastalık gibi düşünmek ve hastalığın etiopatogenezini tek bir kuram veya nedene dayandırmak olanaksızdır (90). Endometriozisin histogenezisini tanımlamak için birkaç teori ortaya atılmıştır (98).

- **Retrograd menstruasyon teorisi:**

1920 yılında Dr. John Sampson tarafından ileri sürülmüştür. Menstrual dokunun fallop tüplerinden ilerleyerek pelvik organlara ekimini ve büyümesini izah eder. Menstrual kandaki endometriyumun tubalardan peritona kaçışını sağlayacak anatomik bir defekt kadındaki endometriozisin gelişimini arttırır. Genital organda menstrual kanın dışarı atımını sağlayan yolda herhangi bir tıkanıklık olması genç kadınlarda endometriozis oluşum insidansını arttırır (98).

- **İmplantasyon Teorisi:**

Endometrial dokunun menstruasyon sırasında fallop tüpünden geçerek batına dökülmesi ve yerleşmesini savunur. Bu nedenle endometriozisin gelişimi, periton boşluğuna ulaşan doku miktarına, endometrial hücrelerin peritona yapışmasını sağlayan faktörlere veya kadının immün sisteminin menstrüel kanı yok edebilmesine bağlıdır (98).



- **Doğrudan Transplantasyon Teorisi:**

Epizyotomi yerinde, sezaryen ve diğer cerrahi skarlarda endometriozis oluşumunu izah etmektedir. Pelvis dışındaki dokularda endometriozis gelişimi endometrial hücre veya dokuların lenfatik veya kan yoluyla yayılımı ile olmaktadır (98).

- **Çöломik Metaplazi Teorisi:**

Çöломik kavite (periton) farklılaşmamış hücreler ve endometrial dokuya dönüşme potansiyeli olan hücreler içermektedir. Bu teori endometriumu da içeren pelvik organların tamamının çöломik kaviteyi döşeyen hücrelerden köken aldığını embriyolojik çalışmaların sonucuna dayanarak savunmaktadır (98).

- **İndüksiyon Teorisi:**

Çöломik metaplazi teorisinin daha genişletilmiş formudur ve peritona yayılan endometrial dokunun farklılaşmamış periton hücrelerini aktive ederek metaplaziye girmesini sağlayan faktör salgıladığını ileri sürmektedir. Fakat periton hücrelerinin kendiliğinden ya da bir etken yardımı ile metaplazi geliştirdiğini gösteren bir delil yoktur (98).

Dismenoreli kadınların %60'ında ve pelvik ağrı ya da disparoni ile başvuran kadınların %40-50'sinde, endometriyozis rapor edilmektedir. Ağrı, farklı dönemlerde ve bölgelerde hissedilmektedir. Ağrı en sık menstruasyonla birlikte görülürken, bunu ovulasyon ile düzensiz, sürekli, barsak hareketleri ile birlikte ve cinsel ilişki sırasında ve sonrasında görülen ağrı takip etmektedir (37).

### **Adenomyozis:**

Adenomyozis, disfonksiyonel uterin kanama, dismenore ve hipermenoreye sebep olan, sıklıkla hekimlerin gözünden kaçan bir hastalıktır. Endometrium gland ve stromasının myometriumda bulunması ile karakterizedir. Kesin tanısının histopatolojik inceleme ile konması ve patoloğların adenomyozis teşhis kriterlerinin farklı olması, insidansı %5-70 gibi geniş bir sahaya yaymaktadır (95).

### **Adhezyonlar:**

Cerrahi girişim, enfeksiyon ve endometriozis adhezyon nedenlerindedir. Operasyon sonrası bırakılan over kalıntısı adhezyonla sıkışabilir ve rezidüel over sendromu gelişebilir. Histerektomi yapılırken overlerin bırakılması ile de aynı durum ortaya çıkabilir. Sonuçta hasta siklik pelvik ağrıdan yakınmaktadır. Lüteinizan hormon salan hormon analogu verilerek over baskılanır ve ağrı kontrol altına alınır. Başarısız olunursa cerrahi girişim ile over dokusu alınır. Baş ve arkadaşları kronik pelvik ağrı nedeniyle laparoskopî uyguladıkları 37 kadında %35.8 oranında pelvik adhezyon saptamışlardır (14). Steege ve arkadaşlarının 2615 kronik pelvik ağrılı hastada yaptıkları laparoskopî sonucunda görülme sıklığı %6 ile %55 arasında bulunmuştur (88).

Kronik pelvik ağrı için yapılan diagnostik laparoskopilerde adhezyonlar en sık görülen bulgulardandır. Laparoskopî ile belirlenen adhezyonlar sıklıkla pelvik ağrının olduğu abdominal bölgede bulunmaktadır (27). Adhezyonlar pelvik ağrılı kadınlarda sık görülmesine rağmen ağrısı olmayan kadınların laparoskopileri esnasında da bulunmuştur (27, 44). Bununla beraber ne adhezyonların spesifik lokalizasyonları (yani adneksial yapılar, parietal visseral periton ya da intestinal sistem) ne de mevcut adhezyonların yoğunluğu ağrı belirtilerinin varlığı ile ilişkili bulunmamıştır (27).

### **Pelvik İnflmatuar Hastalık:**

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), genellikle cinsel yolla bulaşan bakterilerle başlayarak aerob ve anaerob bakterilerin asendan yolla vajina veya endoserviksten uterusu, fallop tüplerine ve komşu organlara yayılmasıyla ortaya çıkan tablodur (27, 37). PIH, akut olarak ortaya çıkabilir ve tedavi edilerek sorun çözülür veya infeksiyon tekrarlayan ataklar gösterir ve KPA'yı içeren çeşitli komplikasyonlar gelişir. KPA, pelvik inflamatuvar hastalığın önemli bir sonucudur ve tekrarlayan infeksiyonlar yaygındır. Laparoskopide PIH'i doğrulanan kadınların yaklaşık %20'si KPA'dan şikayet etmektedir. Bununla birlikte 3 veya daha fazla PIH atağı geçiren kadınların %67'sinde KPA insidansı artmaktadır (37).

Kronik pelvik ağrı etiolojisinde pelvik inflamatuvar hastalık önemli bir yer tutmakta ve bu hastalığın sekeli olarak karşımıza çıkmaktadır (27). Kronik pelvik ağrı nedeniyle laparotomi uygulanan 163 olguya %17 oranında kronik pelvik enfeksiyon tanısı konulmuştur (25). Pelvik inflamatuvar hastalık nedeniyle hastanede tedavi görmüş hastaların %24'ünde kronik pelvik ağrı gelişmiştir. Pelvik inflamatuvar hastalık sonrası kronik pelvik ağrı gelişen hastaların laparoskopilerinde en sık rastlanan bulgu tuba ve overlere ait adhezyonlardır (27).

### **Pelvik Konjesyon Sendromu:**

1954'te Taylor, düz kas spazmı, uterus ve overleri drene eden venlerde konjesyon ile seyreden otonom sinir sistemi disfonksiyonunu "Pelvik Venöz Konjesyon Sendromu" olarak isimlendirmiştir (71).

Pelvik konjesyon sendromunda, postural değişikliklerden etkilenen alt pelvik ağrı, menstruasyon veya koitus esnasında artan ağrı, irritabl barsak sendromu ile ilişkilendirilemeyen gastrointestinal semptomlar, infeksiyonun eşlik etmediği genitoüriner semptomlar, emosyonel sorunlar, vulvar varis, adneks, uterus, parametrium ve özellikle uterosakral ligament hassasiyeti mevcuttur (47).

Bu sendromun tanısı kolay değildir. Genellikle ortalama 33 yaş dolaylarındaki kadınlarda görülmektedir. Daha çok kronik ağrının akut atakları şeklinde ortaya çıkar. Ağrı tek taraflıdır, uzun süre ayakta durmakla, yürümekle, bir şey kaldırırken şiddeti artar, uzanıp yatmakla rahatlar veya kaybolur. Diğer semptomları; birkaç gün sürebilen postkoital ağrı, daha seyrek olarak güncel dispareni olabilir (69).

## **b. Jinekolojik Olmayan Nedenler**

### **- Gastrointestinal Nedenler**

Uterus, serviks ve adnekslerin visseral innervasyonu ile rektum, sigmoid kolon ve ileum alt segmentleri benzer segmentlerden innerve olurlar. Bu nedenle ağrının kaynağını bulmak için alınacak ayrıntılı anamnez doğrultusunda ileri araştırmalar gerekebilir. Hastalarda diyetle bağlı ağrı değişiklikleri, bulantı, kusma, kilo kaybı, şişkinlik, diyare ve konstipasyon atakları, gaitada mukus veya kan görülmesi durumunda ileri araştırmalar yapılmalıdır (37).

### **İrritabl Bağırsak Sendromu:**

İrritabl bağırsak sendromu (İBS), jinekoloji polikliniğine başvuran olgularda %60'a varan oranlarda rapor edilmiş olup %90'a varan olguda psikopatoloji ile birlikte olduğu bildirilmiştir (43). Belirgin semptomları; karın ağrısı, şişkinlik hissi, değişen ishal-kabızlık periyodları, bağırsak hareketi öncesi ağrı ve defekasyon ile rahatlamadır. Diğer semptomlar; abdominal distansiyon, halsizlik, baş ağrıları ve irritabilitedir. İrritabl bağırsak sendromlu kadınlarda dispareni, menoraji ve intermenstrual kanama şikayetlerinin sık görüldüğü belirtilmiştir. Menstruasyon başlangıcıyla da irritable barsak sendromu şikayetleri artabilir (37).

## - Ürolojik Nedenler

Ortak embriyolojik orijin ve ağrı iletiminde pelvik organlarla olan yakın ilişkisi nedeniyle kronik pelvik ağrının etiyojisinde ayırıcı tanıda mutlaka düşünölmelidir (27).

### İnterstitiyel Sistit:

İnterstitiyel sistitin kesin bir tanımı yoktur. Pelvik ağrı, idrara sıkışma ve sık idrara çıkma, gece sık idrar yapma gibi semptomlar ile karakterizedir (27, 47).

İnterstitiyel sistitin etyolojisi kesinlik kazanmamış olmakla beraber multifaktöryel olduğu düşünölmektedir. Otoimmun nedenler, enfeksiyonlar, nörojenik faktörler ve mesane duvarındaki glikoz amino-glikan tabakasındaki değışiklikler başlıca ileri sürölen nedenlerdir. Genellikle otoimmun patoloji düşünölen bu hastalıkta; acil idrar yapma hissi, idrar yaparken yanma, idrarla kan gelmesi yakınmaları olup, suprapubik, pelvik, üretral, vajinal ve perineal ağrı vardır (27, 71). Bu sendrom bir çok hastada farklı şekillerde ortaya çıkmasına rağmen, kronik pelvik ağrı ve günlük aktivitelerin kısıtlanması hastalığın değışmeyen bulgularıdır (37).

Hastaların %90'ı kadın ve semptomların başlangıcı 30-50 yaşlar arasındadır. İnterstitiyel sistit hastaları sürekli olarak sık aralıklarla idrar yapmaktan ve ani idrar yapma hissinden şikayet etmektedirler. Mesane doldurulduğunda artan suprapubik ağrı ve boşaltıldığında geçen pelvik rahatsızlık hissi vardır. Noktüri, genellikle hastaların hepsinde görölmektedir. Cinsel temas esnasında ağrı duyulması hastalığın diğer semptomları arasında sayılabilir. Genelde interstitiyel sistit hastaları doğru teşhis konuluncaya kadar 3-7 yıl süre ile bu rahatsızlıkları çekmektedirler (37).

## **Üretral Sendrom:**

Etyolojisi bilinmemektedir. Bu durum tanı ve tedavisinde zorluklara neden olmaktadır. Subklinik infeksiyon, periüretral glandlarda kronik inflamasyon, üretral spastisitenin neden olduğu periüretral kas yorgunluğu ve östrojen eksikliğinin etyolojide rolü olduğu düşünülmektedir (47).

Üretral sendromun bulgularında, irritasyona bağlı alt üriner sistem semptomları (disüri, suprapubik rahatsızlık, sık idrara çıkma) ve disparoni olabilir. Miksiyon disfonksiyonu, ağrılı, yavaş idrar yapma vardır. Ağrıyı açıklayacak histolojik bulgular bulunmaktadır. Miksiyon esnasında üretra hassasiyeti veya kitle palpe edilebilir (47).

### **- Kas İskelet Sistemine Ait Nedenler**

Abdominal myofasiyal ağrılar olarak adlandırılan bu gruptaki patolojiler KPA etyolojisinde yer alırlar (71). Hem primer hem de sekonder olarak kas iskelet sistemine ait problemler önemli olup üzerinde durulması gerekir. Ürogenital sistem innervasyonu ile benzerlik nedeniyle kas iskelet sisteminden kaynaklanmış olabilecek nedenlerden dolayı kronik pelvik ağrı meydana gelmiş olabilir. Dolayısı ile kas iskelet sistemi değişiklikleri kronik pelvik ağrının primer nedeni olabileceği gibi pelvik ağrıya ikincil olarak da meydana gelebilir (27). Anormal postür, asimetrik bacak uzunluğu, aşırı lomber lordoz, skolyoz, osteitis pubis gibi inflamatuvar olaylar ve hernilerin KPA nedeni olabileceği düşünülmektedir (71).

## **Fibromiyalji:**

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın kronik ağrı ve spesifik anatomik bölgelerde palpasyonla tespit edilen hassas noktalarla karakterize muskuloskeletal ağrı sendromudur. FMS, sık görülen fakat nedeni belli olmayan bir hastalıktır. FMS'nin görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda %5.7-20 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülmekte (%75-95) ve 20-50 yaş arasında yoğunlaşmaktadır (23).

## **- Psikiyatrik Nedenler**

Psikolojik sorunların sıklıkla kronik ağrı ile ilişkili olduğu görülmüştür. KPA'lı kadınların %60'ından fazlasında psikolojik sorunlar saptanmış ve en sık görülen sorunun depresyon (%25-50) olduğu belirlenmiştir (37). Depresyon, anksiyete, cinsel ve fiziksel istismar ve kişilik bozukluklarının belirlenmesi KPA'nın yönetiminde önemlidir. KPA'lı kadınlarda depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, somatizasyon ve cinsel işlev bozukluğu daha fazla gelişmekte, bunun yanında ilişkilerinde bozulma ve boşanmalar artmakta ve sosyal destekleri azalmaktadır (82). Ayrıca yapılan araştırmalarda, KPA ve cinsel/fiziksel istismar arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (20, 35, 37).

## **Kronik Pelvik Ağrının Tanılanması**

KPA'lı bir kadının tanılanması sistematik ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Sistematik bir yaklaşımın benimsenmesi, gereksiz tanı işlemlerinin yapılmasını önleyerek, zamandan ve maliyetten tasarruf sağlar (37).

### **Anamnez:**

İyi alınmış bir anamnez kronik pelvik ağrılı hastaları değerlendirmede en önemli ve tanının konmasında en faydalı yöntemdir. Anamnezin iki hedefi vardır; tanı koymaya çalışırken hastanın problemini anlamak ve iyi bir hasta doktor ilişkisi kurmaktır. Anamnezin bu yolda sistematize edilmesi özellikle hastaların duygu ve düşüncelerini, hatta endişelerini daha iyi ifade etmede faydalı olabilir. Bu amaca yönelik hazır bir sorgulama formu "International Pelvic Pain Society" derneğinin web sitesinde bulunmaktadır (120). Hastayla ilk görüşmede çeşitli sistem kategorilerine göre (jinekolojik, gastrointestinal, kas-iskelet, psikolojik, üriner sistem, vb...) hazırlanmış anketin doldurması istenebilir (27). Bu formdan yola çıkılarak hastalara ayırıcı tanıda hekime yardımcı olacak sorular sorulur ve fizik muayene bulgularının kaydedilmesiyle form tamamlanır. Bu sorular şunlardır (120);

---

**Bireysel özellikler:**

---

- İsim, doğum tarihi, boy-kilo, medeni hali, ev telefonu, eğitim durumu, iş durumu
- Sağlık durumu; egzersiz, beslenme tipi, kafein alımı, sigara- alkol kullanımı, ilaç bağımlılığı, tedavi suistimali
- Geçirilmiş veya devam eden hastalık
- Geçirilmiş operasyon
- Devamlı kullanılan ilaç
- Sigara, alkol kullanımı
- Ciddi 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 kadar süredir devam ediyor?
  - ✓ Bugüne kadar yaşadığınız en kötü ağrı tecrübesi nedir?
  - ✓ Ağrınızla ilgili olarak kiminle konuşursunuz?
  - ✓ Eşiniz ağrınızla ilgili ne düşünüyor?
  - ✓ Ağrınızı artıran, azaltan şeyler nelerdir?
  - ✓ Ağrınızın diğer sorunlarınız arasındaki yeri nedir?



- ✓ Ağrınız için daha önce herhangi bir medikal veya cerrahi tedavi aldınız mı?
- ✓ Ağrınızın adetle ilişkisi var mı?
- ✓ Bir aylık zaman sürecinde kaç kez ağrı atağınız oluyor ve kaç gün sürüyor?
- ✓ Ağrınızın başlamasından bugüne dek ev-is hayatınızda olumsuz yönde değişiklik var mı?
- ✓ Eşiniz veya aileniz ağrınız hakkında ne düşünüyor?
- Depresyon nedeniyle tedavi gördünüz mü?
- Doğum kontrol yönteminiz?
- Ailenizde aşağıdaki hastalıklardan varsa belirtiniz.
  - ✓ Fibromiyalji,
  - ✓ İntersitisyel Sistit
  - ✓ İrritabl Barsak Hastalığı,
  - ✓ Sistemik Lupus Eritematozus,
  - ✓ Endometriozis,
  - ✓ Skleroderma,
  - ✓ Kronik Pelvik Ağrı,
  - ✓ Depresyon.

---

**Sistem sorgulamaları:**

---

**a- Mesane / idrar Yapma Alışkanlıkları**

---

- Öksürünce, aksırınca idrar kaçırıyor musunuz?
- Sık sık idrar yapıyor musunuz?
- Zayıf ve önemsiz uyarımlarla 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?
- Dışkıladıktan sonra rahatlıyor musunuz?
- Bulantı – kusma var mı?
- Daha önce anoreksiya – bulimiya hastalığı öyküsü var mı?

---

**c- Diğer;**

---

- Vücudunuzun başka herhangi bir yerinde 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 adetinizi kaç yaşında gördünüz?
  - Halen adet görüyor musunuz?
  - Adetleriniz düzenli mi?
  - Adet düzeni?
  - Ağrınızın adetle ilişkisi var mı?
  - Son adet tarihiniz?
  - Kaç doğum yaptınız?
  - Düşük yaptınız mı?
  - Kürtaj oldunuz mu?
  - Doğum şekli; Normal, Sezaryen, Vakum, Forseps, Epizyotomi
  - Doğum kontrol metodu kullanıyor musunuz?
  - Halen çocuk arzunuz var mı?
  - Daha önce genital organlarla ilgili bir enfeksiyon geçirdiniz mi?
- 

**Ağrının değerlendirilmesi:**

Ağrıyı algılama, tanılama ve ağrıya karşı verilen reaksiyonlar kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bu nedenle hastadan çok detaylı anamnez almak, hastayı devamlı gözlemek, uygun ölçüm yöntemlerinden yararlanmak hastanın başlangıçtaki değerlendirilmesi için yardımcı olabileceği gibi sonraki değerlendirmeler için de yol gösterici olacaktır (10, 25).

Hastayı değerlendirirken her basamakta; fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler göz önüne alınmalı, bu faktörlerin karşılıklı etkileşime neden olarak, ağrının düzeyine etkili olabilecekleri unutulmamalıdır (25).

Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrının tipi, hastanın, ölçeği kullanacak hekim ve hemşirenin özelliği gibi birçok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olduğu bilinmektedir (10).

<b>Ağrı Ölçekleri (10, 25)</b>	
<b>a. Tek Boyutlu Ölçekler</b>	<b>b. Çok Boyutlu Ölçekler</b>
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Scale–VAS)	Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
Sözel Tanımlayıcı Skala (Verbal Descriptor Scale-VDS)	Dartmount Ağrı Soru Formu
Sayısal Değerlendirme Skalaları (Numaral Rating Scale-NRS)	West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
Burford Ağrı termometresi (BAT)	Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi Ağrı Algılama Profili Davranış Modelleri

#### **a. Tek Boyutlu Ölçekler**

Doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler arasında Sözel Kategori, Sayısal ve Görsel Kıyaslama Ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi sayılabilir (74).

## **b. Çok Boyutlu Ölçekler**

Bazı araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşı, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır (74).

### **Kronik ağrı değerlendirme formu**

Pelvik ağrısı olan hastanın değerlendirilmesinde Uluslararası Pelvik Ağrı Topluluğu'nun bir anketi mevcuttur. Anket ücretsiz olarak [http://www.pelvicpain.org/pdf/History\\_and\\_Physical\\_Form/IPPS-H&PformR-MSW.pdf](http://www.pelvicpain.org/pdf/History_and_Physical_Form/IPPS-H&PformR-MSW.pdf) adresinden yüklenebilir. Pelvik ağrının etyolojisinin belirlenmesinde oldukça faydalı olan bu formdan yola çıkılarak hastalara ayırıcı tanıda hekime yardımcı olacak, hastanın bireysel özelliklerini ve sistem sorgulamalarını içeren sorular sorulur ve fizik muayene bulgularının kaydedilmesiyle form tamamlanır (120).

## 2.2. YAŞAM KALİTESİ

### Tanım

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “Kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargıları bütünü içinde, hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak durumlarını algılama biçimleri” şeklinde tanımlanmıştır (94). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise “Kişilerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak işlevsel kapasiteleri” olarak tanımlanmıştır (94).

Yaşam kalitesiyle ilgili çalışmaların yoğunluğuna rağmen tanımında hala belirsizlikler vardır. Scmacher ve arkadaşları yaşam kalitesini “Bireylerin yaşamları ile ilgili genel duyuları ve iyilik durumlarını algılayışları” olarak tanımlamaktadır. Cella “Fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Patrick ve Erikson’ a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, özürülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığın algılanması ve sosyokültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır (8).

Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Mc Sweeney; yaşam kalitesi kavramını emosyonel fonksiyon, sosyal rol fonksiyon, günlük yaşam etkinliklerine katılım ve eğlence; Linn ve Linn; depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve yaşam doyumu; Nordenfelt ise sadece mutluluk olarak tanımlamaktadır. Naes yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirilmeye önem vermekte ve yaşam kalitesini, kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade etmektedir. Yaşam kalitesini sosyolojik açıdan ele alan Bertero, ise bu tanımı bağımsızlık, sevmek ve esenlik olmak üzere temellendirmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (93).

## Tarihçesi

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike tarafından 1939 yılında “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. 1960 lı yıllarda ABD’ de yaşam kalitesinin yükseltilmesi birinci hedef olarak kabul edilmiş, daha iyi bir yaşam kalitesi için gelir, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam koşullarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Andrews ve Withey ise yaşam kalitesi kavramını, bireylerin doyumunu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, bireyin kendi yaşamında doyum bulması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (8, 93).

Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllarda ABD’de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır. Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla’ nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (8).

Daha sonra yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamış ve yaşam biçimi olarak ele alınmıştır. 1970’li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan ve dolaylı algısı üzerine temellenmektedir. Burada ilk defa subjektif iyilik halinin objektif yaşam şartlarının sağlanmasının ötesinde, bu şartlardan tatmin duyulup duyulmamasına bağlı olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda belirlendiği gibi kişinin objektif yaşam durumu uygun olmasa da subjektif iyilik hali ve yaşam kalitesi doyumunu yüksek olabilmekte ve böylece bu görüş desteklenmektedir (93).

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif is hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği’dir. Bu basit ölçeğin sonrasında, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam

aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütün algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlaması 1970' li yılların sonlarına doğru olmuştur (93).

Bu yapılan çalışmalar, sonraki yıllarda yapılan yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen yeni çeşitli modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir.

### **Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler**

Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulandıkları topluluklara göre genel (tüm topluluklara uygulanabilen) ve özel amaçlı (belirli hastalık gruplarına uygulanabilen) ölçekler olarak grupları bulunmaktadır. Bu ölçekler yaşam kalitesini çoğunlukla, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir (91).



Genel amaçlı (jenerik ölçütler) yaşam kalitesi ölçekleri: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık ölçütlerini içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda; çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar (15). Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeklerinden örnekler:

- Kısa Form-36 (Short Form-36, 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).

Özel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri: Bu ölçekler belirli bir nüfus grubuna özel, belirli bir duruma veya hastalığa özel ya da belirli bir işleve özel ölçekler olarak farklılaşırlar. Belirli bir nüfus grubuna özel olan ölçek olarak çocuklara (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol), yaşlılara (WHOQOL-OLD), ergenlere (KINDLE) yönelik olanlar örnek verilebilir. DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçekleridir. Bununla birlikte hemen her hastalığa (örn; epilepsi, diabet, romaromatoid artrit), duruma (ağrı) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçeklerde bulunmaktadır (32).

## **Kronik pelvik ağrının yaşam kalitesine etkisi**

KPA nedeniyle kadının tüm yaşamı olumsuz etkilenebilmektedir. Kadınlar iş kayıpları, evlilik ilişkilerinde bozulma, boşanma, aile bireyleri ve arkadaşlarından uzaklaşma gibi sorunlar yaşayabilirler. KPA, kadınların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemekte, mental ve fiziksel sağlığı ve cinsel fonksiyonları üzerine negatif etkiler yapmaktadır. Schlesinger' in 1996 yılında yaptığı bir araştırmaya göre, kronik pelvik ağrı kadınların; spor, egzersiz, sosyal yaşam, ev işleri ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (83).

Zondervan ve arkadaşları 2001 yılında 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(115).

Grace ve Zondervan'ın, 1160 kadını içeren araştırmalarında KPA'nın kadınların genel sağlık durumu üzerine negatif etkiler yaptığı belirlenmiştir. KPA'lı hastaların daha fazla uyku problemleri yaşadıkları, yaklaşık yarısının (%52.7) ağrılarının aktivitelerini etkilediği, analjezik almadan veya dinlenmeden herhangi bir aktivite yapamadıkları (%12.2) ve hareketlerini kısıtlamak (%14.3) (yürüme ve hareket etme) zorunda kaldıkları görülmüştür (39).

KPA'lı kadınların %25'i her ayın 2-3 gününü yatakta geçirmekte, ayrıca %90'ında cinsel ilişki ile ağrı mevcuttur. Uzun periyodlu ağrılar, fiziksel ve mental olarak yorucu olmakta ve bu nedenle, kadın ağrı ile baş etmek için duygusal ve davranışsal değişiklikler gösterebilmektedir. KPA'lı kadınlarda uyuma zorluğu ya da fazla uyuma, konstipasyon, iştah azalması, hüzün ve depresyon şikayetleri olmaktadır (117). Kronik pelvik ağrılı kadında sosyal izolasyon, umutsuzluk duygusu, güç ve özgüven kaybı, anksiyete ve depresyon yüksek oranda yaygındır (35, 39, 111).

Ağrı, anksiyete ve depresyon ile yakından ilişkilidir. Ağrı, kontrolü kaybetme, kendini yararsız hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilere yol açar (110). Kaya ve arkadaşlarının KPA'lı (n:19) ve sağlıklı (n:25) kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuştur. KPA'lı kadınlarda daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyi ve cinsel yaşamdan daha az memnuniyet ve daha fazla kaçınma olduğu belirlenmiştir (14).

Yapılan araştırmalarda KPA'lı birçok kadının, normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düştüğü görülmektedir (39).

Kronik ağrı ile yaşayan kadınlarda beden imajı, öz saygı, mahremiyet ve seksüalite kadar finansal durumda olumsuz bir şekilde etkilenir (10). KPA' nın tedavisi için Amerika'da yıllık 2.8 milyon dolar harcanmaktadır. Tanı çalışmaları, cerrahi girişimler, hastanede yatma ve işten geri kalınan günler nedeniyle uğranan zararda hesaplanırsa bu rakam yaklaşık 555 milyon dolara yükselmektedir (59).

### 2.3. KRONİK PELVİK AĞRI VE HEMŞİRELİK

Kronik pelvik ağrı, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkileri olan ve kadınlar arasında yaygın görülen bir problemdir. Bir multidisipliner ekip ağrının somatik, davranışsal ve psikososyal boyutlarının aynı anda değerlendirilmesini ve yönetimini sağlar. Ekip üyeleri; jinekolog, hemşire, psikolog, ağrı ile ilgilenen anestezi uzmanı, fizyoterapist, gastroenterolog, ürolog, psikiyatrist ve ortopedi uzmanından oluşur (19).

KPA' nın değerlendirilmesin bu ekibin amaçları; tanı konulabilen herhangi bir hastalığı kesinleştirmek, mümkünse ağrıyı dindirmek; fiziksel veya psikososyal sorunları azaltmak, maksimum destek sağlamak ve açıklama yapmak, anksiyeteyi azaltmak, teşhis veya tedavi başarısız olduğunda bireyi desteklemek ve yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır (19, 76).

Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın daha önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma yöntemlerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedavileri uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (11).

Hemşire hastanın birime kabul edilmesinden taburcu edilene kadar ve evde bakımını da içeren uygulamalarda uygulayıcı/klinisyen rollerini kullanır (49). KPA sorununa yönelik olarak hemşirelik işlevleri tanı, tedavi ve izlem yönünde ele alındığında şöyle açıklanabilir(46, 49, 84):

---

**a. Tanılama aşamasında:**

---

Birime kabul edilen hastadan detaylı bir anamnez alınır. Anamnez sırasında ağrının yeri, seyri, niteliği, şiddeti, artıran ve azaltan faktörler, ağrıyla birlikte bulunan diğer belirtiler ve daha önce uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları öğrenilmelidir. Ağrının yaşam kalitesini nasıl etkilediği değerlendirilmelidir. Birimin protokollerine göre tanılama yöntemleri ile ilgili bilgi verir, uygulama ve sonuçların değerlendirilmesine katkıda bulunur. Hemşire, KPA oluşumunda rol oynayan risk faktörlerini belirlemeye yönelik araştırma ve tarama çalışmalarında görev alır.

---

**b. Tedavi aşamasında:**

---

Hekim tarafından düzenlenen tedaviler hakkında bilgi verir. Eğer cerrahi operasyon yapılacaksa, türü, etkinliği ve yaşanabilecek sorunlar açıklanır. Pre-post operatif bakımda rol alır. Tüm bu süreçte hasta ve ailesine psikolojik destek sağlamak, hemşirenin uygulayıcı, koordinatör ve eğitici rollerini gerçekleştirilmesiyle olur.

---

**c. İzlem aşamasında:**

---

Tedavi sonuçlarını değerlendirilir. Amaç ağrının tamamen giderilmesi olmasına rağmen, birçok kadın için bu başarılamayabilir. Ağrı şiddetindeki ve ağrısız geçirilen gün sayısındaki değişim; yaşam kalitesinin yükseltilmesi, günlük aktivitelerindeki, ruhsal durumlarındaki, sosyal ve cinsel fonksiyonlarındaki değişimler ve kullanılan ilaç miktarı önemli göstergelerdir.

Hastaya diyet, ağrıyı azaltma, emosyonel stresi azaltma, cinsellik konularında eğitim ve danışmanlığı içeren eğitim programları düzenlenmelidir. Hasta eğitim broşürlerinin hazırlanması yararlı olur (37).

Hasta, KPA'nın kontrolünde düzenli defekasyon ve miksiyonun önemini kavramalıdır. Pelvik taban kaslarında gerginlik, yeterince lifli gıda ve sıvı alınmaması ve fiziksel aktivitenin olmaması konstipasyona yol açabilir. Konstipasyon, KPA şikayetlerini arttırabilir (37).

Ağrılı cinsel ilişki KPA'lı kadınların yaygın bir şikayetidir. Hastanın cinsel fonksiyonları değerlendirilir. Cinsel ilişki pozisyonu, kayganlaştırıcı kullanımı, ağrının yeri, orgazm olma durumu, cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrının özelliği ve cinsel ilişki sıklığı sorgulanmalıdır. Hassas dokulara çok fazla ağırlık olmayacak pozisyonların tercih edilmesi önerilebilir (28).

Price ve arkadaşları 2006 yılında, jinekoloji kliniğine gelen pelvik ağrılı hastaların görüşlerini ve sağlık bakımlarını geliştirmenin yollarını belirlemek amacı ile bir araştırma yürütmüşler, 22 KPA'lı kadın ile yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu doğrultusunda görüşmüşlerdir. Dört ana tema ortaya çıkmıştır. Kadınlar sıklıkla bireysel olmayan bakım; ağrısının anlaşılması ve ciddiye alınması; yapılabilen tedaviler hakkında açıklama yapılması ve endişelerinin giderilmesini istediklerini belirtmişlerdir (80).

## **2.4. DİSMENORE**

Adölesan kızlarda ve üreme çağındaki kadınlarda en çok rastlanan jinekolojikşikayeti olan dismenore, dys (dis); zor, ağrılı ya da anormal, meno; ay ve rhea (re); dökülme, akıntı Yunanca'dan türemiş bir kelimedir (21, 33, 54).

Uterustan kaynaklanan ağrılı menstrüel krampları içine alan bir terimdir. Bu periyodik ağrı alt karında, orta hatta, şiddetli kramp tarzında olabilir, iç kasık bölgesine, bacakların üst bölümlerine yayılabilir. Aynı zamanda baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, mide bulantısı, kusma veya diyare eşlik edebilir, hatta ağrının şiddeti bilinç kaybına neden olabilir. Dismenore çalışan kadınlarda iş kaybının en büyük nedenlerinden biridir

(22, 39). Dismenorenin prevalansı ile ilgili çalışmalarda çok farklı sonuçlar elde edilmekle birlikte, %90'a kadar yüksek prevalans hızları rapor edilmektedir (13).

Dismenorenin primer dismenore ve sekonder dismenore olarak iki şekli vardır.

### **Primer Dismenore:**

Primer dismenore genellikle menarştan 6-12 ay sonra, 25 yaşından önceki dönemde görülür. Alta yatan patolojik bir durum yoktur. Ağrı genellikle suprapubik bölgede ve kramp veya spazm tarzındadır, menstruasyon ile başlayıp 48-72 saat içinde son bulur (13, 33).

Primer dismenore iki grupta incelenmiştir:

- **Konjestif primer dismenore:** Menstrual ağrının menstruasyon başlamadan birkaç gün içinde başlamasıdır. Premenstrual dönemde alt abdomen de dolgunluk bazen memelerde, bileklerde şişlik ve diğer premenstrüel semptomları içeren laterji, depresyon, irritabilite görülebilir (24, 33).

- **Spazmodik primer dismenore:** Menstrual ağrının menstruasyonun birinci ya da ikinci gün görülmesidir. Overian ve uterin sinirler tarafından kontrol edildiği ifade edilmektedir. Spazmlar akut, aralıklı, alt abdomende, sırtta ya da uyluk kısmında görülebilir (24, 33).

### **Sekonder Dismenore:**

Pelvis ya da uterustaki bir patolojiye bağlı olarak gelişir. Menstruasyon dönemlerinin başlangıçta ağrısız olmasına karşın daha sonraki yıllarda (çoğunlukla 25 yaşından sonra) ağrılı olmasıdır. Ağrı mensten önce başlayıp genellikle mensten birkaç gün sonra kaybolur. Patolojinin türüne göre ağrının özelliği değişiklik gösterir (22).

**Tablo 2.4.1. Primer Dismenore ve Sekonder Dismenore Arasındaki Farklar (79)**

<b>Özellikler</b>	<b>Primer Dismenore</b>	<b>Sekonder Dismenore</b>
<b>Yaş</b>	25 yaşın altında	25 yaşın üstünde
<b>Ağrının doğası</b>	Kramp tarzında karın ağrısı alt abdomende, ağrı bele ve bacaklara yayılabilir.	Ağrı künt, tekrarlayıcı, abdomene yayılmıştır.
<b>Ağrının başlangıcı</b>	Menstruasyon başlamadan 1-2 gün önce başlayabilir ve başladıktan sonra 1-2 gün sürebilir	Menstruasyon başlamadan birkaç gün önce başlayabilir ve menstruasyon başladıktan sonra birkaç gün daha devam edebilir.
<b>Doğumla ilgisi</b>	İlk çocuğun doğumundan önce	İlk çocuğun doğumundan sonra
<b>Vajinal akıntı</b>	Akıntı yok	Akıntı yok (enfeksiyon göstergesi)
<b>İlgili diğer semptomlar</b>	Bulantı, kusma, GIS rahatsızlıkları, konstipasyon, baş ağrısı, yorgunluk, baş dönmesi, baygınlık	Sırt ağrısı, yorgunluk, menoraji, disparoni

## 2.5. DİSPARONİ

Disparoni, cinsel ilişki esnasında veya 24 saat sonrasına kadar olan pelvik ağrı olarak tanımlanır (39). Psikososyal veya organik kökenli olabilir. Genellikle bireyler tarafından bildirilmemesi nedeniyle disparoninin sıklığını belirlemek oldukça güçtür. Kadınların yaklaşık %15'i yaşamlarının bir döneminde disparoni yaşayabilmekte, hatta %1-2'sinde ise ağrı tedavi gerektirebilecek kadar şiddetli olabilmektedir (7).



### **Yüzeyel disparoni:**

Vajen girişinde oluştuğunda giriş disparoni adını alır ve vajinismus, enfeksiyon ve üretral sendrom gibi nedenleri vardır (43). Semptomlar; yanma, kaşınma ve sızlama tarzındadır ve kadınlar sıklıkla cinsel birleşme esnasında patlama hissi duyarlar. Ağrı tekrarlayıcıdır, perinenin herhangi bir alanında hissedilebilir ve sadece seksüel uyarılarla değil, günlük yaşamın her anında ortaya çıkabilir (17, 34).

Yüzeyel disparoniye neden olan birden fazla faktör vardır. Ancak sebepleri belirlemek zordur. Yüzeyel disparoninin etiolojisinde; lokal travmalar, hymen yırtıkları, labia majörlerin arka kısmında laserasyon, vulvitis, genital herpes, üretrit, atrofik vulvitis, vajenin yetersiz kayganlaşması, şiddet deneyimleme (şimdi ya da geçmiş ), uyarılma bozuklukları, yetersiz ön sevişme, yetersiz kayganlaşan kondomların kullanılmasıyla oluşan irritasyon, kondom kullananlarda lateks alerjisi, genital yollardaki konjenital anomaliler (kalın hymen, vajinal septum gibi), liken sklerozis gibi deri reaksiyonları rol oynamaktadır (18, 43)

### **Derin Disparoni:**

Genellikle organik nedenlerden kaynaklanan ve cinsel birleşme esnasında oluşan pelvik ağrı olarak tanımlanır. Ağrı cinsel birleşme esnasında, alt karın bölgesinde yaygın olarak hissedilir. Bu durum yaygındır ve PIH (Pelvik İnflamatuvar Hastalık), herhangi bir jinekolojik, pelvik veya abdominal cerrahi, postoperatif adhezyonlar, endometriozis, genital veya pelvik tümörler, irritabl barsak sendromu, üriner yol enfeksiyonu, adneksiyal patoloji, kronik servisit, üretral bozukluklar, over patolojileri, uterusun retroversion pozisyonunda olması ve pelvik relaksasyon derin disparoniye neden olabilir (88,93)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, Sakarya Büyükşehir Belediyesi'nde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel (cross-sectional) bir araştırma olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü 2009 yılı kayıtlarından elde edilen verilere göre 15-49 yaş grubunda 68880 kadın oluşturdu (Bkz. Ek. 1 ).

#### 3.3. Araştırmanın Örneklemi

Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü 2009 yılı kayıtlarından elde edilen verilere göre 15-49 yaş grubunda 68880 kadın sayısına göre örneklem büyüklüğü saptandı. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü;  $n = \frac{Nt^2Pq}{d^2(N-1) + t^2Pq}$  formülü ile belirlendi. Yurt dışında yapılan çalışmalara göre kronik pelvik ağrının prevalansı %25.4 ile %14.7 arasında değiştiği için olayın görülme sıklığı 0.25 olarak alındı (8, 11, 45, 49). Buna göre örneklem büyüklüğü:

$P =$  İncelenen olayın görülme sıklığı olasılığı:0.25

$N =$  Evrendeki birey sayısı:68.880

$q =$  İncelenen olayın görülmeme sıklığı olasılığı:0.75

$t =$  t tablosundan saptanan teorik değer:1.96

$d =$  0.02 ( $\pm$  sapma istenildiği için)

$n =$  Örneklem alınacak birey sayısı: **1754** olarak bulundu.

Sakarya il merkezinde toplam 16 adet sağlık ocağı bulunmaktadır ve İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ 2009 yılı kayıtlarından elde edilen verilere g¼re bu ocaklara bağlı b¼lgelerde 15-49 yaş grubunda 68880 kadın yaşamaktadır (Tablo 3.3.1) (Bkz. Ek. 1).

**Tablo 3.3.1. Sağlık Ocağı B¼lgelerine G¼re 15-49 Yaş Grubu Kadın N¼fusu**

<b>Sağlık ocağı</b>	<b>15- 49 yaş grubu kadın n¼fusu</b>
Budaklar Sağlık Ocağı	1124
Yağcılar Halit Evin Sağlık Ocağı	4099
Salmanlı Sağlık Ocağı	1022
Ç¼kekler Sağlık Ocağı	2676
Maltepe Sağlık Ocağı	3607
Dr. Evrim T¼mbek Sağlık Ocağı	5846
G¼neřler Sağlık Ocağı	2858
Tepekum Sağlık Ocağı	5150
F.S Hızırtepe Sağlık Ocağı	6860
Dr. A. Kadir Canik Sağlık Ocağı	3278
Karaosman Sağlık Ocağı	5689
şeker Sağlık Ocağı	6187
Astra Zeneca Sağlık Ocağı	3554
Karaman Sağlık Ocağı	3620
Camili Sağlık Ocağı	5057
Merkez Fatma Hanım Sağlık Ocağı	8253
<b>Toplam</b>	<b>68880</b>

Örneklemin seçileceği bölgeler, Sakarya il merkezinde bulunan toplam 16 adet sağlık ocağı içerisinde kura yöntemi ile seçilen 3 tane sağlık ocağı bölgesi olarak belirlendi. İki aşamalı tabakalı örnekleme yapılarak, bu sağlık ocağı bölgelerinden nüfus ve yaş grubu oranlarına göre “Büyükölge Oransal Seçim” ile örnekleme alınacak birey sayıları tespit edildi (Tablo 3.3.2, Tablo 3.3.3).

**Tablo 3.3.2. Yerleşim Yerlerine Göre Örnekleme Sayıları**

Örnekleme alınacak sağlık ocağı bölgesi	15-49 Yaş Grubu Kadın Sayısı	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı
Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı	5846	535
Camili Sağlık Ocağı	5057	463
Merkez Fatma Hanım Sağlık Ocağı	8253	756
<b>Toplam</b>	<b>19156</b>	<b>1754</b>

**Tablo 3.3.3 Yaş Grupları ve Yerleşim Yerlerine Göre Örnekleme Sayıları**

YAŞ GRUPLARI	YERLEŞİM YERLERİ					
	Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı		Camili Sağlık Ocağı		Merkez Fatma Hanım Sağlık Ocağı	
	Kadın sayısı	Örnekleme alınacak kadın sayısı	Kadın sayısı	Örnekleme alınacak kadın sayısı	Kadın sayısı	Örnekleme alınacak kadın sayısı
<b>15-19</b>	718	67	535	49	1112	102
<b>20-24</b>	931	85	643	59	1185	109
<b>25-29</b>	977	89	1111	102	1415	129
<b>30-34</b>	822	75	911	83	1286	118
<b>35-39</b>	790	72	752	69	1204	110
<b>40-44</b>	818	75	572	52	1040	95
<b>45-49</b>	790	72	533	49	1011	93
<b>Toplam</b>	<b>5846</b>	<b>535</b>	<b>5057</b>	<b>463</b>	<b>8253</b>	<b>756</b>

### **Örneklem Seçme Kriterleri:**

- Çalışmaya katılmayı kabul etme,
- 15-49 yaş arasında olma,
- Son 12 ay içerisinde gebe olmama,
- İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığının bulunmaması.

### **3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Sakarya il merkezinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Camili Sağlık Ocağı, Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı ve Fatma Hanım Sağlık Ocağı bölgelerinde gerçekleştirilmiştir. Sakarya il merkezinde toplam 16 adet sağlık ocağı bulunmaktadır. Fatma Hanım Sağlık Ocağı, bu sağlık ocakları arasında nüfus büyüklük oranı olarak birinci sırada yer almakta, kırsal ve kentleşmiş bölgeleri bir arada bulundurmaktadır. Fatma Hanım Sağlık Ocağı'nda 6 doktor, 1 hemşire, 6 ebe, 1 tıbbi sekreter ve 2 temizlik personeli olmak üzere toplam 16 çalışanı vardır. Sağlık ocağına gelen günlük ortalama hasta sayısı 400, gebe sayısı 20 ve aşı sayısı 25'dir. Camili Sağlık Ocağı, il merkezinde toplam 16 adet sağlık ocağı içinde nüfus büyüklük oranı olarak yedinci sırada yer almaktadır. Camili Sağlık Ocağı'na bağlı 3 adet köy bulunmakta ve depremden sonra yeni yerleşim bölgesi olarak kabul edilen Yenikent bölgesinin içerisinde yer almaktadır. Camili Sağlık Ocağı'nda 2 hekim, 1 hemşire, 1 ebe, 1 temizlik personeli görev almaktadır. Sağlık ocağına gelen günlük ortalama hasta sayısı 100, gebe sayısı 7, aşı sayısı ise 10'dur. Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı, il merkezindeki sağlık ocakları içinde nüfus büyüklük oranı olarak dördüncü sırada yer almakta ve kentleşmiş bölgeleri içermektedir. Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı'nda 2 doktor, 2 ebe ve 1 temizlik personeli görev almaktadır. Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı ismi daha sonra "Cumhuriyet" olarak değiştirilmiştir. Sakarya ilinde 2010 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçildiği için bu sağlık ocaklarının ismi aile sağlığı merkezi olarak değişmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

#### **3.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar**

Verilerin toplanmasında katılımcı bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Mc-Gill Melzack Ağrı Soru Formu ve Görsel Ağrı Skalası kullanıldı.

#### **3.5.2 Katılımcı Bilgi Formu (Ek 2 )**

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen 71 sorudan oluşan formdur. Literatür bilgisi ve Uluslararası Kronik Pelvik Ağrı Derneği'nin KPA varlığını ve özelliklerini sorgulamak üzere hazırladığı soru formundan yararlanılarak hazırlanan bu form ile araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik, menstrual ve jinekolojik öykü, üriner sistem ve gastrointestinal sistem özellikleri sorgulandı (39, 116, 117, 119). Demografik özellikleri belirlemeye yönelik olarak; yaş, beden kitle indeksi, medeni durum, çalışma ve eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, gelir düzeyini algılama durumu, aile tipi, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi ile ilgili sorular yer aldı. Genel sağlık durumu ve alışkanlıklarını belirlemek için sigara kullanma, egzersiz yapma, kronik hastalık durumu, ailedeki hastalık öyküsü gibi durumlar sorgulandı. Günde en az bir sigara içen sigara içiyor olarak kabul edildi. Egzersiz yapma durumunda hiç egzersiz yapmadığını ifade edenler egzersiz yapmıyor olarak kabul edildi. Obstetrik, menstrual ve jinekolojik öykü bölümünde kadının gebelik sayısı, herhangi bir doğumunda müdahale yapılma durumu, menarş yaşı, menapoza girme durumu, son 6 ay içindeki adet sıklığı, süresi, düzeni ve kanama miktarı, dismenore, disparoni, üreme sistemi ile ilgili son 6 ay içindeki enfeksiyon belirtileri gibi sorulara yer verildi. Müdahaleli doğum varlığı kadınların en az bir doğumunda epizyotomi açılması, vakum uygulanması veya sezaryen doğum olmasıyla belirlendi. Ayrıca doğum sonu kanama varlığı kadınların kendi ifadeleriyle değerlendirildi. Adet sıklığı; 21 günden az, 22-28 gün arasında, 29- 35 gün arasında, 35 günden fazla seçenekleriyle ve

adet süresi; 2- 3 gün, 4- 7 gün, 8 gün ve daha fazla seçenekleriyle saptandı. Adet dönemlerindeki kanama miktarı günlük ortalama kullandıkları ped sayısı sorgulanarak az, orta ve çok seçenekleriyle belirlendi. Adet dönemlerinde genellikle bel ve karın ağrısı deneyimleyenler dismenore şikayeti var olarak kabul edildi. Disparoni durumu, “Cinsel ilişki esnasında ya da sonraki 24 saat içerisinde ağrınız oluyor mu?” sorusuyla araştırıldı. Ürogenital sistem ve gastrointestinal sistem özelliklerinde ise; inkontinans durumu, sık genital ve üriner sistem enfeksiyonu, böbrek taşı, sık yaşanan konstipasyon ve diyare durumu, iştahsızlık gibi risk faktörleri sorgulandı. Genital sistem ve idrar yolu enfeksiyonu ayrıca böbrek taşı varlığı hekim tanısının olmasıyla belirlendi. Urge inkontinans; acil idrar yapma isteği, stres inkontinans; öksürürken, hapşırırken ya da gülerken idrar kaçırma durumu ile, mikst inkontinans ise; her ikisinin varlığı ile belirlendi. Ayrıca kronik pelvik ağrının varlığı, başlama süresi, sağlık kuruluşuna başvurma ve ağrı kesici alma durumu, ağrının süresi, günlük hayata etkisi, ağrıyı şiddetlendiren ve azaltan faktörler ve ağrı düzeyinin belirlenmesine ilişkin sorular yer aldı. Kadınların kafeinli içecek tüketmeleri; gün içerisinde kahve, çay, kola içme durumlarıyla sorgulandı. KPA'nın varlığı Uluslararası Kronik Pelvik Ağrı Derneği'nin tanımı olan “Sürekli ya da aralıklı olarak görülen ve en az 6 ay süreyle devam eden, direk adet görme ya da cinsel ilişki ile bağlantısı bulunmayan alt karın ve kasık bölgenizde ağrınız var mı?” sorusuyla saptandı (118).

### **3.5.3 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3)**

Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeği olan Kısa Form-36 Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (106). Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve emosyonel), ruhsal sağlık, canlılık (vitalite), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek 0 ila 100 arasında değerlendirme sağlamaktadır ve daha yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir. SF-36'nın Türk toplumu için toplum norm değerleri Demiral ve arkadaşları tarafından belirlenmiştir (12).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; 36 sorudan ve sekiz alt ölçekten oluşmakta ve fiziksel ve mental özet sağlık skoru elde edilmektedir. Özet skorlarda sıfır kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir (47, 61, 62, 106). SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği, sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır.

1. Fiziksel fonksiyon; sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi),
2. Sosyal fonksiyon; fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (arkadaşlarını ve akrabalarını ziyaret gibi),
3. Fiziksel rol fonksiyon; fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma saatleri ya da günlük aktivitelerden kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarına etkileri gibi),
4. Emosyonel rol fonksiyon; emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma ya da günlük aktiviteler üzerine depresyon ya da anksiyete gibi emosyonel sorunların etkisi,
5. Mental sağlık; psikolojik sıkıntı ve iyilik ile ilgili olarak genel mental sağlık,
6. Zindelik (enerji, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi konusunda sorular gibi),
7. Ağrı; ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği,
8. Genel sağlık anlayışı (kendi sağlığı konusunda hisleri).

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, zindelik, genel sağlık algısı olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir. Fiziksel komponent (Physical Component Scale, PCS) ve mental komponent (Mental Component Scale, MCS) olmak üzere iki özet skalası vardır.



Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; zindelik, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur (100, 105).

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir (47).

SF 36 ile yapılacak yaşam kalitesi araştırmalarında her bir alt skala puanlamasının nasıl yapılacağı Tablo 3.5.3.1 ve Tablo 3.5.3.9 arasında gösterilmiştir. Tablo 3.5.3.10'da ise SF 36 ölçeğinin hesaplanması verilmiştir. Bütün başlıkların sözel içerikleri ve her bir başlıkta kullanılan yanıt seçenekleri tablolarda ifade edilmiştir; böylece hangi başlık ve yanıt seçeneklerinin katıldığına ilişkin şüphe bırakılmamıştır.

**Tablo 3.5.3.1.Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması**

<b>Başlıklar</b>		
3a	Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi büyük çaba gerektiren aktiviteler	
3b	Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK gibi orta/hafif aktiviteler	
3c	Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	
3d	Merdivenle çok sayıda kat çıkma	
3e	Merdivenle bir kat çıkma	
3f	Eğilme veya diz çökme	
3g	Bir kilometreden fazla yürüme	
3h	Birkaç yüz metre yürüme	
3i	Yüz metre yürüme	
3j	Banyo yapma veya giyinme	
<b>Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Evet oldukça kısıtlıyor	1	1
Evet biraz kısıtlıyor	2	2
Hayır hiç kısıtlamıyor	3	3
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması**

Başlıklar		
6	Son 4 hafta boyunca, bedensel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?	
10	Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?	
<b>6. Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Hiç etkilemedi	1	1
Biraz etkiledi	2	2
Orta derecede etkiledi	3	3
Oldukça etkiledi	4	4
Aşırı etkiledi	5	5
<b>10. Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Her zaman	1	1
Çoğu zaman	2	2
Bazen	3	3
Nadiren	4	4
Hiçbir zaman	5	5
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.3 Fiziksel İşlev Başlıkları ve Puanlaması**

Başlıklar		
4a	İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	
4b	Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	
4c	İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlama oldu mu?	
4d	İş veya diğer aktiviteleri yapmakta zorlandınız mı?	
Puanlama		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Evet	1	0
Hayır	2	1
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.4. Mental İşlev Başlıkları ve Puanlaması**

Başlıklar		
5a	İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	
5b	Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	
5c	İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	
Puanlama		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Evet	1	0
Hayır	2	1
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması**

<b>Başlıklar</b>		
9b	Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	
9c	Hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	
9d	Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	
9e	Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	
9h	Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	
<b>9d, 9e ve 9h Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Her zaman	1	6
Çoğu zaman	2	5
Epeyce	3	4
Arada sırada	4	3
Çok ender	5	2
Hiçbir zaman	6	1
<b>9b, 9c ve 9e Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Her zaman	1	1
Çoğu zaman	2	2
Epeyce	3	3
Arada sırada	4	4
Çok ender	5	5
Hiçbir zaman	6	6
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo.3.5.3.6 Enerji (zindelik) / Yorgunluk Başlıkları Puanlaması**

<b>Başlıklar</b>		
9a	Tam enerjik hissettiniz	
9e	Fazla enerjiniz vardı	
9g	Çok yorgun hissettiniz	
9i	Yorgun hissettiniz	
<b>9a ve 9e Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Her zaman	1	6
Çoğu zaman	2	5
Epeyce	3	4
Arada sırada	4	3
Çok ender	5	2
Hiçbir zaman	6	1
<b>9gve 9i Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Her zaman	1	1
Çoğu zaman	2	2
Epeyce	3	3
Arada sırada	4	4
Çok ender	5	5
Hiçbir zaman	6	6
<p><b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.</p>		

**Tablo 3.5.3.7. Ağrı Başlıkları ve Puanlaması**

<b>Başlıklar</b>		
7	Son 4 hafta boyunca, ne kadar ağrınız oldu	
8	Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi ne kadar etkiledi	
<b>7 Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Şiddetli	5	2
Çok şiddetli	6	1
<b>8 Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Hiç etkilemedi	1	5
Biraz etkiledi	2	4
Orta derecede etkiledi	3	3
Oldukça etkiledi	4	2
Aşırı etkiledi	5	1
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlaması**

<b>Başlıklar</b>		
1	Genel olarak sağlığınız için ne söyleyebilirsiniz	
11a	Diğer insanlardan daha fazla hastalanır gibiyim	
11b	Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	
11c	Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	
11d	Sağlığım mükemmel	
<b>1 Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1
<b>11a ve 11c Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Bilmiyorum	3	3
Çok kere yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
<b>11b ve 11d Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Bilmiyorum	3	3
Çok kere yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
<p><b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.</p>		



**Tablo 3.5.3.9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması Başlıklar**

<b>Başlıklar</b>		
2	Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz	
<b>Puanlama</b>		
Yanıt seçenekleri	İlk Değerlendirme	Son Puanlama
Bir yıl öncesine göre çok daha iyi	1	5
Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi	2	4
Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı	3	3
Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü	4	2
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5	1
<b>Skala puanlaması:</b> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, eksik ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.		

**Tablo 3.5.3.10. SF 36 Ölçeğinin Puanlarının Hesaplanması**

<b>SF 36 Alt Boyutları</b>	<b>En Düşük Ham Puan</b>	<b>Olası Ham Puan</b>
Fiziksel fonksiyon: 3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: 4a+ 4b+4c+4d	0	4
Ağrı : 7+8	2	10
Sağlığın genel olarak algılanması: 1+11a+11b+11c+11d	5	20
Enerji, vitalite/yorgunluk(canlılık, zindelik):9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal fonksiyon: 6+10	2	8
Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı: 5a+5b+5c	0	3
Mental sağlık: 9b+9c+9d+9f+9h	5	25

**Ölçeğin puanının hesaplanması: Elde edilen ham puan – En düşük ham puan x 100**  
**Olası ham puan**

### 3.5.6. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (Ek 4)

Melzack ve Torgerson tarafından geliştirilmiş olan form, ağrıyı çok boyutlu olarak değerlendirir. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) ağrının niteliğinin değerlendirilmesinde önemlidir (63). Hastadan ağrısını tanımlayan en yakın kelimeyi seçmesi istenir ve buna göre 100 üzerinden puanlama yapılır;

- Hafif: 20 puan,
- Can sıkıcı: 40 puan,
- Rahatsız edici: 60 puan,
- Berbat: 80 puan,
- Çok şiddetli: 100 puan (103).

Ölçek; dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyor ise tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.

- **Birinci Bölüm;** Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyor ise “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir.
- **İkinci Bölüm:** Bu bölümde ağrıyı duyusal, algısal ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşmaktadır. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi istenmektedir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyusal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

- **Üçüncü Bölüm:** Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer almaktadır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.
- **Dördüncü Bölüm:** Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir=hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almaktadır (10, 31, 74).

### 3.5.7. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Ek 5)

Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ); 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 GKÖ’ye sık başvurulur. GKÖ, horizontal veya vertikal olarak çizilmiş; bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10cm. (100mm.) uzunluğunda bir çizgiden oluşur. GKÖ’de standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda, vertikal kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir (47). Hastaya bu çizgi üzerinde ağrısının şiddetine uyan yere bu çizgiyi kesecek şekilde bir işaret koyması söylenir. En düşük GKÖ düzeyinden hastanın işaretine kadar olan mesafe bir cetvel ile ölçülerek cm veya mm cinsinden hastanın ağrı şiddetinin sayısal indeksi elde edilir (9, 10, 97).

### 3.5.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Anket formunun ön uygulaması 15.03.2010-30.03.2010 tarihleri arasında Camili Sağlık Ocağı’na poliklinik hizmeti almak için başvuran 20 kişi ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenlemeler yapıldı ve forma son şekli verildi.

### **3. 5. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Veri toplama formunun uygulanması 15.09.2010–15.10.2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu kişilere okundu, kişilerin izinleri alındı. Veri toplama formları ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Veri toplama aşamasında bir kişiyle görüşme ortalama 30 dakika sürdü.

### **3.5.4 Verilerin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (versiyon 15.0) istatistik paket programında değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizleri için Student t testi, Ki- kare testi ve Backward Stepwise Logistik Regresyon Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

### **3.5.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş ve 2010/141, 2010/232 nolu etik kurul onayı alınmıştır (Bkz. Ek 6).

Ayrıca Camili Sağlık Ocağı, Dr. Evrim Tümbek Sağlık Ocağı ve Fatma Hanım Sağlık Ocağı bölgesinde araştırma yapılabilmesi için de Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden de gerekli izin alınmıştır (Bkz. Ek 7).

Anket formları uygulanmadan önce araştırmaya katılacak kişilerden de yazılı ve sözlü onam alındı.

## 4.BULGULAR

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu araştırmanın çalışma grubunu 1765 kadın oluşturmuştur. KPA'nın görülme sıklığını, risk faktörlerini, yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada araştırma bulguları tablo ve grafikler halinde dört bölüme ayrılarak sunulmuştur.

**Birinci bölümde;** kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumları ve alışkanlıkları, obstetrik, menstrual ve jinekolojik özellikleri, KPA ile ilişkili olabilecek genital, üriner ve gastrointestinal sistemle ilgili şikayetlerini sorgulayan bulgular yer aldı.

**İkinci bölümde;** KPA'sı bulunanlarda bu ağrıyla ilgili özelliklerin belirlenmesi, Mc-Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği değerlendirmesine ilişkin bulgular yer aldı.

**Üçüncü bölümde;** çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayan kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik, menstrual ve jinekolojik özellikleri ile üriner sistem ve gastrointestinal sistem özelliklerine göre dağılımını gösteren bulgulara yer verildi.

**Dördüncü bölümde ise;** KPA'nın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren bulgulara yer verildi.

#### **4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik, Menstrual ve Jinekolojik Özellikleri, KPA İle İlişkili Olabilecek Genital, Üriner ve Gastrointestinal Sistemle İlgili Şikayetleri**

Tablo 4.1.1' de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 15-49 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $31.54 \pm 9.50$  yıl idi. Kadınların %61.6'sı evli, %33.1'inin de bekar olduğu bulundu. Çalışmaya katılan kadınların öğrenim durumu incelendiğinde %58.6'sının lise mezunu ve üzeri olduğu saptandı. Kadınların %67.5'inin çalışmadığı, %32.5'inin ise çalıştığı, çalışan kadınların %66.1'inin de genellikle ayakta çalıştığı belirlendi. Sağlık güvencesi durumları incelendiğinde; kadınların neredeyse hepsinin (%93.7) sağlık güvencesinin (emekli sandığı, ssk, bağ-kur, özel sigorta, yeşil kart) olduğu belirlendi. Kadınların %48.3'ü gelir durumunu dengeli olarak değerlendirdi. Çalışmaya katılan kadınların %76.7'sinin aile tipinin çekirdek aile olduğu, %66.2'sinin de en uzun süre ile il merkezinde yaşadığı bulundu.

**Tablo 4.1.1. Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı**

Sosyo-demografik özellikler	n	%*
<b>Yaş grubu</b>		
15-19	220	12.5
20-24	255	14.4
25-29	320	18.1
30-34	279	15.8
35-39	254	14.4
40-44	223	12.6
45-49	214	12.1
<b>Medeni durum</b>		
Evli	1088	61.6
Bekar	585	33.1
Dul	93	5.3
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okur- yazar	90	5.1
İlk ve ortaokul	641	36.3
Lise ve üzeri	1034	58.6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	574	32.5
Çalışmıyor	1191	67.5
<b>**Çalışma şekli (çalışıyorsa)</b>		
Genellikle masa başında oturarak	195	33.9
Genellikle ayakta	379	66.1
<b>Sağlık güvencesi olma durumu</b>		
Yok	111	6.3
Var	1654	93.7
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir gidere göre az	828	46.9
Gelir gidere göre dengeli	852	48.3
Gelir gidere göre yüksek	85	4.8
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	1353	76.7
Geniş aile	366	20.7
Parçalanmış aile	46	2.6
<b>En uzun süre yaşadığı yerleşim birimi</b>		
İl merkezi	1169	66.2
İlçe ve köy	596	33.8
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*Sadece çalışanlar gurubu (n=574) değerlendirilmiştir.



Tablo 4.1.2’de çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı alışkanlıklarına ve sağlık problemlerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %77.9’u sigara içmezken, %94.2’si alkol almadığını belirtti. Kadınların %94.4’ü gün içerisinde kafeinli içecek tükettiğini, %65.3’ünün de egzersiz yaptığı saptandı. Kronik hastalığı olmayan kadınların oranı %80.6, sürekli ilaç kullandığını ifade edenlerin oranı ise %19.4’tü. Kadınların sadece %1.4’ünün daha önce jinekolojik ameliyat geçirdiği saptandı. Çalışma grubundakilerin %92.0’sinde alerji varlığı olmadığı belirlendi. Kadınların %96.4’ü daha önce yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirmediğini, %81.8’i hiç antidepresan kullanmadığını ve %95.0’ı daha önce fizik tedavi görmediğini belirtti.

**Tablo 4.1.2. Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınların Bazı Alışkanlıklarına ve Sağlık Problemlerine İlişkin Verilerin Dağılımı**

<b>Bazı alışkanlıklar ve sağlık problemleri</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hayır	1375	77.9
Evet	390	22.1
<b>Alkol tüketme durumu</b>		
Hayır	1662	94.2
Evet	103	5.8
<b>Kafeinli içecek tüketme durumu</b>		
Hayır	98	5.6
Evet	1667	94.4
<b>Egzersiz yapma durumu</b>		
Hayır	613	34.7
Evet	1152	65.3
<b>Kronik hastalık durumu</b>		
Hayır	1422	80.6
Evet	343	19.4
<b>İlaç kullanma durumu</b>		
Hayır	1545	87.5
Evet	220	12.5
<b>Daha önce jinekolojik ameliyat geçirme durumu</b>		
Hayır	1549	87.7
Evet	216	12.3
<b>Alerji varlığı</b>		
Hayır	1624	92.0
Evet	141	8.0
<b>Yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirme durumu</b>		
Hayır	1701	96.4
Evet	64	3.6
<b>Antidepresan kullanma durumu</b>		
Hayır	1443	81.8
Evet	322	18.2
<b>Fizik tedavi görme</b>		
Hayır	1677	95.0
Evet	88	5.0
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.1.3’de çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı obstetrik özellikleri yer almaktadır. Çalışma grubundaki evli ve dul kadınların % 94.7’sinin daha önce en az bir kere gebe kaldığı belirlendi. Kadınların %68.2’si hiç kürtaj olmadığını belirtirken, %73.0’ı hiç düşük yapmadığını ifade etti. Normal vajinal doğum yapan kadınların %43.1’inde doğum esnasında epizyotomi, %3.7’sinde vakum uygulaması yapıldığı, %2.7’sinde ise vajinal laserasyon gelişmiş olduğu saptandı. Çalışma grubundakilerin %26.3’ünün sezeryan doğum yaptığı bulundu. Kadınların %5.0’ında ise doğum sonu kanama öyküsü vardı.

**Tablo 4.1.3. Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınların Bazı Obstetrik Özellikleri**

<b>** Bazı obstetrik özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
<b>Daha önce gebe kalma durumu</b>		
Hayır	63	5.3
Evet	1117	94.7
<b>Kürtaj olma durumu</b>		
Hayır	805	68.2
Evet	375	31.8
<b>Düşük yapma durumu</b>		
Hayır	861	73.0
Evet	319	27.0
<b>Doğumda epizyotomi açılma durumu</b>		
Hayır	671	56.9
Evet	509	43.1
<b>Doğumda vakum uygulanması</b>		
Hayır	1036	96.3
Evet	44	3.7
<b>Doğumda vajinal laserasyon gelişme durumu</b>		
Hayır	1048	97.3
Evet	32	2.7
<b>Sezeryan olma durumu</b>		
Hayır	870	73.7
Evet	310	26.3
<b>Doğum sonu kanama gelişme durumu</b>		
Hayır	1121	95.0
Evet	59	5.0
<b>Toplam</b>	<b>1180</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\* Bekarlar değerlendirme dışında bırakılmıştır. (n=1180)

Tablo 4.1.4’de çalışma grubundaki kadınların bazı menstrual özellikleri yer almaktadır. Kadınların menarş yaşı ortalaması 12.97±1.18 yıl olarak bulundu. Çalışmaya katılan kadınların sadece %8.4’ünün menapoza girdiği belirlendi. Araştırmadaki reproduktif çağıdaki kadınların %66.0’sının 22-28 günde bir adet olduğu, %75.4’ünün adetlerinin düzenli olduğu, %72.9’unun adetlerinin 4-7 gün sürdüğü ve %69.5’inin kanamasının orta miktarda olduğu saptandı. Kadınların %57.9’unun dismenore yakınması vardı.

**Tablo 4.1.4. Çalışma Grubundaki Kadınların Bazı Menstrual Özellikleri**

<b>Menstrual Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
<b>Menarş yaşı</b>		
≤ 12	654	37.1
13 - 14	642	36.4
15 ≥	469	26.5
<b>Menapoz durumu</b>		
Hayır	1617	91.6
Evet	148	8.4
<b>**Adet sıklığı (gün)</b>		
≤ 21	138	8.5
22- 28	1067	66.0
29- 35	304	18.8
35 ≥	108	6.7
<b>**Adetlerin düzeni</b>		
Düzensiz	397	24.6
Düzenli	1220	75.4
<b>**Adet kanama süresi (gün)</b>		
≤3	121	7.5
4- 7	1179	72.9
8 ≥	317	19.6
<b>**Adet kanama miktarı</b>		
Az	131	8.1
Orta	1124	69.5
Çok	362	22.4
<b>**Dismenore öyküsü</b>		
Yok	680	42.1
Var	937	57.9
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\* Sadece menapoza girmeyen grup (n=1617) değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.5’de çalışma grubundaki kadınların bazı jinekolojik özellikleri yer almaktadır. Son 6 ay içerisinde üreme sistemi ile ilgili şikayet ya da şikayetler yaşadığını ifade eden kadınların (n=726) %75.2’si vajinal akıntı, %38.2’si kaşıntı, %2.9’u dış genital organlarında siğil, %18.6’sı ise genital bölgede ağrı şikayetinden yakınmaktaydı. Vajinal akıntı şikayeti olan kadınların %41.3’ü normal, %20.9’u sarı yeşilimsi, %15.2’si süt kesiği gibi, %13.0’ sarı renkli kötü kokulu, %9.5’i gri beyaz renkli akıntıdan yakınmaktaydı. Son 6 ay içerisinde üreme organlarında enfeksiyon tanısı alan kadınların oranı %8.6 idi. Kontraseptif yöntem olarak kadınların %21.3’ü rahim içi araç (RİA), %10.9’u ise tüp ligasyon kullandığını belirtti. Kadınların %22.4’ünde disparoni şikayeti vardı.

**Tablo 4.1.5. Çalışma Grubundaki Kadınların Bazı Jinekolojik Özellikleri**

Jinekolojik Özellikler	n	%*
<b>Üreme sistemi ile ilgili şikayet yaşama durumu</b>		
Hayır	1039	58.9
Evet	726	41.1
<b>**Vajinal akıntı</b>		
Yok	180	24.8
Var	546	75.2
<b>***Vajinal akıntının özelliği</b>		
Normal akıntı	225	41.3
Sarı- yeşilimsi akıntı	114	20.9
Süt keşiği gibi akıntı	83	15.2
Sarı renkli kötü kokulu akıntı	71	13.0
Gri- beyaz akıntı	53	9.5
<b>**Kaşıntı</b>		
Yok	449	61.8
Var	277	38.2
<b>**Dış üreme organlarında siğil</b>		
Yok	705	97.1
Var	21	2.9
<b>**Genital bölgede ağrı</b>		
Yok	591	81.4
Var	135	18.6
<b>Üreme organlarında enfeksiyon tanısı</b>		
Yok	1613	91.4
Var	152	8.6
<b>****RİA kullanımı</b>		
Hayır	856	78.7
Evet	231	21.3
<b>****Tüp ligasyon uygulanması</b>		
Hayır	968	89.1
Evet	119	10.9
<b>****Disparoni varlığı</b>		
Yok	843	77.6
Var	244	22.4
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*Sadece üreme sistemi ile ilgili şikayet yaşayan grup (n=726) değerlendirilmiştir.

\*\*\* Sadece vajinal akıntı şikayeti olan grup (n=546) değerlendirilmiştir.

\*\*\*\* Sadece evli kadınlar (n= 1087) değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.6’da çalışma grubundaki kadınların bazı üriner sistem özellikleri yer almaktadır. Kadınların %30.7’sinde üriner inkontinans olmadığı, %3.2’sinde stres inkontinans, %31.2’sinde urge inkontinans, %34.8’inde mikst inkontinans olduğu belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların %35.4’ü sık idrar yolu enfeksiyonu, %5.2’si ise böbrek taşı hastalığı geçirdiğini ifade etti.

**Tablo 4.1.6. Çalışma Grubundaki Kadınların Bazı Üriner Sistem Özellikleri**

Üriner Sistem Özellikleri	n	%*
<b>İnkontinans varlığı</b>		
Yok	542	30.7
Stres inkontinans	57	3.2
Urge inkontinans	551	31.2
Mikst inkontinans	615	34.8
<b>Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu</b>		
Hayır	1141	64.6
Evet	624	35.4
<b>Böbrek taşı bulunma durumu</b>		
Yok	1074	94.8
Var	91	5.2
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.1.7’de çalışma grubundaki kadınların bazı gastrointestinal sistem özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların %6.2’si ishal, %28.7’si kabızlık şikayetini sık yaşadığını ifade etti. Kadınların %6.9’unda dışkıda kan şikayeti olduğu belirlendi. Kadınların %38.9’unda iştahsızlık, %11.6’sında bulantı kusma şikayeti olduğu saptandı.

**Tablo 4.1.7. Çalışma Grubundaki Kadınların Bazı Gastrointestinal Sistem Özellikleri**

Gastrointestinal Sistem Özellikleri	n	%*
<b>İshal şikayeti</b>		
Yok	1656	93.8
Var	109	6.2
<b>Kabızlık şikayeti</b>		
Yok	1259	71.3
Var	506	28.7
<b>Dışkıda kan görülmesi</b>		
Yok	1644	93.1
Var	121	6.9
<b>İştahsızlık hissi</b>		
Yok	1644	61.1
Var	681	38.9
<b>Bulantı - kusma şikayeti</b>		
Yok	1560	88.4
Var	205	11.6
<b>Toplam</b>	<b>1765</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Şekil 4.1.1’de çalışma grubundaki kadınların KPA oranlarının dağılımı gösterilmektedir. KPA dağılımlarına bakıldığında; kadınların %12.2’sinde (n=216) KPA şikayeti olduğu, %87.8’inde (n=1549) KPA şikayeti bulunmadığı saptandı.



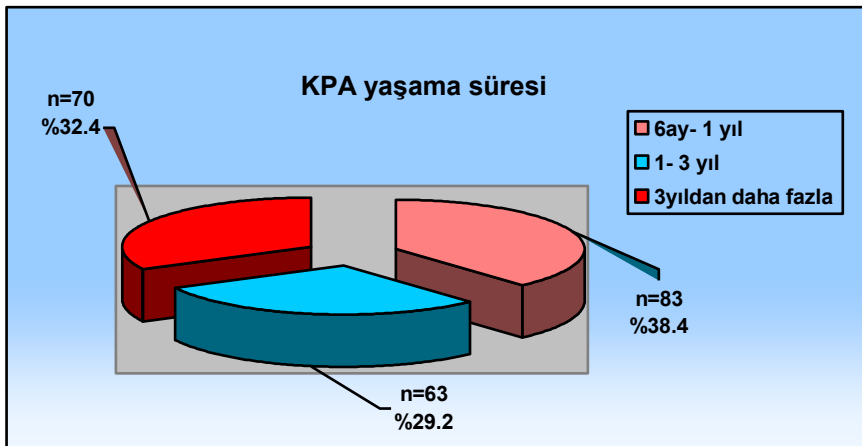
Şekil 4.1.1. KPA'nın dağılımı



## 4.2. KPA'sı Bulunanlarda Ağrıyla İlgili Özelliklerin Belirlenmesi, Mc Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

### KPA'sı Bulunanlarda Ağrıyla İlgili Özellikler

Şekil 4.2.1'de çalışma grubundaki kadınların KPA yaşama sürelerinin dağılımı gösterilmektedir. Kadınların KPA yaşama sürelerine bakıldığında; ortalama ağrı süresi  $2.92 \pm 1.38$  yıl olarak bulundu. KPA'lı kadınların %38.4'ü son 6 ay-1 yıl içerisinde, %29.2'si 1-3 yıl içerisinde, %32.4'ü ise 3 yıldan daha fazla süredir KPA'yı yaşadıklarını ifade etti.



Şekil 4.2.1. Kadınların KPA Yaşama Süreleri (n=216)

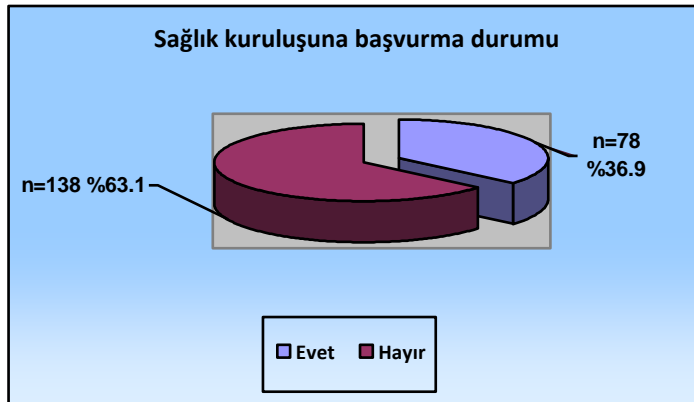
Tablo 4.2.1'de çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanma durumlarına ilişkin veriler yer almaktadır. Çalışmaya katılan KPA'lı kadınların %56.0'ı ağrı kesici ilaç kullanırken, %44.0'ının ağrı kesici ilaç kullanmadığı bulundu.

**Tablo 4.2.1. Çalışma Grubundaki Kadınların KPA Nedeniyle Ağrı Kesici İlaç Kullanma Durumlarına İlişkin Verilerin Dağılımları (n=216)**

KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanma durumu	n	%*
Hayır	95	44.0
Evet	121	56.0
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

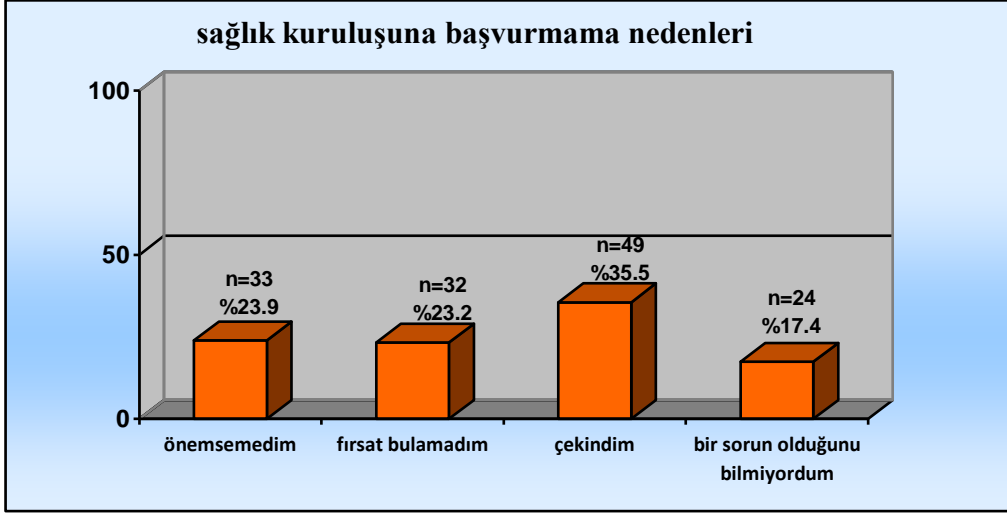
\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Şekil 4.2.2’de çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma durumlarının dağılımına yer verilmiştir. Kadınların %36.9’u sağlık kuruluşuna başvururken, %63.1’inin sağlık kuruluşuna başvurmadığı saptandı.



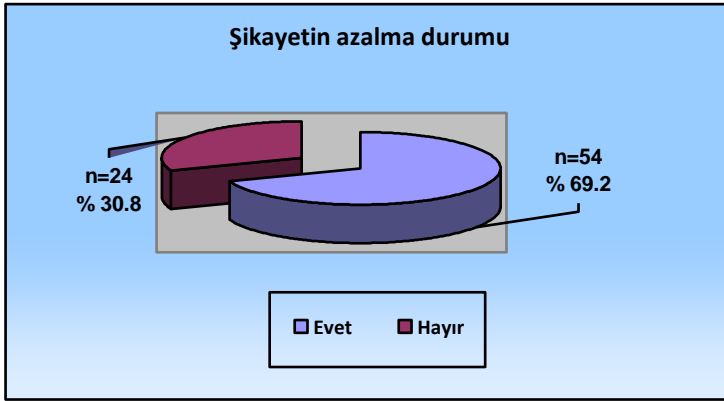
**Şekil 4.2.2. Çalışma Grubundaki Kadınların KPA Nedeniyle Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumları (n=216)**

Şekil 4.2.3’de çalışma grubundaki kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine ilişkin verilerin dağılımına yer verilmiştir. KPA’sı olan kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine bakıldığında; kadınların %35.5’i çekindiğinden, %23.9’u önemsemediğinden, %23.2’si fırsat bulamadığından, %17.4’ü bir sorun olduğunu bilmediğinden dolayı sağlık kuruluşlarına başvurmadığını bildirdi.



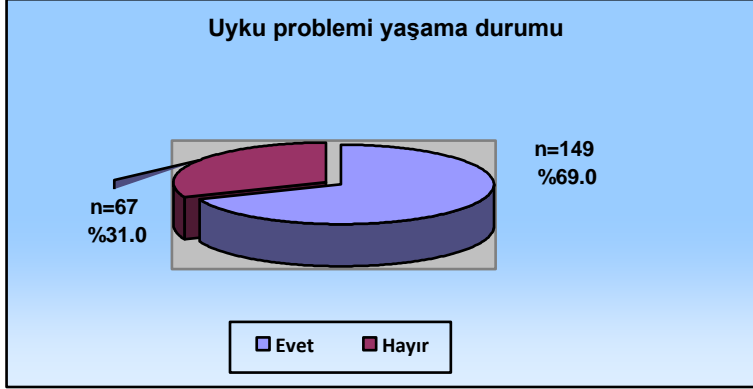
Şekil 4.2.3. Çalışma Grubundaki Kadınların Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenleri (n=138)

Şekil 4.2.4’de sağlık kuruluşuna başvuran kadınların şikayetinin azalma durumlarına ilişkin verilerin dağılımına yer verilmiştir. Kadınların %69.2’si şikayetlerinde azalma olduğunu, %30.8’i ise şikayetlerinde azalma olmadığını ifade etti.



Şekil 4.2.4. Sağlık Kuruluşuna Başvuran Kadınların Şikayetinin Azalma Durumları (n=78)

Şekil 4.2.5’de çalışma grubundaki kadınların KPA nedeniyle uyku problemi yaşama durumuna ilişkin verilerin dağılımına yer verilmiştir. Çalışmaya katılan KPA’lı kadınların %69.0’ının uyku problemi yaşadığı, %31.0’ının ise uyku probleminin olmadığı belirlendi.



Şekil 4.2.5. Çalışma Grubundaki Kadınların KPA Nedeniyle Uyku Problemi Yaşama Durumu (n=216)

### **Mc Gill Ağrı Soru Formu Değerlendirmesine İlişkin Bulgular**

Tablo 4.2.2’de KPA’lı kadınlarda ağrının bulunduğu bölgeye ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Bulgulara göre kadınların %25.0’ı pelvisin sağ ve solunda bacaklara yayılan, %24.5’i simfsispubis üzerinde, %22.2’si pelvisin sağ ve solunda, %12.5’si pelvisin sağında, %8.8’i pelvisin solunda, %5.5’i belde ve %1.4’ü sakral bölgede ağrısı olduğunu bildirdi.

**Tablo 4.2.2. KPA'lı Kadınlarda Ağrının Bulunduğu Bölgeye İlişkin Verilerin Dağılımı**

Ağrının yeri	n	%*
Simfisispubis üzerinde	53	24.5
Pelvisin sağında	27	12.5
Pelvisin solunda	19	8.8
Pelvisin sağ ve solunda	48	22.2
Pelvisin sağ ve solunda bacaklara yayılan	54	25.0
Belde	12	5.5
Sakral bölgede	3	1.4
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.3'de KPA'lı kadınlarda ağrının derin ve yüzeysel hissedilmesine ilişkin verilerin dağılımına yer verilmektedir. Çalışmamızda kadınların %43.1'i ağrının yüzeysel, %56.9'u derin hissedildiğini ifade etti.

**Tablo 4.2.3. KPA'lı Kadınlarda Ağrının Derin ve Yüzeysel Hissedilmesine İlişkin Verilerin Dağılımı**

Ağrının nerde hissedildiği	n	%*
Derin	93	43.1
Yüzeysel	123	56.9
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.4'de KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'nda yer alan ağrı niteliğini tanımlayan ifadelerinin dağılımına yer verilmektedir. **Duyusal bölümde;** kadınlardan %31.9'u titreyen,%44.0'ı yansıyan, %25.0'ı diken diken, %42.6'sı çok keskin, %39.4'ü kasılır tarzda, %46.8'i çekiştirici, %38.4'ü sıcaklık veren, %31.5'i kaşıntılı, %44.0'ı künt, %32.9'u hassas özellikte ağrıdan yakınmaktaydı. **Algısal bölümde;** KPA'lı kadınların %62.5'i yorucu, %61.6'sı tiksindirici, %41.2'si cezalandırıcı, %64.8'i biçare eden, **değerlendirme bölümünde;** %39.8'i usandıran, **diğer bölümde ise;** %42.6'sı yayılan, %31.9'u uyuşuklaştıran, %43.1'i ürperten ve %35.2'si rahatsız eden özellikte ağrıları olduğunu ifade etti.

**Tablo 4.2.4. KPA'lı Kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'nda Yer Alan Ağrı Niteliğini Tanımlayan İfadelerinin Dağılımı**

DUYUSAL BOYUT							
Grup No	İfade	n	%*	Grup No	İfade	n	%*
1	Pır pır eden	50	23.1	6	Çekiştirici	101	46.8
	Titreyen	69	31.9		Sürükleyici	73	33.8
	Çarpan	45	20.8		Burkutucu	39	18.1
	Zonklayan	21	9.7		İfade seçmeyen	3	1.3
	Vuran	13	6.0	7	Sıcaklık veren	83	38.4
	Döven	16	7.4		Yakıyor gibi	64	29.6
	İfade seçmeyen	2	0.9		Haşlanıyor gibi	34	15.7
2	Sıçrayan	31	31.0	Dağlayıcı	34	15.7	
	Yansıyan	44	44.0	İfade seçmeyen	-	-	
	Fırlayan	25	25.0	8	Sızlıyor gibi	63	29.2
	İfade seçmeyen	-	-		Kaşıntılı	68	31.5
3	Diken diken	54	25.0		Acıtıcı	44	20.4
	Oyuluyor gibi	52	24.1	İğne batar gibi	39	18.1	
	Deliyorlar gibi	51	23.6	İfade seçmeyen	2	0.9	
	Şiş saplanır gibi	39	18.1	9	Künt	95	44.0
	Şimşek çakar gibi	20	9.3		Çıldırta	59	27.2
	İfade seçmeyen	-	-		Yaralayıcı	22	10.2
4	Çok keskin	92	42.6	Sızlayan	20	9.3	
	Kesiliyor gibi	76	35.2	Yoğun	20	9.3	
	Yırtılır gibi	48	22.2	İfade seçmeyen	-	-	
	İfade seçmeyen	-	-	10	Hassas	71	32.9
5	Kemirici sancı	83	38.4		Gergin	60	27.8
	Kasılır tarzda	85	39.4		Törpüleyen	53	24.5
	Eziliyor gibi	48	22.2		Keskin	22	14.8
	İfade seçmeyen	-	-		İfade seçmeyen	-	-
	<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>		<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

(Tablo.4.2.4'ün devamı)

Ağrı boyutu	Grup No	İfade	n	%*	Ağrı boyutu	Grup No	İfade	n	%*	
ALGISAL BOYUT	11	Yorucu	135	62.5	DİĞER	17	Yayılan	92	42.6	
		Tüketici	81	37.5			Dağılan	77	35.6	
		İfade seçmeyen	-	-			İçe işleyen	35	16.2	
	12	Tiksindirici	133	61.6			Delen	12	5.6	
		Boğucu	83	38.4			İfade seçmeyen	-	-	
		İfade seçmeyen	-	-			18	Sıkıntı verici	56	25.9
	13	Korku veren	80	37.0		Uyuşuklaştıran		69	31.9	
		Korkunç	89	41.2		Hissizleştiren		24	11.1	
		Dehşetli	47	21.8		Sürükleyici		16	7.4	
		İfade seçmeyen	-	-		Sıkıştırıcı		45	20.8	
	14	Cezalandırıcı	68	31.5		Yırtıcı		6	2.8	
		Bitap düşürücü	65	30.1		İfade seçmeyen	-	-		
		Dayanılmaz	35	16.2		19	Ürperten	93	43.1	
		Şiddetli	32	14.8			Üşüten	81	37.5	
		Öldürücü	16	7.4			Donduran	41	19	
	İfade seçmeyen	-	-	İfade seçmeyen			1	0.5		
	15	Biçare eden	140	64.8		20	Sürekli	66	30.6	
		Kör eden	73	33.8			Rahatsız eden	76	35.2	
		İfade seçmeyen	3	1.4			Bulantı veren	34	15.7	
	DEĞERLENDİRME	16	Usandıran	86			39.8	Istirap veren	14	6.5
			Sıkıntılı	65			30.1	Berbat	21	9.7
Perişan eden			32	14.8	İşkence eder tarzda		5	2.3		
Yoğun			14	6.5	İfade seçmeyen	-	-			
Dayanılmaz			16	7.4	<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>			
İfade seçmeyen			3	1.4						
<b>Toplam</b>			<b>216</b>	<b>100.0</b>						

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.5'de çalışma grubundaki kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrı boyut puanlarının ortalaması verilmektedir. Ağrının duyusal boyutu puan ortalaması 21.18±3.52, algısal boyutu puan ortalaması 8.30±1.78, değerlendirme boyutu puan ortalaması 2.04±1.24, diğer bölümde puan ortalaması 8.70±2.43, ağrıyı tanımlayan ifade puan ortalaması toplamda 40.25±4.90 olarak saptandı.

**Tablo 4.2.5. KPA'lı Kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu Ağrı Boyut Puan Ortalamaları**

Ağrı boyutu	X± Sd
Duyusal boyut	21.18±3.52
Algısal boyut	8.30±1.78
Değerlendirme	2.04±1.24
Diğer	8.70±2.43
Ağrıyı tanımlayan ifade puanı	40.25±4.90

Tablo 4.2.6'da KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formuna göre ağrılarının zamanla ilişkisine yönelik bulguların dağılımı yer almaktadır. Kadınların %67.1'inin devamlı, %49.6'sının ritmik, %60.0'ının genel ağrı ifadesini seçtiği belirlendi. 1. gruptan 13 kişi, 2. gruptan 13 kişi ve 3. gruptan ise 18 kişi ağrısı ile ilgili herhangi bir ifadeyi seçmedi.

**Tablo 4.2.6. KPA'lı Kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formuna Göre Ağrılarının Zamanla İlişkisine Yönelik Bulguların Dağılımı**

	ZAMAN	n	%*
1. GRUP	Devamlı	145	67.1
	Kararlı	46	21.3
	Sabit	12	5.6
	İfade seçmeyen	13	6.0
2. GRUP	Ritmik	107	49.6
	Periyodik	73	33.8
	Aralıklı	23	10.6
	İfade seçmeyen	13	6.0
3. GRUP	Genel	110	60.0
	Anlık	61	28.2
	Geçici	27	12.5
	İfade seçmeyen	18	8.3
	<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.



Tablo 4.2.7’de KPA’lı kadınlarda ağrıyı azaltan ve arttıran faktörlerin dağılımı bulunmaktadır. Ağrıyı azaltan faktörler incelendiğinde; kadınların %42.2’si sıcak uygulama, %31.0’ı ilaç, %16.2’si istirahat, %10.6’sı ise ilaç ve istirahatten fayda gördüklerini ifade etti. Ağrıyı arttıran faktörler incelendiğinde ise; kadınların %34.3’ü soğuk, %31.0’ı ayakta kalma, %25.4’ü stres ve %9.3’ü ağır kaldırmanın ağrılarını arttırdığını belirtti.

**Tablo 4.2.7. KPA’lı Kadınlarda Ağrıyı Azaltan ve Arttıran Faktörlerin Dağılımı**

	n	%*
<b>Ağrıyı azaltan faktörler</b>		
İlaç	67	31.0
İstirahat	35	16.2
Sıcak uygulama	91	42.2
İlaç ve istirahat	23	10.6
<b>Ağrıyı arttıran faktörler</b>		
Soğuk	74	34.3
Ağır kaldırmak	20	9.3
Ayakta kalmak	67	31.0
Stres	55	25.4
<b>Toplam</b>	<b>216</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2.8’de çalışma grubundaki kadınların McGill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre ağrı şiddetine ilişkin bulguların dağılımına yer verilmektedir. Kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formuna göre ağrı şiddeti puan ortalaması  $20.76 \pm 2.95$  olarak belirlendi. KPA’lı kadınlarda Görsel Kıyaslama Ölçeğine (GKÖ) göre ağrı şiddeti puan ortalaması  $5.98 \pm 1.80$  olarak bulundu.

**Tablo 4.2.8. KPA’lı Kadınlarda Mc Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeğine Göre Ağrı Şiddeti Puan Ortalaması**

Ölçekler	X± Sd	Min	Max
Mc Gill Ağrı Ölçeği (min:6;maks:30)	20.74±2.95	14.00	25.00
Görsel Kıyaslama Ölçeği (min:0;maks:10cm)	5.98±1.80	2.00	9.00

### 4.3. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik, Menstrual ve Jinekolojik Özellikleri ile Üriner Sistem ve Gastrointestinal Sistem Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.3.1'de verilmektedir. Kadınların yaşları ve kronik pelvik ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.001$ ). En fazla KPA oranı %24.7 olarak 25-29 arası yaş grubunda saptandı.

**Tablo 4.3.1. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş grubu	Kronik Pelvik Ağrı		
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**
15-19	212 (96.4)	8 (3.6)	220 (12.5)
20-24	235 (92.2)	20 (7.8)	255 (14.4)
25-29	241 (75.3)	79 (24.7)	<b>320 (18.1)</b>
30-34	236 (84.6)	43 (15.4)	279 (15.8)
35-39	237 (93.3)	17 (6.7)	254 (14.4)
40-44	204 (91.5)	19 (8.5)	223 (12.6)
45-49	184 (86.0)	30 (14.0)	214 (12.1)
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>

$$X^2=79.310; p=0.000$$

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.3.2'de çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı sosyo demografik özelliklere göre dağılımına yer verilmektedir. Kadınların medeni durumları ve öğrenim düzeyleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Çalışmanın, kadınlarda KPA görülme sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı belirlendi ( $p<0.001$ ). Kadınların çalışma şekilleri ve sağlık güvencelerinin olma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Kadınların gelir durumlarının yüksek olmasının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttırdığı bulundu ( $p<0.001$ ). Kadınların yerleşim

birimi olarak il merkezinde daha uzun süre yaşamalarının, KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı belirlendi ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.3.2. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Bazı Sosyo Demografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Bazı sosyo-demografik özellikler	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $X^2; p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Medeni durumu</b>				
Evli	945 (86.9)	142 (13.1)	1088 (61.0)	1.822; 0.402
Bekar	521 (89.1)	64 (10.9)	585 (33.1)	
Dul	83 (89.2)	10 (10.8)	93 (5.9)	
<b>Öğrenim durumu</b>				
Okur- yazar	80 (88.9)	10 (11.1)	90 (5.1)	0.736; 0.692
İlk ve ortaokul	557 (86.9)	84 (13.1)	641 (36.3)	
Lise ve üzeri	912 (88.2)	122 (11.8)	1034 (58.6)	
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışmıyor	1088 (91.4)	103 (8.6)	1191 (67.5)	<b>43.940; 0.000</b>
Çalışıyor	461 (80.3)	<b>113 (19.7)</b>	574 (32.5)	
<b>***Çalışma şekli</b>				
Genellikle masa başında oturarak	157 (80.9)	38 (19.1)	195 (33.9)	0.086; 0.769
Genellikle ayakta	302 (79.9)	77 (20.1)	379 (66.1)	
<b>Sağlık güvencesi olma durumu</b>				
Yok	98 (88.3)	13 (11.7)	111 (6.3)	0.001; 0.980
Var	1451 (87.7)	203 (12.3)	1654 (93.7)	
<b>Gelir düzeyi</b>				
Gelir gidere göre yüksek	59 (69.4)	<b>26 (30.6)</b>	85 (4.8)	<b>48.178; 0.000</b>
Gelir gidere göre dengeli	789 (92.6)	63 (7.4)	852 (48.3)	
Gelir gidere göre az	701 (84.7)	127 (15.3)	828 (46.9)	
<b>Yerleşim birimi</b>				
İl merkezi	982 (84.0)	<b>187 (16.0)</b>	1169 (66.2)	<b>45.536; 0.000</b>
İlçe ve köy	567 (95.1)	29 (4.9)	596 (33.8)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*\* Sadece çalışanlar grubu (n=574) değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3.3' de çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı alışkanlıklarına göre dağılımları verilmektedir. Kadınların sigara içmesinin, KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı bulundu ( $p<0.05$ ). Alkol kullanma, gün içerisinde kafeinli içecek tüketme ve egzersiz yapma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3.3. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı**

Bazı alışkanlıklar	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $X^2; p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Sigara içme durumu</b>				
Hayır	1218 (88.6)	157(11.4)	1375 (77.9)	<b>3.894; 0.048</b>
Evet	331 (84.9)	<b>69 (15.1)</b>	1654 (22.1)	
<b>Alkol tüketme durumu</b>				
Hayır	1463 (88.0)	199 (12.0)	1662 (94.2)	1.456; 0,228
Evet	86 (83.5)	17 (16.5)	103 (5.8)	
<b>Kafeinli içecek tüketme durumu</b>				
Hayır	87 (88.7)	21 (21.3)	98 (5.6)	0.024; 0.876
Evet	1462 (87.7)	205 (12.3)	1667 (94.4)	
<b>Egzersiz yapma durumu</b>				
Hayır	536 (87.4)	77 (12.6)	613 (34.7)	0.096; 0.762
Evet	1013 (87.9)	139 (12.1)	1152 (65.3)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.3.4'de çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı sağlık problemlerine göre dağılımına yer verilmektedir. Kadınların kronik hastalığının olması ile sürekli ilaç kullanımının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ). Çalışmamızda kadınların beden kitle indeksleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). KPA'sı olan kadınlarda alerjisi olan ve fizik tedavi gören kadınların sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0.05$ ). Yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirme ve antidepresan kullanımında KPA sıklığının istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oranda arttığı bulundu ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.3.4. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Bazı Sağlık Problemlerine Göre Dağılımı**

Bazı sağlık problemleri	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $\chi^2$ ; $p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Kronik hastalığı olma durumu</b>				
Hayır	1269 (89.2)	153 (10.8)	1422 (80.6)	<b>14.892; 0.000</b>
Evet	280 (81.6)	<b>63 (18.4)</b>	343 (19.4)	
<b>Sürekli ilaç kullanma durumu</b>				
Hayır	1378 (89.2)	167 (10.8)	1545 (87.5)	<b>23.563; 0.000</b>
Evet	171 (77.7)	<b>49 (22.3)</b>	220 (12.5)	
<b>Beden Kitle İndeksi</b>				
Zayıf	77 (95.1)	4 (4.9)	81 (4.6)	5.440; 0.066
Normal	788 (87.1)	117 (12.9)	905 (51.3)	
Kilolu	684 (87.8)	95 (12.2)	779 (44.1)	
<b>Alerji</b>				
Yok	1434 (88.3)	190 (11.7)	1624 (92.0)	<b>4.878; 0.019</b>
Var	115 (81.6)	<b>26 (18.4)</b>	141 (8.0)	
<b>Yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirme</b>				
Hayır	1506 (88.5)	195 (11.1)	1701 (96.4)	<b>24.224; 0.000</b>
Evet	43 (67.5)	<b>21 (32.8)</b>	64 (3.6)	
<b>Antidepresan kullanma</b>				
Hayır	1287 (89.2)	156 (10.8)	1443 (81.8)	<b>15.000; 0.000</b>
Evet	262 (81.4)	<b>60 (18.6)</b>	322 (18.2)	
<b>Fizik tedavi görme</b>				
Hayır	1465 (87.4)	<b>212 (12.6)</b>	1677 (95.0)	<b>4.377; 0.036</b>
Evet	84 (95.5)	4 (4.5)	88 (5.0)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Çalışma grubunda KPA'sı olan ve olmayanların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımına Tablo 4.3.5'de yer verilmektedir. Bulgulara göre, kadınların gebe kalma ve küretaj olma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Çalışmamızda kadınların daha önce düşük yapmış olmalarının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.01$ ). KPA bulunma durumu ile doğum esnasında epizyotomi uygulanması ve sezaryen doğum yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Doğum esnasında vakum uygulanmasının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı belirlendi

( $p < 0.001$ ). Kadınların obstetrik öyküsünde vajinal laserasyon bulunması KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktaydı ( $p < 0.01$ ). Doğum sonu kanamanın KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.3.5. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan Ve Olmayanların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

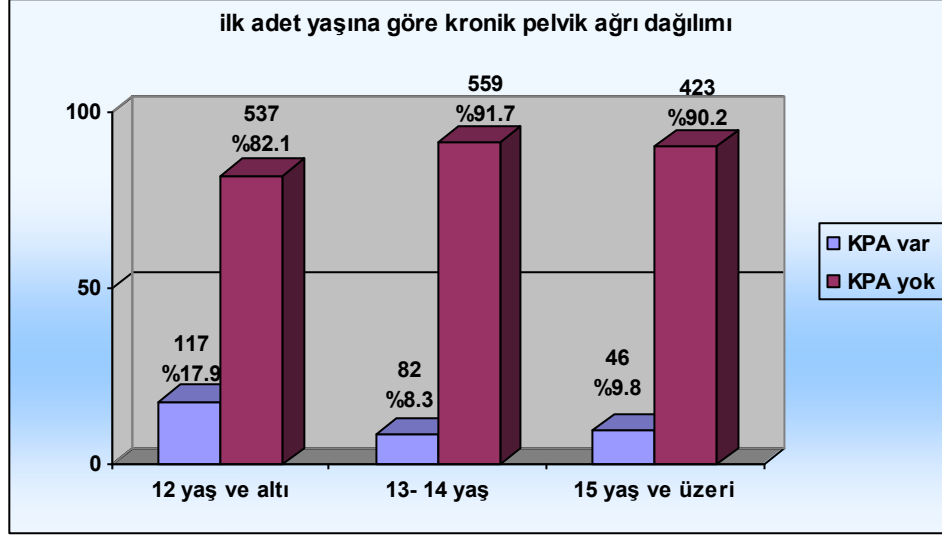
Bazı obstetrik özellikler	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $\chi^2$ ; $p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>***Daha önce gebe kalma durumu</b>				
Hayır	58 (92.1)	5 (7.9)	63 (5.3)	1.022; 0.312
Evet	970 (87.0)	147 (13.0)	1117 (94.7)	
<b>Küretaj olma durumu</b>				
Hayır	705 (87.6)	100 (12.4)	805 (68.2)	0.476; 0.490
Evet	323 (86.1)	52 (13.3)	375 (31.8)	
<b>Düşük yapma durumu</b>				
Hayır	765 (88.9)	96 (11.1)	861(73.0)	<b>8.509; 0.004</b>
Evet	263 (82.4)	<b>56 (17.6)</b>	319 (27.0)	
<b>Epizyotomi açılma durumu</b>				
Hayır	576 (85.8)	95 (14.2)	671 (56.9)	2.259; 0.133
Evet	452 (88.8)	57 (11.2)	509 (43.1)	
<b>Vakum uygulanma durumu</b>				
Hayır	1003 (88.3)	133 (11.7)	1136 (96.3)	<b>34.640; 0.000</b>
Evet	25 (56.8)	<b>19 (43.2)</b>	44 (3.7)	
<b>Sezaryen doğum yapma durumu</b>				
Hayır	763 (87.7)	107 (12.3)	870 (73.7)	1.001; 0.317
Evet	265 (85.5)	45 (14.5)	310 (26.3)	
<b>Vajinal laserasyon</b>				
Hayır	1007 (87.7)	141 (12.3)	1148 (97.3)	<b>10.067; 0.002</b>
Evet	21 (65.6)	<b>11 (34.4)</b>	32 (2.7)	
<b>Doğum sonu kanama</b>				
Hayır	982 (87.6)	139 (12.4)	1121 (95.0)	<b>4.551; 0.033</b>
Evet	46 (78.0)	<b>13 (22.0)</b>	59 (5.0)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*\*Bekarlar değerlendirme dışında bırakılmıştır. (n=1180)

Şekil 4.3.1’de çalışma grubunda KPA’sı olan ve olmayanların ilk adet yaşlarına göre dağılımına yer verilmektedir. İlk adet yaşının 12 ve altında olması KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ).



( $X^2= 30.132$ ;  $sd=1$ ;  $p=0.000$ )

Şekil 4.3.1. Çalışma Grubunda KPA’sı Olan ve Olmayanların İlk Adet Yaşlarına Göre Dağılımı

Tablo 4.3.6’da çalışma grubunda KPA’sı olan ve olmayanların bazı jinekolojik özelliklerine göre dağılımına yer verilmektedir. Çalışmamızda, menapoza girmenin kadınlarda KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.01$ ). Adet sıklığının 21 günden az olması, kadınların adetlerinin düzensiz olması ve adet kanamalarının normalden uzun veya kısa sürmesi KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ). Kadınların adet dönemlerindeki kanama miktarının çok olmasının da KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı bulundu ( $p<0.01$ ). Kadınlarda dismenore görülmesi ve disparoni varlığı KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ). Kontraseptif yöntem olarak RİA veya tüp ligasyon kullanma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3.6. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Bazı Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Bazı jinekolojik özellikler	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $X^2; p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Menapoza girme durumu</b>				
Hayır	1429 (88.4)	188 (11.6)	1617 (91.6)	<b>7.192; 0.007</b>
Evet	120 (80.5)	<b>28 (19.5)</b>	148 ( 8.4)	
<b>***Adet sıklığı (gün)</b>				
≤ 21	92 (66.7)	<b>46 (33.3)</b>	138 (8.5)	<b>52.156; 0.000</b>
22- 28	962 (90.2)	105 (9.8)	1067 (66.0)	
29- 35	277 (91.1)	28 (8.9)	305 (18.8)	
35 ≥	98 (91.7)	9 (8.3)	107 (6.7)	
<b>***Adet düzeni</b>				
Hayır	327 (82.4)	<b>71 (17.6)</b>	398 (24.6)	<b>18.942; 0.000</b>
Evet	1103 (90.4)	116 (9.6)	1219 (75.4)	
<b>***Adet döneminin süresi (gün)</b>				
≤ 3	99 (81.8)	<b>22 (18.2)</b>	121 (7.5)	<b>27.715; 0.000</b>
4- 7	1073 (91.1)	107 (8.9)	1179 (72.9)	
8 ≥	257 (81.1)	<b>60 (18.9)</b>	317 (19.6)	
<b>***Adet dönemlerindeki kanama miktarı</b>				
Az	102 (77.9)	<b>29 (22.1)</b>	131 (8.1)	<b>13.744; 0.001</b>
Orta	1009 (89.8)	115 (10.2)	1124 (69.5)	
Çok	319 (88.1)	43 (11.9)	362 (22.4)	
<b>Dismenore</b>				
Hayır	642 (94.4)	38 (5.6)	680 (42.1)	<b>40.9837; 0.000</b>
Evet	788 (84.1)	<b>149 (15.9)</b>	937 (57.9)	
<b>****RİA kullanımı</b>				
Hayır	751 (87.7)	105 (12.3)	856 (78.7)	2.181; 0.140
Evet	194 (84.1)	37 (15.9)	231 (21.3)	
<b>****Tüp ligasyon uygulaması</b>				
Hayır	840(86.7)	128 (13.3)	968 (89.1)	0.343; 0.558
Evet	106 (89.1)	13 (10.9)	119 (10.9)	
<b>****Disparoni</b>				
Hayır	791 (93.8)	52 (6.2)	843 (77.6)	<b>157.209; 0.000</b>
Evet	154 (63.1)	<b>90 (36.9)</b>	244 (22.4)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*\* Sadece menapoza girmeyen grup (n=1617) değerlendirilmiştir.

\*\*\*\* Sadece evli kadınlar (n=1087) değerlendirilmiştir.



Tablo 4.3.7’de çalışma grubunda KPA’sı olan ve olmayanların son 6 ay içerisinde üreme sistemiyle ilgili şikayet yaşama durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmamızda kadınların son 6 ay içerisinde üreme sistemine ait herhangi bir şikayetinin olmaması KPA sıklığını istatistiksel olarak azaltmakta idi ( $p<0.001$ ). Vajinal akıntı ve genital bölgedeki ağrı varlığı KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ). Kadınların dış genital organlarında siğil bulunması ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

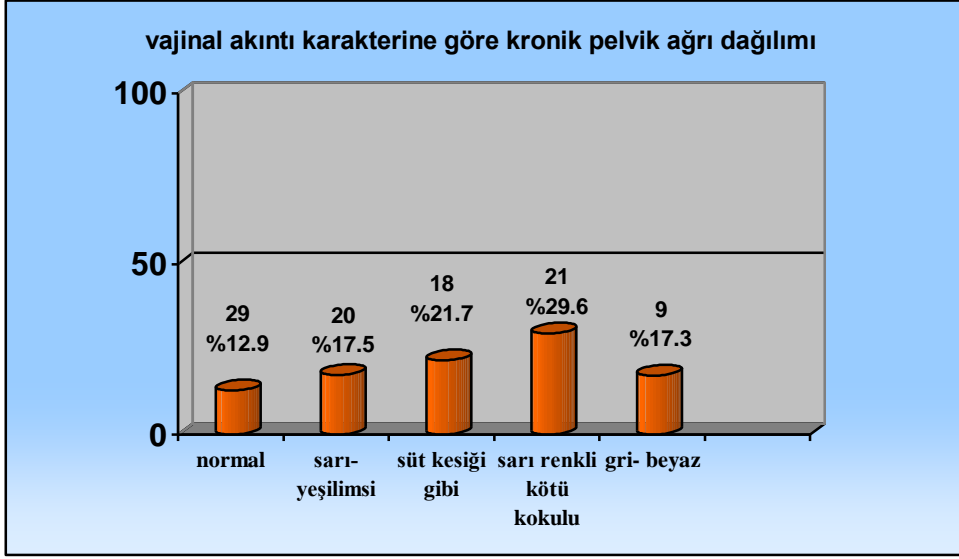
**Tablo 4.3.7. Çalışma Grubunda KPA’sı Olan ve Olmayanların Son 6 Ay İçerisinde Üreme Sistemiyle İlgili Şikayet Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı**

Üreme sistemiyle ilgili şikayet	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $X^2; p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Herhangi bir şikayetin olması</b>				
Yok	955 (91.9)	84 (8.1)	1039 (58.9)	<b>40.568; 0.000</b>
Var	594 (81.8)	<b>132 (18.2)</b>	726 (41.1)	
<b>Vajinal akıntı durumu</b>				
Yok	1100 (90.2)	119 (9.8)	1219 (69.1)	<b>22.490; 0.000</b>
Var	449 (82.2)	<b>97 (17.8)</b>	546 (30.9)	
<b>Dış genital organlarında siğil olması</b>				
Yok	1531 (87.8)	213 (12.2)	1744 (98.8)	0.079; 0.778
Var	18 (85.7)	3 (14.3)	21 (1.2)	
<b>Genital bölgede ağrı şikayeti</b>				
Yok	1470 (90.2)	160 (9.8)	1630 (92.3)	<b>113.465; 0.000</b>
Var	79 (58.9)	<b>56 (41.5)</b>	135 (7.7)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

Şekil 4.3.2’de çalışma grubundaki kadınların vajinal akıntı karakterlerine göre KPA dağılımı yer almaktadır. Kadınların vajinal akıntı karakterleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ )



( $X^2= 10.714$ ;  $sd=4$ ;  $p=0.030$ )

Şekil 4.3.2. Çalışma Grubundaki Kadınların Vajinal Akıntı Karakterlerine Göre KPA Dağılımı

Tablo 4.3.8’de çalışma grubunda KPA’sı olan ve olmayanların tanı konulan jinekolojik hastalık durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmamızda kadınların tanı konulan herhangi bir jinekolojik hastalığı bulunmasının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ). Bulgulara göre endometriozis varlığı KPA sıklığını arttırmaktadır ( $p<0.01$ ). KPA görülme oranı, pelvik inflamatuvar hastalık, adenomyozis ve over kisti olduğu durumlarda daha yüksek olarak belirlendi ( $p<0.001$ ). Jinekolojik operasyon geçirme durumunun, KPA’yı arttırdığı bulundu ( $p<0.01$ ).

**Tablo 4.3.8. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Tanı Konulan Jinekolojik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı**

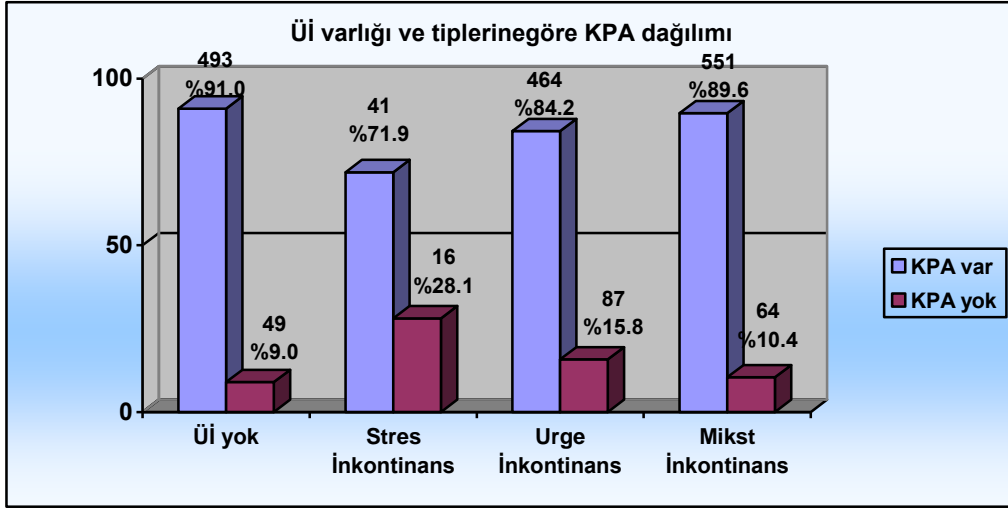
Jinekolojik hastalık	KPA			İstatistiksel analiz $\chi^2$ ; p
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Herhangi bir hastalığın olması***</b>				
Yok	1303 (90.6)	135 (9.4)	1438 (81.5)	<b>58.696; 0.000</b>
Var	246 (75.2)	<b>81 (24.8)</b>	327 (18.5)	
<b>Endometriozis</b>				
Yok	1532 (88.1)	207 (11.9)	1739 (98.5)	<b>8.891; 0.003</b>
Var	17 (65.4)	<b>9 (34.6)</b>	26 (1.5)	
<b>Pelvik inflamatuvar hastalık</b>				
Yok	1533 (88.6)	198 (11.4)	1731 (98.1)	<b>33.834; 0.000</b>
Var	16 (47.1)	<b>18(52.9)</b>	34 (1.9)	
<b>Adenomyozis</b>				
Yok	1519 (88.6)	196 (11.4)	1715 (97.2)	<b>34.314; 0.000</b>
Var	30 (60.0)	<b>20(40.0)</b>	50 (2.8)	
<b>Over kisti</b>				
Yok	1353 (89.2)	164 (10.8)	1517 (85.9)	<b>20.474; 0.000</b>
Var	196 (79.0)	<b>52(21.0)</b>	248 (14.1)	
<b>Jinekolojik operasyon geçirme durumu</b>				
Hayır	1532 (98.9)	17 (1.1)	1549 (87.7)	<b>6.836; 0.007</b>
Evet	208 (96.3)	<b>8 (3.7)</b>	216 (12.3)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

\*\*\*Genital sistem ile ilgili endometriozis, PID, adenomyozis, over kisti bulunan kadınları kapsamaktadır.

Şekil 4.3.3'de çalışma grubundaki kadınların üriner inkontinans varlığı ve tiplerine göre KPA dağılımları yer almaktadır. Üriner inkontinans varlığının KPA sıklığını arttırdığı belirlendi ( $p < 0.001$ ). KPA oranının en çok %28.1 ile stres inkontinansında arttığı saptandı.



( $\chi^2= 23.870$ ;  $sd=3$ ;  $p=0.000$ )

Şekil 4.3.3. Çalışma Grubundaki Kadınların Üriyer İnkontinans Varlığı ve Tiplerine Göre KPA Dağılımı

Tablo 4.3.9’da çalışma grubunda KPA’sı olan ve olmayanların bazı sistemik rahatsızlıklara göre dağılımı yer almaktadır. Sık ishal şikayeti yaşayanlarda KPA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu ( $p<0.01$ ). Gastrointestinal sistem şikayetlerinden kabızlığın sık görülmesi, dışkıda kan bulunması, bağırsak hareketlerinde ağrı hissi, iştahsızlık ve sık bulantı kusma şikayeti yaşanması ile KPA sıklığının artmakta olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme KPA sıklığını artırırken ( $p<0.001$ ), böbrek taşının bulunması durumu ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3.9. Çalışma Grubunda KPA'sı Olan ve Olmayanların Bazı Sistemik Rahatsızlıklara Göre Dağılımı**

Sistemik rahatsızlıklar	Kronik Pelvik Ağrı			İstatistiksel analiz $X^2; p$
	Yok n (%)*	Var n (%)*	Toplam n (%)**	
<b>Sık ishal geçirme</b>				
Yok	1465 (88.5)	191 (11.5)	1656 (93.8)	<b>11.340; 0.001</b>
Var	84(77.1)	<b>25 (22.9)</b>	109 (6.2)	
<b>Sık kabızlık geçirme</b>				
Yok	1134 (90.1)	125 (9.9)	1259 (71.3)	<b>21.808; 0.000</b>
Var	415 (82.0)	<b>91 (18.0)</b>	506 (28.7)	
<b>Dışkıda kan görülmesi</b>				
Yok	1461 (88.9)	183 (11.1)	1644 (93.1)	<b>25.858; 0.000</b>
Var	88 (72.7)	<b>33 (27.3)</b>	121 (6.9)	
<b>Bağırsak hareketlerinin ağırlı olması</b>				
Yok	1334 (91.1)	131 (8.9)	1465 (83.0)	<b>87.180; 0.000</b>
Var	215 (71.7)	<b>85(28.3)</b>	300 (17.0)	
<b>İştahsızlık</b>				
Yok	970 (90.7)	183 (9.3)	1644 (61.1)	<b>24.115; 0.000</b>
Var	564 (82.8)	<b>117 (17.2)</b>	681 (38.9)	
<b>Sık görülen bulantı ve kusma şikayeti</b>				
Yok	1392 (89.2)	168 (10.8)	1153(88.4)	<b>26.976; 0.000</b>
Var	157 (76.6)	<b>48(23.4)</b>	205 (11.6)	
<b>Sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonu</b>				
Hayır	1034 (90.6)	107 (9.4)	1141 (64.6)	<b>24.583; 0.000</b>
Evet	515 (82.5)	<b>109(17.5)</b>	624 (35.4)	
<b>Böbrek taşının bulunması</b>				
Hayır	1471 (87.9)	203 (12.1)	1674 (94.8)	0.201; 0.654
Evet	78 (85.7)	13 (14.3)	91 (5.2)	
<b>Toplam</b>	<b>1549 (87.8)</b>	<b>216 (12.2)</b>	<b>1765 (100.0)</b>	

\*Satır toplamına göre,

\*\*Sütun toplamına göre yüzde alınmıştır.

KPA ile ilişkili olduğu saptanan yaş, sigara içme durumu, antidepresan kullanma öyküsü, düşük öyküsü, vajinal laserasyon öyküsü, adet düzeni, dismenore varlığı, disparoni varlığı, vajinal akıntı karakteri, hekim tanımlı herhangi bir jinekolojik hastalık varlığı, üriner inkontinans varlığı, sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü varlığı gibi değişkenlerle oluşturulan Backward Stepwise Logistic Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4.3.10' da verilmiştir.

**Tablo 4.3.10. Lojistik Regresyon Analizine Göre KPA İçin Önemli Bağımsız Değişkenler**

Değişkenler	$\beta$	SE <sup>a</sup>	P	OR <sup>b</sup>	%95 CI <sup>c</sup>
<b>Sabit</b>	4.186	1.406	0.003		
<b>Yaş</b>	0.017	0.040	0.665	0.983	0.909-1.063
<b>Sigara içme durumu (referans: içmiyor)</b>					
İçiyor	0.583	0.486	0.230	1.792	0.691-4.646
<b>Antidepresan kullanma öyküsü (referans: yok)</b>					
Var	0.576	0.517	0.265	1.779	0.646-4.901
<b>Düşük öyküsü (referans: yok)</b>					
Var	0.638	0.481	0.185	1.893	0.737-4.862
<b>Vajinal laserasyon öyküsü (referans: yok)</b>					
Var	0.121	0.835	0.885	0.886	0.172-4.557
<b>Adet düzeni (referans: düzenli)</b>					
Düzensiz	1.333	0.385	<b>0.001</b>	3.793	1.784-8.064
<b>Dismenore (referans: yok)</b>					
Var	1.123	0.487	<b>0.021</b>	3.075	1.183-7.900
<b>Disparoni (referans: yok)</b>					
Var	1.798	0.415	<b>0.000</b>	6.038	2.679-13.606
<b>Vajinal akıntı karakteri (referans: normal)</b>					
Patolojik	0.192	0.421	0.649	1.212	0.531-2.766
<b>Hekim tanımlı herhangi bir jinekolojik hastalık (referans: yok)</b>					
Var	1.010	0.418	<b>0.016</b>	2.747	1.210-6.233
<b>Üriner inkontinans (referans: yok)</b>					
Var	0.363	0.519	0.484	1.438	0.520-3.975
<b>Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (referans: yok)</b>					
Var	0.121	0.442	0.785	1.128	0.474-2.685

SE<sup>a</sup>: Standard hata, OR<sup>b</sup>: Odd's ratio, CI<sup>c</sup>: Güven aralığı

#### 4.4. Kronik Pelvik Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tablo 4.4.1’de KPA’sı olan ve olmayan gruplarda SF-36 puan ortalamalarının dağılımına yer verilmektedir. KPA varlığının yaşam kalitesinin mental sağlık alt alanı hariç ( $p>0.05$ ), diğer tüm alt alanlarında puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü belirlendi ( $p<0.001$ ). KPA’sı olanlarda yaşam kalitesi puanlarının en düşük olduğu alt boyut ağrı, en yüksek olduğu boyut fiziksel rol olarak bulundu. En fazla etkilenen alt boyutlar sırasıyla ağrı, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, fiziksel rol, genel sağlık algısı, zindelik ve sosyal fonksiyondu.

**Tablo 4.4.1. KPA’sı Olan ve Olmayan Gruplarda SF- 36 Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=1765)**

Sf-36 Alt Grupları	Kronik Pelvik Ağrı		İstatistiksel analiz t; p
	Var	Yok	
	X ± Sd	X ± Sd	
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	67.08±24.62	86.67±15.83	<b>15.726; 0.000</b>
<b>Sosyal fonksiyon</b>	58.07±24.67	64.45±23.96	<b>3.652; 0.000</b>
<b>Fiziksel rol</b>	69.21±35.78	84.33±23.81	<b>8.138; 0.000</b>
<b>Emosyonel rol</b>	62.19±37.57	78.63±29.81	<b>7.334; 0.000</b>
<b>Mental sağlık</b>	50.38±22.14	51.53±16.53	0.955; 0.340
<b>Zindelik</b>	46.30±19.47	55.43±19.01	<b>6.599; 0.000</b>
<b>Ağrı</b>	44.48±23.20	68.72±22.99	<b>14.454; 0.000</b>
<b>Genel sağlık algısı</b>	48.98±23.20	59.39±18.64	<b>7.447; 0.000</b>

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. KPA ile ilgili özelliklerin, Mc Gill Ağrı Soru Formu ve Görsel Kıyaslama Ölçeği değerlendirmesine ilişkin bulguların tartışılması

Kadınlarda görülen en yaygın medikal problemlerden biri olan kronik pelvik ağrı (KPA) kadınların fiziksel ve mental sağlığını olumsuz etkileyen bir hastalık değil, bir semptom ya da semptom grubudur.

Çalışma grubunda (n=15-49 yaş arası 1765 kadın) KPA prevalansı %12.2 (n=216) olarak bulundu (Şekil 4.1.1). Türkiye’de KPA prevalansını belirlemeye yönelik literatüre rastlanılmadı. Amerika’da Mathias ve arkadaşları tarafından üreme çağındaki 5263 kadınla telefon görüşmesiyle gerçekleştirilen çalışmada kronik pelvik ağrı prevalansı çalışma bulgumuzla benzer olarak %14.7 olarak bulunmuştur. Bu bulgu Amerika’da yaklaşık 9.2 milyon kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadının bulunduğunu göstermektedir (59). Zondervan ve arkadaşlarının 2001 yılında İngiltere’de KPA sıklığını ve kadınların yaşamlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla 18-49 yaş grubundaki (n=3916) kadınlarda yaptıkları toplum tabanlı çalışmada KPA’ nın prevalansı %24.0 olarak bildirilmiştir (116). Yine Zondervan ve arkadaşları İngiltere’de birinci basamak sağlık birimlerine başvuran 15-73 yaşları arasındaki kadınlarda kronik pelvik ağrının yıllık prevalansını 38/1000 olarak belirlemişlerdir. Bu sonuca göre KPA’nın migren (%2.1) ve astım (%3.7) gibi diğer kronik hastalıklardan daha sık görüldüğünü ifade etmişlerdir (114). Yeni Zelanda’da 18-50 yaşlarında 1160 kadınla yapılan çalışmada KPA’nın 3 aylık görülme sıklığı % 25.4 olarak saptanmıştır (39).

Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında çalışmamızda elde edilen KPA prevalans değeri Mathias ve arkadaşlarının çalışması dışında diğer çalışma sonuçlarından daha düşüktür. Bunun nedeni; çalışmaların değişik toplumlarda yapılması ve farklı araştırma metodolojilerinin kullanılmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca KPA prevalans oranlarının verildiği ülkelerdeki gelir düzeyinin ülkemizdeki gelir düzeyiyle karşılaştırıldığında daha yüksek olması ve çalışan kadın oranının fazlalığı ile de



açıklanabilir. Çünkü çalışma bulgularımızda gelir düzeyi yüksek olan ve çalışan kadınlarda KPA prevalansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.2).

Bu çalışmada, kadınlarda KPA'nın başlangıcından bugüne kadar geçen ortalama süre  $2.92 \pm 1.38$  yıl idi. Kadınların %38.4'ünün son 6 ay-1 yıl, %29.2'sinin 1-3 yıl, %32.4'ünün ise 3 yıldan daha fazla süredir KPA'yı yaşadıkları bulundu (Şekil 4.2.1). Benzer şekilde Howard FM ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KPA'lı kadınların ortalama semptom sürelerinin 2.5 yıl olduğu belirtilmiştir (45). Demir'in yaptığı çalışmada KPA yaşama süresi ortalama 2.6 yıl olarak bulunmuştur (27). KPA süresi; Özçam'ın yaptığı çalışmada kadınların %33.3'ünde 2 yıldan daha uzun, Zondervan ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınların %32.9'unda 5 yıl ve üzeri olduğu bulunmuştur (71, 116). Bu sonuçlara göre çalışma bulgularımız literatüre uygunluk göstermektedir.

Çalışmaya katılan KPA'lı kadınların KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç alma durumları sorgulandığında; %56.0'ı ağrı kesici ilaç kullanırken, %44.0'ının ağrı kesici ilaç kullanmadığı bulundu (Tablo 4.2.1). Mathias ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada %56.0'ının ağrı kesici kullandıkları tespit edilmiş olup bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir (59). Demir'in çalışmasında pelvik ağrı nedeni ile kadınların %77.3'ünün ağrı kesici kullandıkları, Özçam'ın yaptığı çalışmaya göre ise KPA'lı kadınların %70'i analjezik ve antibiyotiklerden oluşan medikal tedavi aldıkları saptanmıştır (27, 71). Özçam ve Demir'in çalışmasında analjezik kullanan kadınların oranının fazla olması çalışma gruplarının hastaneye başvuran kadınlardan seçilmiş olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda KPA'lı kadınların bu sorunları nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma oranı %36.1 idi (Şekil 4.2.2). Zondervan ve Kennedy'nin yaptığı çalışmalarda İngiltere'de KPA'nın başlangıcından 12. aya kadar olan sürede sağlık kuruluşuna başvuranların oranı %27 iken, Yeni Zellanda'da bu oran %38 olarak belirlenmiştir (112, 40). Çalışma bulgumuz literatürle paralellik göstermekte olup, kadınların KPA nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir.

KPA'sı olan kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine bakıldığında; kadınların %35.5'i çekindiğinden, %23.9'u önemsemediğinden, %23.2'si fırsat bulamadığından, %17.4'ü bir sorun olduğunu bilmediğinden dolayı sağlık kuruluşlarına başvurmadığını bildirdi (Şekil 4.2.3). Bu veriler KPA konusunda kadınların tutumlarının sağlıklı olmadığını, bu sorunu yeterince önemsemediklerini göstermektedir. Ciddi sonuçları olabilecek bu sorunun önemszenmesi için bilgilendirme ve farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmaların yapılması önemlidir.

Sağlık kuruluşuna başvuran kadınların sadece %69.2'si şikayetlerinde azalma olduğunu, %30.8'i ise şikayetlerinde düzelme olmadığını ifade etti (Şekil 4.2.4). Bu durumda tedavi sürecinde hasta takibinin sürekliliği önemli olup, tedavi sonuçlarının izlenmesi ve hastanın tedavi süreci ile ilgili bilgilendirilmesi devamlılığın sağlanması açısından gereklilik göstermektedir.

Kronik ağrı uyku kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Araştırmamızda KPA'lı kadınların %69.0'ının KPA ile ilişkili uyku problemi yaşadığı bulundu (Şekil 4.2.5). Benzer şekilde Nolan ve arkadaşları pelvik ağrısı olan 71 hastanın 51'inde (%72.0) uyku bozuklukları olduğunu belirtmiştir (67). Grace ve Zondervan'ın yaptığı çalışmada da KPA'lı hastaların daha fazla uyku problemi yaşadıkları bildirilmiştir (40).

Çalışma grubunda KPA'lı kadınlarda ağrının lokalize olduğu bölgeler incelendiğinde; en fazla pelvisin sağ ve solunda yer alan ve bacaklara yayılan ağrı %25.0 oranında görülürken, %24.5 oranında simfisis pubis üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.3). Bu bölgeleri sırasıyla pelvisin sağ ve solu, pelvisin sadece sağ bölgesi, pelvisin sadece sol bölgesi, bel ve sakral bölge takip etmektedir. Demir'in çalışmasında, kadınlar farklı vücut bölgelerinde; kasığın her iki yanında (sağında/solunda), vulvada, simfisis pubis üzerinde, tüm karında, sırt ve belde ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir (27). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında kadınlar pelvisin hem sağ hem de solunda, pelvisin yalnız sağ ve yalnız solunda, simfisis pubis üzerinde, belde, sakral bölgede, koksigeal bölgede ve gluteal bölgede ağrı hissettiklerini bildirmiştir (37). Çalışmamız, diğer çalışma bulgularına benzer olup kadınlar vücudun hem ön hem de

arka tarafında ağrıdan yakınmışlardır. Çalışmalarda ağrının lokalize olduğu bölgelerin oranlarının farklılık göstermesi, çalışma grubunu oluşturanlarda KPA ile ilişkili etyolojik nedenlerin değişik olması ile açıklanabilir.

KPA; somatik ve visseral ağrı tiplerine uyar. Visseral ağrılar karın içi organlardan gelen uyarılarla oluşur. Yansıyan ağrı olarak ta bilinen visseral ağrı, KPA'sı olan kadınlarda güçsüzlüğe ve sosyal izolasyona neden olan ağrı formudur. Somatik ağrılar cilt, cilt altı dokular ve kaslardan gelen uyarılarla oluşur. KPA genellikle somatik ağrı tipindedir (40, 71). Çalışmamızda kadınların %56.9'unun ağrısını derin, %43.1'inin yüzeysel, hissettiği bulundu (Tablo 4.2.4). Bulgularımıza benzer bir şekilde Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında da kadınların ağrısını genellikle (%75) derinde hissettiği bulunmuştur (37).

Literatüre göre KPA'da ağrının özelliği; keskin, ağır, sızlama ya da kolik tarzında olabilir (15). KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'nda yer alan ağrı niteliğini tanımlayan ifadelerin dağılımına bakıldığında; duyuşal bölümde; kadınlardan %31.9'u titreyen,%44.0'ı yansıyan, %25.0'ı diken diken, %42.6'sı çok keskin, %39.4'ü kasılır tarzda, %46.8'i çekiştirici, %38.4'ü sıcaklık veren, %31.5'i kaşıntılı, %44.0'ı künt, %32.9'u hassas özellikte ağrıdan yakınmaktaydı (Tablo 4.2.5). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında duyuşal bölümde; zonklayan (%58.3), yansıyan (%66.7), şiş saplanır gibi (%41.7), çok keskin - kesilir ve yırtılır gibi (%33.3), kasılır tarzda (%50.0), çekiştirici (%75.0), yakıyor gibi (%58.3), sızlıyor gibi (%25.0), sızlayan (%41.7) ve gergin (%58.3) ağrı ifadeleri kullanılmıştır (37).

KPA'nın algısal boyutu incelendiğinde; KPA'lı kadınların %62.5'i yorucu, %61.6'sı tiksindirici, %41.2'si cezalandırıcı, %64.8'i biçare eden ağrı ifadelerini kullandı(Tablo 4.2.5). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında algısal bölümde; yorucu (%83.4), boğucu (%58.3), korku veren (%83.3), şiddetli (%41.7) ve biçare eden (%83.4) ağrıdan bahsedilmiştir (37).

KPA'nın değerlendirme boyutunda kadınların %39.8'i usandıran ağrıdan şikayet etti. Diğer bölümde ise; %42.6'sı yayılan, %31.9'u uyuşuklaştıran, %43.1'i ürperten ve %35.2'si rahatsız eden özellikte ağrıları olduğunu ifade etti (Tablo 4.2.5). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında, değerlendirme bölümünde; %33.3'ü sıkıntılı ve diğer bölümde; %66.7'si içe işleyen, %58.3'ü sıkıntı verici, %83.3'ü ürperten ve %50.0'ı rahatsız eden ağrı ifadelerini kullanmıştır (37).

Çalışma grubundaki KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrı boyut puanlarının ortalaması incelendiğinde; ağrının duyusal boyutu puan ortalaması  $21.18 \pm 3.52$  olarak bulundu (Tablo 4.2.6). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında duyusal boyut puan ortalaması  $23.16 \pm 4.13$  olarak saptanmıştır (37). İstek'in yaptığı çalışmada ise ağrının duyusal boyut puan ortalaması  $18.06 \pm 5.61$  olarak bulunmuştur (47).

Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrının algısal boyutu puan ortalaması  $8.30 \pm 1.78$  olarak belirlendi (Tablo 4.2.6). Gökyıldız Bayrak'ın araştırmasında algısal boyut ortalaması  $7.41 \pm 1.44$  puan olarak belirlenmiştir (37). İstek'in çalışmasında ise algısal boyut puan ortalaması  $5.43 \pm 2.30$  olarak bulunmuştur (47).

Çalışmamızda değerlendirme boyutu puan ortalaması  $2.04 \pm 1.24$ , diğer bölümde puan ortalaması  $8.70 \pm 2.43$  olarak saptandı (Tablo 4.2.6). Gökyıldız Bayrak'ın yaptığı çalışmada değerlendirme boyutu ortalaması  $3.00 \pm 1.27$  puan, diğer bölüm puan ortalaması  $10.25 \pm 4.53$  olarak belirlenmiştir (37).

KPA'lı kadınların ağrıyı tanımlayan ifade puan ortalaması toplamda  $40.25 \pm 4.90$  olarak saptandı (Tablo 4.2.6). Bulgularımıza benzer şekilde Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında ağrıyı ifade puanı toplamda  $43.83 \pm 5.32$  puan saptanmıştır (37).

Kadınların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrıların zamanla ilişkisine yönelik bulgular incelendiğinde; kadınların %67.1'inin devamlı, %49.6'sının ritmik, %60.0'ının genel ağrı ifadesini seçtiği belirlendi (Tablo 4.2.7). Kadınların KPA'yı devamlı, ritmik ve genel olarak belirtmeleri, bu ağrının her an kadınlar tarafından

hissedilmesine ve buna bağlı olarak kadınların hayatının bir parçası olduğunu göstermektedir. Ancak çalışma bulgumuzun aksine Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında ağrının kararlı, aralıklı, geçici olduğundan bahsedilmiştir (37). Gökyıldız Bayrak'ın çalışma sonucuna göre de ağrının geçici ve buna bağlı olarak da baş edilebilir nitelikte olduğu ortaya çıkmaktadır.

KPA'lı kadınlarda ağrıyı azaltan faktörler sorgulandığında; kadınların %42.2'si sıcak uygulama, %31.0'ı ilaç, %16.2'si istirahat, %10.6'sı ise ilaç ve istihattten fayda gördüklerini ifade etti (Tablo.4.2.8). Demir'in çalışmasında ağrıyı azaltmak için kadınların %50'sinin istirahat ettiği, %40.9'unun sıcak uygulama, %29.5'inin masaj yaptığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ağrının giderilmesi için ilaç alımına başvuran kadın oranı %27.3 olup daha düşüktür (27). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında araştırma bulgumuzla paralel olarak kadınların ağrıyı azaltmak için en sık kullandığı yöntemlerin, ağrı kesici ilaç almak (%50) ve sıcak uygulama yapmak (%50) olduğu bulunmuştur (37). KPA'lı kadınların ağrıyla baş etmede alternatif yaklaşımlar aradığı görülmüştür. Mathias ve arkadaşları, kadınların %3'ünün alternatif sağlık bakım profesyonellerine (akupunkturist, kriopraktör vb.) gittiğini, Van Balken ve arkadaşları, hastaların %55'inin akupunktur, aura-terapi ve sıcak uygulama gibi alternatif yöntemleri kullandıklarını, Zondervan ve arkadaşları, 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) saptamıştır (59, 99, 116).

Ağrıyı arttıran faktörler incelendiğinde ise; kadınların %34.3'ü soğuğa maruz kalma, %31.0'ı ayakta kalma, %25.4'ü stres ve %9.3'ü ağır kaldırmanın ağrılarını arttırdığını belirtti (Tablo.4.2.8). Demir'in çalışmasında ağrıyı en çok (% 47.7) cinsel ilişkinin arttırdığı, bunu %38.6 ayakta durma, %29.5 mesane doluluğu, %22.7 egzersiz ve %15.9 yürüyüşün izlediği görülmüştür (27). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında ise cinsel ilişki, soğuk, yorulma, uzun yürüyüşler, ayakta durma, ağır kaldırma ve menstruasyonun kadınlarda pelvik ağrıyı arttırdığı belirlenmiştir (37). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak diğer çalışmalarda cinsel ilişkinin ağrıyı arttıran ilk faktör

olarak tanımlanmasının nedeni; soru formumuzda ağrıyı arttıran faktörlerin açık uçlu bir soruyla belirlenmesinden kaynaklanabilir. Cinsel ilişki faktörü bir seçenek olarak sunulmadığı için, kadınların cinsel yaşamlarıyla ilgili konuları ifade etmekten kaçındığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formuna göre ağrı şiddeti puan ortalaması  $20.76 \pm 2.95$  olarak belirlendi (Tablo 4.2.9). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında KPA'sı olan kadınların ağrı şiddeti puan ortalaması  $21.83 \pm 2.48$  olarak belirlenmiştir (37). Bu çalışmada ağrı şiddetinin daha fazla bulunmasının nedeni; çalışma grubunun poliklinik hastalarından oluşmasıyla açıklanabilir.

Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre (GKÖ) ağrı şiddeti puan ortalaması  $5.98 \pm 1.80$  olarak bulundu (Tablo 4.2.9). Zondervan ve Grace'in yaptığı toplum tabanlı çalışmada KPA'lı kadınların GKÖ puan ortalaması 4.3 olarak bulunmuştur (39). Bu çalışmada elde edilen değer çalışma bulgumuzdan daha düşüktür. Her iki çalışmada da araştırma gruplarındaki kadınların sağlık kurumuna başvurma oranı benzer olmasına karşın (%36.1 ve %38.0), çalışma grubumuzdaki kadınların ağrı şiddeti puan ortalamalarının daha yüksek bulunması, daha geç dönemlerde sağlık yardımı aldıklarını ve sağlık kurumuna başvurduklarını düşündürmektedir. Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında GKÖ puan ortalaması  $7.75 \pm 7.95$ , İstek'in çalışmasında  $8.38 \pm 1.32$ , Özçam'ın çalışmasında  $6.90 \pm 0.84$ , Van Balken ve arkadaşları yaptıkları çalışmada GKÖ puanı ortalama 6.5 olarak belirlenmiştir (37, 47, 71, 99). Bu çalışmalarda KPA'lı kadınlarda ağrı şiddeti puan ortalamalarının daha yüksek bulunmasının sebebi, çalışma gruplarının poliklinik hastalarından oluşmasıyla açıklanabilir.

## **5.2. KPA'nın Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yapılan çalışmalarda, kadın için sıkıntı yaratan KPA sorununun, üreme döneminde ortaya çıkan hormonal mekanizmadaki değişiklikler, cinsel aktivitenin yoğunlaşması, menstrual siklus ve doğurganlığın artışı nedeniyle en fazla 30'lu yaşlarda görüldüğü belirlenmiştir (39, 54, 59, 116). Çalışmamızda kadınların yaşları ve kronik

pelvik ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p<0.001$ ). KPA sıklığı en fazla olarak %24.7 oranıyla 25-29 arası yaş grubunda, ikinci olarak %15.4 oranıyla 30-34 yaş grubunda saptandı (Tablo 4.3.1). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre, yaş KPA için risk faktörü olmadığı bulundu (OR:0.983;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10). Mathias ve arkadaşları tarafından Amerika'da yapılan çalışmada KPA'lı kadınların yaş ortalaması  $35.7\pm 8.6$  olarak saptanmıştır (59). Zondervan ve arkadaşları İngiltere'de yaptığı çalışmada KPA'nın %28 oranıyla en fazla 36-40 yaşları arasında görüldüğünü bildirmiştir (116). Grace ve Zondervan'ın Yeni Zellanda'da yaptığı çalışmada 30'lu yaşlarda bu yaşlardan daha küçük ve daha büyük olanlardan daha yüksek oranda KPA görüldüğü belirtilmiştir (39). Çalışmamıza paralel şekilde Howard FM ve arkadaşları tarafından Amerika'da yapılan başka bir çalışmada da KPA'nın sıklıkla reproduktif çağıdaki ve 27-29 yaş grubundaki kadınlar arasında yaygın olduğu bildirilmiştir (45). Ülkemizde 44 hastanın örnekleme alındığı Demir'in çalışmasında kadınların yaş ortalaması  $35.6\pm 9.9$ ; İstek'in çalışmasında araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması  $38.81\pm 5.40$ ; Gültaşlı ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada 100 kadından oluşan araştırma popülasyonunun yaş ortalaması 38; Özçam'ın yaptığı çalışmada 30 kadından oluşan hasta popülasyonunda yaş ortalaması  $34.93\pm 6.5$  olarak tespit edilmiştir (27, 33, 42, 71). Bu bulgular çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Çalışma bulgularımıza göre kadınların medeni durumları ve öğrenim düzeyleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.2). Mathias ve arkadaşları ile Zondervan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da öğrenim düzeyi ile KPA arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (59, 115). Verit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamızın bulgularına benzer bir şekilde öğrenim düzeyinin KPA görülme sıklığını etkilemediği bulunmuştur (101).

Araştırmamızda çalışma durumunun, kadınlarda KPA görülme sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı belirlendi ( $p<0.001$ ). Kadınların çalışma şekilleri ve sağlık güvencelerinin olma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.2). İstek ile Zondervan ve arkadaşları'nın

çalışmalarında kadınların çalışma durumları ile KPA arasında farklılık saptanmamıştır (47, 116). Araştırmamızda çalışanlarda KPA sıklığının fazla bulunması, araştırma grubunu oluşturan kadınların çalışma koşullarının daha ayrıntılı incelenmesi gerektirdiğini düşündürmektedir.

Kadınların gelir durumlarının yüksek olmasının ve yerleşim birimi olarak il merkezinde daha uzun süre yaşamalarının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttırdığı bulundu ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.2). Bizim bulgumuzdan farklı olarak ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda sosyo ekonomik durum ile KPA arasında ilişki bulunamamıştır (37, 47, 59, 101, 115). Sosyo ekonomik düzeyin yüksek olması ve il merkezinde yaşama KPA ile ilgili farkındalığı artırabilecektir. Ayrıca kırsal alanda yaşayan kadınların il merkezinde yaşayanlara oranla; ağrı eşiklerinin daha yüksek olması ve bu nedenle düşük şiddetteki ağrıları önemsememeleri, il merkezinde yaşayan kadınlarda stres düzeyinin daha yüksek olabileceği ve yüksek stres düzeyinin KPA için bir risk faktörü oluşu gibi nedenlerle gelir düzeyi yüksek ve il merkezinde yaşayan kadınlarda KPA oranının daha yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların sigara içmesinin, KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı bulundu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.3). Ancak oluşturulan lojistik regresyon modelinden elde edilen sonuçlara göre, sigara içmenin KPA için risk faktörü olmadığı belirlendi (OR:1.792;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10). Alkol kullanma, gün içerisinde kafeinli içecek tüketme ve egzersiz yapma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.3). İstek'in çalışmasında sigara içme ve alkol kullanma durumunun KPA görülme sıklığını etkilemediği belirtilmiştir (47). Çalışma bulgumuza benzer şekilde sigara içmenin KPA ve bel ağrıları için risk faktörü olduğunu ortaya koyan çalışmalar çoğunluktadır (4, 53, 55). Yapılan çalışmalarda sigara içen kişilerde, nikotin seviyesinde düşme meydana geldiğinde, ağrı uyarılarının daha erken algılandığı ve ağrıya toleransın azaldığı bulunmuştur (29, 77, 85)



Kadınların kronik hastalığının olması ile sürekli ilaç kullanımının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.4). Ancak Gökyıldız Bayrak ve İstek'in çalışmalarında sağlık sorunları ve sürekli ilaç kullanma ile KPA arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (37, 47).

Çalışmamızda kadınların beden kitle indeksleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.4). Benzer şekilde Demir'in çalışmasında da beden kitle indeksi ile KPA arasında bir ilişki bulunmamıştır (27). Ancak Latthe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beden kitle indeksinin düşük olması KPA için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (55).

Allerjisi olan ve fizik tedavi gören kadınlarda KPA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0.05$ ). Ayrıca yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirme ve antidepresan kullanımının da KPA sıklığını istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı oranda arttırdığı bulundu ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.4). Lojistik regresyon analizine göre de antidepresan kullanmanın KPA için risk faktörü olmadığı saptandı (OR:1.779;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10). Fizik tedavi görme ve yaralanma ile sonuçlanan kazalarda, kas-iskelet sisteminde oluşan muhtemel problemlere bağlı olarak KPA sıklığında artış olması beklenebilir. Fizik tedavi gören kadınların çoğunluğunun (%63.6) bel bölgesi şikayetleriyle bağlantılı bu tedaviyi görmüş olması düşüncemizi desteklemektedir. Antidepresan kullanımı kadınlarda ruhsal problemlerin varlığı ile ilişkili olup, KPA'nın risk faktörleri arasında ruhsal sorunların ve stres düzeyinin fazlalığının yer aldığı literatürde belirtilmektedir (92, 107). Bu veriler antidepresan kullanan kadınlarda KPA görülme sıklığının daha fazla olmasının nedenini açıklamaktadır.

Kadınların gebe kalma, küretaj olma, epizyotomi uygulanması ve sezaryen doğum yapma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.5). Mathias ve arkadaşları ile Zondervan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda da KPA'lı kadınlar ile aynı yaştaki ağrısız kadınlar arasında gebelik ve doğum sayısı bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (59, 115). Demir'in çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde gebe kalma, küretaj olma,

epizyotomi uygulanması ve sezaryen doğum ile KPA arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (27).

Çalışmamızda kadınların obstetrik öyküsünde daha önce düşük yapmış olmasının ( $p<0.01$ ), doğum esnasında vakum uygulanması ( $p<0.001$ ) ve vajinal laserasyon gelişmesinin ( $p<0.01$ ), ayrıca doğum sonu kanamanın ( $p<0.05$ ) KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı. Oluşturulan lojistik regresyon modelini göre de, kadınlarda düşük ve vajinal laserasyon öyküsü olmasının KPA için risk faktörü olmadığı belirlendi (OR:1.893;  $p>0.05$ , OR: 0.886;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10). Demir'in çalışmasında kadınların doğum komplikasyonları ile KPA varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (27). Bu sonucun nedeni, Demir'in çalışmasında araştırma grubunu oluşturan kadınlarda, doğum sonu komplikasyonu olanların sayısının sınırlı olmasıyla açıklanabilir. Latthe ve arkadaşları ile Reither ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise araştırma bulgumuzla paralel olarak daha önce düşük yapmış olmanın KPA görülme oranını arttırdığı bulunmuştur (55, 81).

Çalışma bulgularımıza göre, ilk adet yaşının 12 ve altında olması KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ) (Şekil 4.3.1). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde erken menarşın KPA'da risk faktörü olduğu belirtilmektedir (36, 55, 92).

Çalışmamızda, menapoza girmenin kadınlarda KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.3.6). İstek'in çalışmasında menapoz ile KPA arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak Latthe ve arkadaşları ile Liddle ve Davies yaptıkları çalışmalarda menopaza giren kadınlarda KPA sıklığının daha fazla görüldüğü bulunmuştur (55, 57). Adet sıklığının 21 günden az olması, kadınların adetlerinin düzensiz olması ve adet kanamalarının normalden uzun veya kısa sürmesi ( $p<0.001$ ) ve kanama miktarının çok olmasının ( $p<0.01$ ) KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır (Tablo 4.3.6). Lojistik regresyon analizine göre de, adetleri düzensiz olanlar KPA sıklığını 3.793 kez arttırmaktaydı ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.3.10). Literatürde uzun sikluslar, şiddetli ve düzensiz

menstrual akış KPA'ya neden olan faktörler arasında yer almaktadır (55, 92). Kontraseptif yöntem olarak RİA veya tüp ligasyon kullanma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Kadınlarda dismenore görülmesi ve disparoni varlığı KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.6). Oluşturulan lojistik regresyon modelinden elde edilen sonuçlara göre de, dismenore ve disparoni varlığı KPA için önemli bir risk faktörü olduğu belirlendi (OR: 3.075;  $p<0.05$ ; OR: 6.038;  $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.10). İstek'in çalışmasında dismenore ve Özçam'ın çalışmasında disparonin KPA ile ilişkisi saptanmış, dismenore ve disparonisi olan kadınlarda KPA sıklığı daha yüksek bulunmuştur (47, 71). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da dismenore ve disparoni ile KPA arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (39, 55, 115, 116).

Çalışmamızda kadınların son 6 ay içerisinde üreme sistemine ait herhangi bir şikayetinin olmaması KPA sıklığını istatistiksel olarak azaltmakta idi ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.7). Vajinal akıntı ve genital bölgedeki ağrı varlığının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı ( $p<0.001$ ) ve dış genital organlarda siğil varlığı ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ). Kadınların vajinal akıntı karakterleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (Şekil 4.3.2). En fazla KPA oranı sarı renkli kötü kokulu akıntısı olanlarda görüldü. Bu durum; sarı renkli kötü kokulu vajinal akıntısı olan kadınların genital sisteminde enfeksiyon bulunması ve bu kadınlarda enfeksiyon semptomu olarak KPA'nın görülmesi şeklinde açıklanabilir. Ancak yapılan lojistik regresyon analizine göre, vajinal akıntı karakterinin patolojik olmasının KPA için risk faktörü olmadığı belirlendi (OR: 1.212;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10).

Çalışmamızda kadınların tanı konulan herhangi bir jinekolojik hastalığı bulunmasının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.8). Lojistik regresyon analizine göre de, hekim tanılı herhangi bir jinekolojik hastalık varlığının KPA için risk faktörü olduğu belirlendi (OR: 2.747;  $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.10). Bu hastalıklardan endometriozis ( $p<0.01$ ) ile pelvik inflamatuvar hastalık, adenomyozis ve over kisti ( $p<0.001$ ) varlığı KPA sıklığını arttırmaktadır. Aynı

şekilde genital organlarla ilgili operasyon geçirme durumu da KPA görülme oranını artırmaktadır ( $p<0.01$ ). Çalışma bulgularımıza paralel olarak KPA'sı olan kadınlara yapılan laparoskopilerde en sık karşılaşılan 2 jinekopatoloji, endometriozis ve pelvik adhezyon olarak bulunmuştur. Diğer jinekopatolojiler; PID, over kistleri, ovarian kalıntı sendromu, pelvik vasküler konjesyon sendromu, myoma uteridir (44, 45, 115).

Üriner inkontinans varlığının KPA sıklığını arttırdığı belirlendi ( $p<0.001$ ). KPA oranının en çok %28.1 ile stres inkontinansında arttığı saptandı (Şekil 4.3.3). Üriner inkontinans ve KPA'nın bazı benzer risk faktörlerine (sigara kullanma, üriner sistem enfeksiyonları, menapoz, doğum esnasında vakum uygulanması ) sahip olması nedeniyle üriner inkontinansı olanlarda KPA'nın daha sık görüldüğü düşünülmektedir (73, 75). Oluşturulan regresyon analizi sonuçlarına göre ise, üriner inkontinans varlığının KPA için risk faktörü olmadığı bulundu (OR: 1.438;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10).

Çalışma bulgularımıza göre sık ishal şikayeti yaşayanlarda KPA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.3.9). Benzer şekilde gastrointestinal sistem şikayetlerinden kabızlığın sık görülmesi, dışkıda kan bulunması, bağırsak hareketlerinde ağrı hissi, iştahsızlık ve sık bulantı kusma şikayeti yaşanması ile KPA sıklığının artmakta olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). İshal ve kabızlığın sık görülmesi irritabl bağırsak sendromunda görülen bir durumdur, dışkıda kan görülmesi ise inflamatuvar bağırsak hastalığının semptomlarından. İritabl bağırsak sendromu ve inflamatuvar bağırsak hastalığı KPA'nın gastrointestinal nedenleri arasında yer almaktadır (102, 108). Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme KPA sıklığını arttırırken ( $p<0.001$ ), böbrek taşının bulunması durumu ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ). Yine aynı şekilde sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin interstisyel sistitin nedeni ya da sonucu olması, interstisyel sistitin de KPA'nın ürolojik nedenleri arasında yer alması, sık üriner sistem enfeksiyonu geçiren kadınlarda KPA'nın daha sık görülmesini açıklamaktadır (26, 102). Ancak yapılan lojistik regresyon analizinden elde edilen sonuçlara göre, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin KPA için risk faktörü olmadığı saptandı (OR: 1.128;  $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.10).

### 5.3. Kronik Pelvik Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Tartışılması

KPA kadınların yaşam kalitesini etkileyen, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olan yaygın bir problemdir. Yapılan çalışmalarda birçok kadının normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin önemli oranda azaldığı görülmektedir (40, 109, 115).

Zondervan ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları topluma dayalı çalışmalarında kadınların yaklaşık %70’i orta veya şiddetli seviyede ağrı belirtmiş, %58’i ağrılarının aktivitelerini kısıtladığını, %8.7’si analjezik almadan veya dinlenmeden herhangi bir aktivite yapamadıklarını, %6.6’sı evdeki işlerini, %6.2’si sosyal aktivitelerini ve %6.4’ü hareketlerini kısıtlamak (yürüme ve hareket etme) zorunda kaldıklarını, %1.9’u konsantrasyon güçlüğü yaşadıklarını, ve %33’ü önceki 12 ay süresince ağrı nedeniyle en az 1 gün işe gidemediklerini bildirmiştir (115).

Grace ve Zondervan’ın 1160 kadını içeren çalışmalarında, KPA’nın kadınların genel sağlık durumları üzerine negatif etkiler yaptığı belirtilmiştir. KPA’lı hastaların daha fazla uyku problemi yaşadıkları, yarısında (%52.7) ağrı nedeniyle aktivitelerinin olumsuz etkilendiği, analjezik almadan veya dinlenmeden herhangi bir aktivite yapamadıkları (%12.2) ve hareketlerini kısıtlamak (%14.3) (yürüme ve hareket etme) zorunda kaldıkları görülmüştür (40).

Çalışma bulgularımız literatür bulgusuyla paralel olarak, KPA varlığının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık alt alanı hariç ( $p>0.05$ ), diğer tüm alt alanlarında puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğünü göstermektedir ( $p<0.001$ ). Yaşam kalitesinin en fazla etkilenen boyutunun ağrı alt boyutu olduğu saptandı (Tablo 4.4.1). Bu alt boyutu sırasıyla fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, fiziksel rol, genel sağlık algısı, zindelik ve sosyal fonksiyon alt boyutları izlemektedir. Gökyıldız Bayrak ve İstek tarafından yapılan, araştırma gruplarının hastaneye başvuran KPA’lı kadınlardan oluşturduğu çalışmalarda, SF-36 kullanılarak kadınların yaşam kalitesi belirlenmiş, elde edilen puan ortalamaları çalışma grubumuzda elde edilen puan

ortalamlarına göre daha düşük olarak bulunmuştur (37, 47). Bu araştırmalarda çalışma gruplarının hastaneye başvuran KPA'lı kadınlardan oluşması, sonuçlardaki farklılığın nedeni olarak açıklanabilir.

Çalışmada KPA'sı olanlarda yaşam kalitesinin en düşük olduğu alt boyut ağrı, en yüksek olduğu boyut fiziksel rol olarak bulundu. Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında yaşam kalitesinin en düşük olduğu alt boyut fiziksel rol, en yüksek bulunan alt boyut fiziksel fonksiyon olarak saptanmıştır (37). İstek'in çalışma bulguları çalışma bulgularımıza benzerlik göstermekte olup, çalışmamızda ikinci sırada en düşük puan ortalamasının elde edildiği alt boyut olan emosyonel rol alanı onların çalışmalarında ilk sırada bulunmuştur. Çalışmamızda ikinci sırada en yüksek puanın elde edildiği fiziksel fonksiyon alt boyutu İstek'in çalışmasında ilk sırada belirlenmiştir (47). Bu bulgular KPA'nın kadının yaşamını en fazla ağrı kaynaklı olumsuz etkilediğini ve emosyonel sorunlara yol açtığını göstermektedir.

Grace ve arkadaşları ile Zondervan ve arkadaşlarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları toplum tabanlı çalışmalarda, KPA'lı kadınlara yaşam kalitesi fiziksel sağlık bileşenleri (fiziksel rol, fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı) ve mental sağlık bileşenleri (emosyonel rol, sosyal fonksiyon, zindelik ve mental sağlık) olarak iki bölümde değerlendirilmiş; her iki çalışmada fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalamaları sırasıyla  $48.2 \pm 11$  ve  $47.3 \pm 9.2$ , mental sağlık bileşenleri puan ortalamaları sırasıyla  $44.4 \pm 11.5$  ve  $45.2 \pm 12$  olarak belirlenmiştir (40, 115). Bu sonuçlar; fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalamalarının mental sağlık bileşenleri puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitesindeki fiziksel alan parametrelerindeki etkilenmenin mental alan parametrelerine göre daha az olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda Grace ve Zondervan'ın çalışma bulgularına paralel olarak KPA'lı kadınlara fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalaması ( $57.44 \pm 19.42$ ), mental sağlık bileşenleri puan ortalamasından ( $54.23 \pm 17.78$ ) daha yüksek olup, her iki alana ait ortalamalar daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda KPA'lı kadınlara yaşam kalitesi düzeylerinin farklı ülkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında daha iyi düzeyde bulunmasının nedenleri; çalışmaların farklı ülkelerde yapılması nedeniyle

araştırma grupları arasında sosyo-kültürel ve etnik farklılıkların bulunması, bu farklılıklara bağlı kişilerin sağlık, hastalık ve ağrı algılamalarının değişmesi olarak düşünülebilir.

Türkiye’de ise Gökyıldız Bayrak’ın çalışmasında fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalaması  $40.68 \pm 23.78$ , İstek’in çalışmasında  $52.64 \pm 14.22$  olarak bulunmuştur (37, 47). Mental sağlık bileşenleri puan ortalamaları ise Gökyıldız Bayrak’ın çalışmasında  $40.67 \pm 23.59$ , İstek’in çalışmasında  $48.32 \pm 13.50$  puan olarak bulunmuştur (37, 47). Çalışma bulgumuzu ülkemizde yapılan çalışmalarla karşılaştırdığımızda ise, bu çalışmalarda puan ortalamalarının daha düşük olması araştırmaların polikliniğe başvuran hastalarda yapılmasıyla açıklanabilir. Araştırma bulgularımıza göre fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalamasının mental sağlık bileşenleri puan ortalamasından yüksek bulunması literatür ile paralellik göstermekte olup, KPA’nın kadınların mental sağlıkla ilgili bileşenlerden oluşan yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediği görülmektedir (40, 47, 115).

Araştırmamızda fiziksel fonksiyon puan ortalaması, KPA’sı olmayan kadınlarda  $86.67 \pm 15.83$  iken, KPA’lı kadınlarda  $67.08 \pm 24.62$  olarak bulundu (Tablo 4.4.1). KPA’nın fiziksel fonksiyon puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü belirlendi ( $p < 0.001$ ). KPA’lı kadınların fiziksel fonksiyon puan ortalamaları Gökyıldız Bayrak’ın çalışmasında  $54.58 \pm 23.88$ , İstek’in çalışmasında ise  $46.87 \pm 26.38$  olarak araştırma bulgumuzla karşılaştırıldığında daha düşük olarak bulunmuştur (37, 47). Gülseren ve arkadaşlarının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak diyabet hastalarında yaptığı çalışmada ise aynı alana ait puan ortalaması  $70.8 \pm 24.0$  olarak saptanmıştır (41). Bu veriler sağlık kuruluşuna başvurmayan KPA’lı kadınlarda başvuranlara göre fiziksel fonksiyonun daha az etkilenmiş olduğunu, ayrıca KPA’lı kadınlarda diyabet hastalarına göre fiziksel fonksiyonun daha fazla kısıtlandığını göstermektedir.

Çalışmamızda sosyal fonksiyon puan ortalaması, KPA'sı olmayan kadınlarda  $64.45 \pm 23.96$  iken, KPA'lı kadınlarda  $58.07 \pm 24.67$  olarak saptandı (Tablo 4.4.1). KPA'nın sosyal fonksiyon puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü bulundu ( $p < 0.001$ ). Akçalı ve arkadaşlarının epilepsi hastalarında yaptıkları çalışmada ise sosyal fonksiyon puan ortalaması  $74.20 \pm 26.83$  olarak bulunmuştur (3). Kurçer ve Özbay'ın koroner arter hastalığı olan bireylerde yaptıkları çalışmada, by-pass olan hastalarda sosyal fonksiyon alanı puan ortalaması  $46.2 \pm 8.9$  olarak bulunmuştur (52). Dünder ve arkadaşlarının kronik bel ağrılı hastalarda yaptıkları çalışmada ise aynı alana ait puan ortalaması  $61.7 \pm 17.3$  olarak belirlenmiştir (30). Bu sonuçlara göre, sosyal fonksiyonun KPA'lı kadınlarda epilepsili ve kronik bel ağrılı hastalara göre daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. By-pass olan koroner arter hastalarıyla karşılaştırıldığında ise daha az etkilendiği belirlenmiştir.

Fiziksel rol puan ortalaması, KPA'sı olmayan kadınlarda  $84.33 \pm 23.81$  iken, KPA'lı kadınlarda  $69.21 \pm 35.78$  olarak belirlendi (Tablo 4.4.1). KPA'nın fiziksel rol puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü bulundu ( $p < 0.001$ ). Soyyiğit ve arkadaşlarının kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan kişilerde yaptığı çalışmada, fiziksel rol puan ortalaması  $35 \pm 38$  olarak bulunmuştur (86). Major depresyon bozukluğu olan hastalarda yapılan farklı bir çalışmada fiziksel rol puan ortalaması  $42.4 \pm 13.2$  olarak belirlenmiştir (12). Epilepsi hastalarında ise puan ortalaması  $65.47 \pm 36.04$  olarak saptanmıştır (3). Bu puan ortalamalarına göre, fiziksel rolün en az KPA ve epilepside kısıtlandığı, bunu major depresyon bozukluğu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının takip ettiği görülmektedir.

Emosyonel rol puan ortalaması, KPA'sı olmayanlarda  $78.63 \pm 29.81$  iken, KPA'sı olanlarda  $62.19 \pm 37.57$  olarak saptandı (Tablo 4.4.1). KPA'nın emosyonel rol puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü bulundu ( $p < 0.001$ ). Aydemir ve arkadaşlarının major depresyon bozukluğu olan hastalarda yaptığı çalışmada emosyonel rol puan ortalaması  $33.5 \pm 13.3$  olarak belirlenmiştir (12). Özdemir'in üriner inkontinansı olan kadınlarda yaptığı çalışmada emosyonel rol puan ortalaması  $50.00 \pm 45.96$  olarak bulunmuştur (72). Diyabet hastalarındaki puan



ortalaması  $63.2 \pm 43.7$ , kronik obstrüktif akciğer hastalarında ise  $61 \pm 31$  olarak saptanmıştır (41, 86). Bu sonuçlara göre, emosyonel rol en fazla major depresyon bozukluğunda, daha sonra üriner inkontinansı olanlarda kısıtlanmıştır. KPA, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda emosyonel rol ile ilişkili olumsuz etkilenme benzer düzeylerde bulunmuştur.

Çalışmamızda mental sağlık puan ortalaması KPA'sı olmayanlarda  $51.53 \pm 16.53$ , KPA'sı olanlarda  $50.38 \pm 22.14$  olarak bulunmuş ancak, mental sağlık puan ortalaması KPA'sı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.4.1). Bulgular KPA nedeniyle mental sağlığın olumsuz etkilenmediğini göstermektedir. Bu alana ilişkin puan ortalaması, Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında  $42.33 \pm 18.48$ , İstek'in çalışmasında ise  $46.75 \pm 16.04$  olarak belirlenmiştir (37, 47).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin zindelik alt alan puan ortalaması, KPA'sı olmayanlarda  $55.43 \pm 19.01$  iken, KPA'sı olanlarda  $46.30 \pm 19.47$  olarak saptandı (Tablo 4.4.1). KPA'nın zindelik puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü bulundu ( $p < 0.001$ ). Özdemir'in üriner inkontinansı olan kadınlarda yaptığı çalışmada zindelik puan ortalaması  $45.90 \pm 12.57$ , kronik bel ağrısı olanlarda yapılan başka bir çalışmada ise  $52.6 \pm 18.6$  puan olarak bulunmuştur (72, 30). Koroner arter hastalığı olup stent takılmış olan hastalarda ise  $39.0 \pm 5.1$  olarak belirlenmiştir (52). KPA'sı ve üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi ölçeği zindelik alt boyutundan aldıkları puan ortalaması benzer olmasına karşın, kronik bel ağrısı olan hastalarda zindelik puanı daha yüksek bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olup stent takılmış olan hastalarda sağlığın zindelik boyutu daha fazla etkilenmiştir.

Ağrı puan ortalaması, KPA'sı olmayan kadınlarda  $68.72 \pm 22.99$  puan, KPA'lı kadınlarda  $44.48 \pm 23.20$  puan olarak belirlendi (Tablo 4.4.1). KPA'nın ağrı puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü saptandı ( $p < 0.001$ ). Yazıcı ve arkadaşlarının bel ve boyun ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, boyun ağrısı olan kişilerde ağrı puan ortalaması  $38.6 \pm 17.9$  olarak

bulunmuştur (109). Dünder ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, kronik bel ağrısı olan hastaların ağrı alanı puan ortalaması  $46.3 \pm 16.9$  olarak belirlenmiştir (30). KPA ve kronik bel ağrısı olan hastaların ağrı alanından aldıkları puan ortalaması benzer olup, boyun ağrısı olan hastaların ağrı nedeniyle yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Çalışmamızda genel sağlık algısı puan ortalaması, KPA'sı olmayan kadınlarda  $59.39 \pm 18.64$ , KPA'lı kadınlarda  $48.98 \pm 23.20$  olarak belirlendi (Tablo 4.4.1). KPA'nın genel sağlık algısı puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü saptandı ( $p < 0.001$ ). Gökyıldız Bayrak'ın çalışmasında KPA'sı olan kadınların genel sağlık algısından aldıkları puan ortalaması  $48.58 \pm 13.20$  olarak bulunmuştur. Yazıcı ve arkadaşlarının bel ve boyun ağrısı olan hastalarda yaptıkları çalışmada, bel ağrısı olan kişilerden elde ettikleri genel sağlık algısı puan ortalaması  $40.5 \pm 21.6$  olarak saptanmıştır (109). Dünder ve arkadaşlarının kronik bel ağrısı olan hastalarda yaptıkları çalışmada genel sağlık algısı alanının puan ortalaması  $42.5 \pm 14.5$  olarak belirlenmiştir (30). Genel sağlık algısı puan ortalaması; epilepsi hastalarında  $55.3 \pm 14.24$ , üriner inkontinansı olan hastalarda  $40.68 \pm 16.07$ , diyabetlilerde ise  $53.9 \pm 23.9$  puan olarak saptanmıştır (3, 30, 41). Bu sonuçlara göre, araştırma bulgumuz Gökyıldız Bayrak'ın çalışma sonucuyla paralel olup, KPA'sı olan kadınlardaki genel sağlık algısı puan ortalamalarının benzer olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre KPA'lı kadınların genel sağlık algılarının; bel ağrısı ve üriner inkontinansı olanlardan iyi, diyabeti ve epilepsi hastalığı olanlardan daha kötü olduğu söylenilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sakarya il merkezindeki 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, yaş ve bölgenin nüfusu dikkate alınarak tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 1765 kadın ile gerçekleştirildi. Kadınların KPA ile ilgili olduğu düşünülen sosyo-demografik, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik-jinekolojik ve menstrual öykü, üriner sistem, gastrointestinal sistem ve kronik pelvik ağrı ile ilgili özelliklerini belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı. Yaşam kalitesinin düzeyi SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ağrının özellikleri McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) ve ağrının şiddeti Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılarak belirlendi. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir;

- Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 15-49 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması  $31.54 \pm 9.50$  yıl idi (Tablo 4.1.1).
- Çalışma grubundakilerin %61.2'si evli, %67.5'i çalışmıyor, %93.7'si sosyal güvenceye sahipti. Kadınların %48.3'ünün gelir durumunu dengeli bulduğu, %58.6'sının lise ve üzeri düzeyde eğitim aldığı, %76.7'sinin çekirdek aile tipine sahip ve %66.2'sinin en uzun süre yaşadığı yerleşim biriminin il merkezi olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1).
- Kadınların bazı sağlık alışkanlıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; kadınların %22.1'inin sigara içtiği, %5.8'inin alkol aldığı belirlendi. Kadınların %94.4'ü gün içerisinde kafeinli içecek tüketmekteydi. Egzersiz yapma oranı ise %65.3 olarak bulundu (Tablo 4.1.2).

- Kadınların %19.4'ünün kronik hastalığa sahip olduğu, %12.5'inin ise düzenli ilaç kullandığı belirlendi. Kadınların %12.3'ünün daha önce jinekolojik bir ameliyat geçirdiği, %8.0'ında allerji bulunduğu, %3.6'sının daha önce yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirdiği, %5.0'nın fizik tedavi aldığı ve %18.2'sinin antidepresan ilaç kullandığı saptandı (Tablo 4.1.2).
- Çalışma grubunu oluşturan kadınların bazı obstetrik özellikleri değerlendirildiğinde; kadınların %5.3'ü daha önce hiç gebe kalmamıştı. Daha önce kürtaj olma durumu %31.8 iken, düşük yapma durumu ise %27.0 idi. Doğumda epizyotomi açılma durumu %43.1, vakum uygulanma durumu %3.7, vajinal laserasyon gelişme durumu ise %2.7 idi. Kadınların herhangi bir doğumunda sezaryen operasyonuyla doğumun gerçekleşmesi %26.3 olarak bulundu. Doğum sonu kanama gelişme durumu %5.0 idi (Tablo 4.1.3).
- Kadınların bazı menstrual özellikleri değerlendirildiğinde; kadınların %37.1'inin menarş yaşı 12 yaş ve altı idi. Menapoza girme durumu %8.4 olarak bulundu. Kadınların %66.0'ının adet sıklığı 22-28 gün arasında, %72.9'unun adet süresi 4-7 gün arasında, %69.5'inin kanaması orta miktarda idi. Menstruasyon siklusu kadınların %24.6'sında düzensizdi. Kadınların %57.9'u dismenoreden yakınmaktaydı (Tablo 4.1.4).
- Araştırma grubumuzdaki kadınların bazı jinekolojik özellikleri değerlendirildiğinde; üreme sistemi ile ilgili şikayet yaşama oranı %41.1 idi. Bunların %75.2'si vajinal akıntıdan, %38.2'si kaşıntıdan, %2.9'u dış genital organlarında bulunan siğilden, %18.6'sı genital bölgedeki ağrıdan şikayet etmekteydi. Vajinal akıntısı olan kadınların %58.7'sinde akıntı özelliği normal akıntıdan farklıydı. Son 6 ay içerisinde üreme organlarında enfeksiyon tanısı alan kadınların oranı %8.6 idi. Kadınların % 21.3'ü rahim içi araç (RİA), %10.9'u ise tüp ligasyon kullandığını belirtti. Kadınların %22.4'ünde disparoni şikayeti vardı (Tablo 4.1.5).

- Çalışmamızda kadınların bazı üriner sistem özellikleri değerlendirildiğinde; Kadınların %30.7'sinde üriner inkontinans şikayeti olmadığı belirlenirken, %35.4'ünün sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, %5.2'sinin de böbrek taşı rahatsızlığının bulunduğu belirlendi (Tablo 4.1.6).
- Kadınların gastro-intestinal sistem özellikleri değerlendirildiğinde; kadınların %6.2'sinde ishal, %28.7'sinde kabızlık şikayetinin sık yaşandığı, %6.9'unda dışkıda kan bulunduğu belirlendi. Kadınların %38.9'u iştahsızlık, %11.6'sı bulantı kusma şikayeti yaşamaktaydı (Tablo 4.1.7).
- Çalışmamıza katılan kadınlarda KPA prevalansı %12.2 olarak saptandı (Şekil 4.1.1). Bunların %38.4'ünün KPA şikayetini son 6ay-1 yıldır yaşadığı (Şekil 4.2.1), %56.0'ının KPA nedeniyle ağrı kesici ilaç kullandığı (Tablo 4.2.1), %36.1'inin sağlık kuruluşuna başvurduğu (Şekil 4.2.2), %69.0'ının uyku problemi yaşadığı (Şekil 4.2.5) bulundu. KPA nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadınların %69.2'sinin şikayetlerinin azaldığı belirlenirken (Şekil 4.2.4), sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların %35.5'inin utanıp çekindiği için (jinekolojik muayeneden) sağlık kuruluşuna başvurmadığı saptandı (Şekil 4.2.3).
- KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrının yeri değerlendirildiğinde; kadınların %25.0'ı pelvisin sağ ve solunda bacaklara yayılan ağrıdan (Tablo 4.2.2), %56.9'u ise ağrının derinde hissedilmesinden yakınmaktaydı (Tablo 4.2.3).
- Çalışma grubumuzdaki KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'nda yer alan ağrı niteliğini tanımlayan ifadeleri değerlendirildiğinde; duygusal bölümde kadınların %42.6'sı çok keskin, algısal bölümde %64.8'i biçare eden, değerlendirme bölümünde %39.8'i usandıran, diğer bölümde ise %43.1'i ürperten ağrı ifadesini seçmişti (Tablo 4.2.4).

- KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrı boyut puanlarının değerlendirildiğinde; ağrının duyuşal boyutu puan ortalaması  $21.18 \pm 3.52$ , algısal boyutu puan ortalaması  $8.30 \pm 1.78$ , değerlendirme boyutu puan ortalaması  $2.04 \pm 1.24$ , diğer bölümde puan ortalaması  $8.70 \pm 2.43$  iken, ağrıyı tanımlayan ifade puan ortalaması toplamda  $40.25 \pm 4.90$  idi (Tablo 4.2.5).
- KPA'lı kadınların Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre ağrıların zamanla ilişkisi değerlendirildiğinde; kadınların %67.1'i devamlı, %49.6'sı ritmik, %60.0'ı genel ağrı ifadesini seçmişti (Tablo 4.2.6).
- Mc Gill Ağrı Soru Formu'nda yer alan KPA'lı kadınların ağrısını azaltan ve arttıran faktörler değerlendirildiğinde; kadınların %42.2'sinin sıcak uygulama ile ağrının azaldığı, %34.3'ünde soğuğun ağrıyı arttırdığı bulundu (Tablo 4.2.7).
- Çalışma grubundaki KPA'lı kadınların ağrı şiddeti Mc Gill Ağrı Soru Formu'na göre  $20.76 \pm 2.95$  puan, Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre  $5.98 \pm 1.80$  puan idi (Tablo.4.2.8).
- Kadınların yaşları ve KPA, arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ( $p < 0.001$ ). En fazla KPA oranı %24.7 olarak 25-29 arası yaş grubunda saptandı (Tablo 4.3.1).
- Kadınlarda çalışma durumunun, gelir durumlarının yüksek olmasının, yerleşim birimi olarak il merkezinde daha uzun süre yaşamalarının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttırdığı bulunmasına karşın ( $p < 0.001$ ), medeni durumları, öğrenim düzeyleri, çalışma şekilleri, sağlık güvencelerinin olma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.3.2).

- Kadınların sigara içmesi KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktaydı ( $p<0.05$ ). Alkol kullanma, gün içerisinde kafeinli içecek tüketme ve egzersiz yapma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.3).
- Kadınların kronik hastalığının olması ile sürekli ilaç kullanımının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ). Yine aynı şekilde yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirme ve antidepresan kullanımında KPA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu ( $p<0.001$ ). Alerjisi olan ve fizik tedavi gören kadınlarda KPA sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ( $p<0.05$ ). Ancak kadınların beden kitle indeksleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.4).
- Kadınların daha önce düşük yapmış olmaları ve doğum esnasında vajinal laserasyon gelişmesi KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktaydı ( $p<0.01$ ). Doğum esnasında vakum uygulanması ve doğum sonu kanama KPA görülme sıklığını arttırdığı belirlendi ( $p<0.001$ ), ( $p<0.05$ ). Kadınların gebe kalma, küretaj olma, doğum esnasında epizyotomi uygulanması ve sezaryen doğum yapma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.5).
- Çalışmamızda, ilk adet yaşının 12 ve altında olması KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktaydı ( $p<0.001$ ). Menapoza girmenin kadınlarda KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.01$ ). Adet sıklığının 21 günden az olması, kadınların adetlerinin düzensiz olması ve adet kanamalarının normalden uzun veya kısa sürmesi KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır ( $p<0.001$ ). Adet dönemlerindeki kanama miktarının çok olmasının da KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı bulundu ( $p<0.01$ ). Kontraseptif yöntem olarak

RİA veya tüp ligasyon kullanma durumları ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.6).

- Kadınlarda dismenore görülmesi ve disparoni varlığı KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktaydı ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3.6).
- Çalışmamızda kadınların son 6 ay içerisinde üreme sistemine ait herhangi bir şikayetinin olmaması KPA sıklığını istatistiksel olarak azaltmakta idi ( $p<0.001$ ). Vajinal akıntı ve genital bölgedeki ağrı varlığı KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktayken ( $p<0.001$ ), kadınların dış genital organlarında siğil bulunması ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.7).
- Kadınların vajinal akıntı karakterleri ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). En fazla KPA sıklığı %29.6 ile sarı renkli kötü kokulu vajinal akıntıda görülmekteydi (Şekil 4.3.2).
- Çalışmamızda kadınların tanı konulan herhangi bir jinekolojik hastalığı bulunmasının KPA sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırdığı saptandı ( $p<0.001$ ). KPA görülme oranı, pelvik inflamatuvar hastalık, adenomyozis ve over kisti olduğu durumlarda daha yüksek olarak belirlendi ( $p<0.001$ ). Endometriozis varlığı ile jinekolojik operasyon geçirme durumu KPA sıklığını arttırmaktaydı ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.3.8).
- Üriner inkontinans varlığının KPA sıklığını arttırdığı belirlendi ( $p<0.001$ ). KPA oranı en çok %28.1 ile stres inkontinansa görülmekteydi (Şekil 4.3.3).



- Sık ishal şikayeti yaşayanlarda KPA sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulundu ( $p<0.01$ ). Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, kabızlığın sık görülmesi, dışkıda kan bulunması, bağırsak hareketlerinde ağrı hissi, iştahsızlık ve sık bulantı kusma şikayeti yaşanması ile KPA sıklığının artmakta olduğu saptandı( $p<0.001$ ). Böbrek taşının bulunması durumu ile KPA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.9).
- Kadınlarda adet düzensizliği, dismenore, disparoni ve hekim tanımlı herhangi bir jinekolojik hastalığın olması lojistik regresyon analizine göre, KPA için risk faktörü olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.10).
- KPA varlığı, SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğine göre mental sağlık alt alanı hariç ( $p>0.05$ ), diğer tüm alt alanlarında puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşürdüğü belirlendi ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.4.1).

## 6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve literatür bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu;

- KPA'lı kadınların sağlık sorunlarına ilişkin istatistiksel verilerin ülke genelini temsil edebilmesi için farklı bölgeleri temsil eden bilimsel çalışmaların artırılması ve daha çok sayıdaki KPA'lı kadında tekrarlanması önemlidir.
- Bulgularımız KPA'lı kadınların yaşam kalitesinin önemli oranda etkilendiğini göstermektedir. Bu bağlamda kadınlara yönelik KPA ile ilgili koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında eğitim çalışmalarının yapılması, bu amaçla seminer, kurs ve konferans gibi eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi gerekmektedir.
- KPA ile ilgili eğitim kurslarının ülkemizde olmadığı gerçeği göz önüne alındığında ve örneklem grubumuzun yarısından fazlasının ev hanımı olduğu düşünüldüğünde, basın-yayın organlarında özellikle televizyon programlarında KPA konusunda profesyonel kişiler tarafından hazırlanan içeriklere yer verilmelidir.
- KPA hastalarının; jinekoloji polikliniklerinde uygun değerlendirme, tanı ve tedavi yöntemlerinin belirlemesi amacıyla araştırmalar yapılması ve hastaların tedavilerinin planlanmasında multidisipliner yaklaşımların belirlenmesi önemlidir.
- KPA'lı kadınların yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak hedef alınarak en iyi çözüm yollarını bulmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bunu uygularken hasta izni, bilgi paylaşımı ve dürüstlük çerçevesinde hareket edilmelidir. Zaten bu tutum pelvik ağrı probleminin de bir parçasıdır.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Adamson., G.D., 1999, Diagnosis and clinical presentation of endometriosis, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 162, 568-569 p.
2. Ağaçayak E., 2008, Endometrozis ön tanılı 69 olgunun tedavi modalitelerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
3. Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., Cansel, N., 2009, Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek, Nöropsikiyatri Arşivi, 46, 91-97 s.
4. Altinel, L., Köse, K.Ç., Altinel, E.C., 2007, Profosyonel hastane çalışanlarında bel ağrısı prevalansı ve bel ağrısını etkileyen faktörler, Tıp Araştırmaları Dergisi, 5, 3, 115-120 s.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004, ACOG practice bulletin no. 51: chronic pelvic pain. Obstet Gynecol, 103, 589-605 p.
6. Andrew, R., Bhal, P.S., Lapido, O.A., Shaw, R.W., 2002, Laparoscopic port scar endometriosis: An unusual complication, Gynecol Endosc, 11, 53-54 p.
7. Arslan, H., Potur, D.C., Bilgin, N.Ç., 2004, Postpartum Disparoni gelişimini etkileyen faktörler ve koruyucu önlemler. Androloji Dergisi, 18, 266-268 s.
8. Aslan, E., 1999, Stres inkontinansta ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
9. Aslan, F.E., 2006, Ağrı Değerlendirmesi ve Ölçümü. Ağrı Doğası ve Kontrolü. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, 68-99 s.
10. Aslan, F.E., 2002, Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6, 1, 9-16 s.
11. Aslan, F.E., Badır, A., 2005, Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, Ağrı, 17, 2, 44-51 s.
12. Aydemir, Ö., Ergün, H., Soygür, H., Kesebir, S., Tulunay, C., 2009, Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 20, 3, 205-212 s.
13. Aykut, M., ve ark., 2007, Biyolojik, sosyo-demografik ve nutrisyonel faktörlerin dismenore prevalansına etkisi, Erciyes Tıp Dergisi, 29, 5, 393-402 s.
14. Baş, H., Kaya, E., Erginay, O.N., Atasay, B., Tüfekçi, F., Sert, M.B., 1996, Kronik pelvik ağrı: 37 olgunun laparoskopik değerlendirilmesi, Kadın Doğum Dergisi, 12, 35-37 s.
15. Bellamy, N., 2003, (Ed: Hochberg, M.C., Silman, A.J., Smolen, J.S., Weinblatt, M.E., Weisman, M.H. ) Principles of outcome assessment. Rheumatology, Toronto: Mosby, 21-23 p.
16. Bordman, R., Jackson, B., 2006, Approach to chronic pelvic pain, Canadian Family Physician, 52, 1556-1562 p.
17. Butcher, J., 2003, A psychosexual approach to managing dyspareunia, Practitioner, 247, 1647, 484-489, 493-495 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

18. Canavan, T.P., Heckman, C.D., 2000, Dyspareunia in women, breaking the silence is the first step toward treatment, *Postgraduate Medicine*, 108, 2, 149-152, 157-160, 164-166 p.
19. Collett, B.J., Cordle, C.J., Stewart, C.R., 2000, Setting up a multidisciplinary clinic, *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14,3, 541-556 p.
20. Collett, B.J., Cordle, C.J., Stewart, C.R., Jagger, C., 1998, A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners, *Br J Obstet Gynaecol*, 105, 87-92 p.
21. Çakır, M., Mungan, İ., Karakaş, T., Girişken, İ., Ökten A., 2007., Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey, *Pediatr Int.*, 49, 6, 938-942 p.
22. Çepni, İ., 2005, Dismenore, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Adelösan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, 43, 151-157 s.
23. Çetin, N., Yalbuздаğ, Ş.A., Cabioğlu, M.T., Turhan, N., 2009, Fibromiyalji sendromunda yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler, *Turk J Rheumatol*, 24, 77-81 s.
24. Çıtak, N., 2001, Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Öğrenim gören kız öğrencilerin dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi, *Yükseklisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
25. Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., Ovayolu, N., 2008, Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58 s.
26. Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G., Bartsch, G., Strasser, H., 2008, Chronic pelvic pain in women: still a challenge, *British Association of Urological Surgeon*, 102, 1061-1065 p.
27. Demir, F., 2006, Kronik pelvik ağrıda jinekolojik, ürolojik, psikiyatrik etkenlerin araştırılması: diagnostik laparoskopinin kronik pelvik ağrıdaki yeri, *Uzmanlık Tezi*, Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
28. Denny, E., 2004, Women's experience of endometriosis, *Journal of Advance Nursing*, 46, 6, 641-648 p.
29. Ditte, J.W., Brandon, T.H., 2008, Pain as a motivator of smoking: effects of pain induction on smoking urge and behavior, *J Abnorm Psychol*, 117, 2, 467-472 p.
30. DüNDAR, Ü., Solak, Ö., Demirdal, Ü.S., Toktaş, H., Kavuncu, V., 2009, Kronik bel ağrılı hastalarda ağrı, yeti yitimi ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisi, *Genel Tıp Derg*, 19, 3, 99-104 s.
31. Düzel, V., 2008, Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması, *Yükseklisans Tezi*, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
32. Eser, E., 2006. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 5, 1-5 s Fenning ,NR., 2005, Dysmenorrhoe, *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15, 6, 394-401 p.
33. Fenning ,NR., 2005, Dysmenorrhoe, *Current Obstetrics & Gynaecology*, 15, 6, 394-401 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

34. Ferrero, S., Ragni, N., Remorgida, V., 2008, Deep dyspareunia: causes, treatments, and results, *Curr Opin Obstet Gynecol*, 204, 394-399 p.
35. Fry, R.P.W., Crisp, A.H., Beard, R.W., 1996, Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review, *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 1-15 p.
36. Goldstein, D.P., Chonolky, C., Leventhal, J.M., Emmans, S.J., 2007, New insights into the old problem of chronic pelvic pain, *Journal of Pediatric Surgery*, 14, 6, 675-680 p.
37. Gökyıldız, Ş.B., Kronik Pelvik Ağrı Şikayeti Olan Hastalarda Tibial Sinir Uyarısı Tedavisinin (Nöromodülasyon) Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
38. Gökyıldız, Ş.B., 2009. Kronik Pelvik Ağrı ve Yaşam Kalitesi, *İÜFN Hem Derg*, 17, 3, 198-202s.
39. Grace, V.M., Zondervan, K.T., 2004, Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28, 4, 369-375 p.
40. Grace, V., Zondervan, K.T., 2006, Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care for Women International*, 27, 585-599 p.
41. Gülseren, L., Hekimsoy Z., Gülseren Ş., Bodur, Z., Kültür, S., 2001, Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 2, 89-98 s.
42. Gültaşlı, N.Z., Kurt, A., İpek, A., et al., 2006, The relation between pelvic varicose veins, chronic pelvic pain and lower extremity venous insufficiency in women, *Diagn Intrev Radiol*, 12, 34-38 p.
43. Gürel, H., Gürel, S.. 1997, Kronik pelvik ağrı, *T Klin Jineköl Obst*, 7, 6-9 s.
44. Howard, F.M., 2001, Chronic pelvic pain in women, *The American Journal Of Managed Care*, 10, 1001-1013 p.
45. Howard, FM., 2003, The Role of Laparoscopy in the Chronic Pelvic Pain Patient, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 46, 4, 749 – 766 p.
46. Huntington, A., Gilmour, J.A., 2005, A life shaped by pain: women and endometriosis, *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1124-1132 p.
47. İstek, A., 2009. Kronik pelvik ağrı şikayeti olan hastalarda posterior tibial sinir uyarısı tedavisinin (nöromodülasyon) yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi.
48. Jamieson, D.J., Steege, J.F., 1996, The prevalance of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritabl bowel syndome in primary care practices, *Obstet Gynecol*, 87, 55- 58 p.
49. Karanisoğlu, H., 1990, Hemşirenin değişen ve gelişen rolü içindeki tedavi edici, koruyucu ve eğitici rolü, *Hemşirelik Bülteni*, 4, 17, 17-21 s.
50. Katz, J., 1999, Measurement of pain, *Surg Clin North Am*, 79, 2, 231 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

51. Kontoravdis, A., Hassan, E., Hassiakos, D., et al., 1999, Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence, *Clin Exp Obstet Gynecol*, 26, 76-77 p.
52. Kurçer, M.A., Özbay, A., 2011, Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi, *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, 107-113 s.
53. Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.A., Mero, R.P., Chen, J., 1998, Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality, *JAMA, J Am Med Assoc*, 279, 1703–1708 p.
54. Laszlo, K.D., Gyorffy, Z., Adam, S., Csoboth, C., Kopp, M.S., 2008, Work-related stress factors and menstrual pain: a nation representative survey, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 2, 133-138 p.
55. Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., Khan, K., February 2006. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ Journal*, 1-7 p.
56. Lee, C.J., Miller, E.S., Lee, W.W., 2008, *Deja Review Obstetrics & Gynecology*, 89-92 p.
57. Liddle, A.D., Davies, A.D., 2007, Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices, *Royal Society of Medicine Press*, 22, 3, 100-104 p.
58. Lori, J., Heim, L.T.C., Usaf, M.C., 2001, Evaluation and Differential Diagnosis of Dyspareunia. *American Family Physician*, 63, 8, 1535-1544 p.
59. Mathias, S.D., Cupperman, M., Liberman, R.F., Lipschutz, R.C., Steege, J.F., 1996, CPP prevalence health related quality of life and economic correlates, *Obstet –Gynecol*, 87, 321–327p.
60. McGowen, L., Pitt, M., Carter, D.C., 1999, Chronic pelvic pain: the general practitioner's perspective. *Psychology, Health & Medicine*, 3, 303-317 p.
61. McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F., Sherbourne, .CD., 1994, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups, *Medical Care*, 32, 40–66 p.
62. McHorney, C.A., Ware, J.E., Raczek, A.E., 1993, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Medical Care*, 3, 247–263 p.
63. Melzack, R., 1975, The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods, *Pain*, 1, 277-299 p.
64. Milburn, A., Reiter, R.C., Rhomberg, A.T., 1993, Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 20, 643-661 p.
65. Missmer, S.A., Cramer, D.W., 2003, The epidemiology of endometriosis, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 30, 1, 1-19 p.
66. Nolan, T.E., Elkins T.E., 1993, Chronic pelvic pain: Differentiating anatomic from functional causes, *Postgrad Med*, 94, 125-138 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

67. Nolan, T.E., Metheny, W.P., Smith, R.P., 1992, Unrecognized association of sleep disorders and depression with chronic pelvic pain, *South Med J*, 85, 12, 1181-1183 p.
68. Ortiz, D.D, Christus, M.D., 2008, Chronic pelvic pain in women, *American Academy of Family Physicians*, 77, 11, 1535-1542, 1544 p.
69. Önal, S.A., Gül, K., Arık, H., 2007, Kronik Pelvik Ağrı Sendromu, *Klinik Gelişim*, 106-110 p.
70. Öz, O., Erdem, M., Yücel, M., Akgün, H., Yozgatlı, G., Balıkcı ,A., Durukan, İ., Demirkaya, Ş., Odabaşı, Z., 2011, Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, *Gülhane Tıp Derg*, 53, 85-88 s.
71. Özçam, H., 2006, Kronik pelvik ağrılı kadınlarda diagnostik laparoskopinin yeri, *Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği*.
72. Özdemir, E., 2009, Gülveren sağlık ocağı bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi, *Yükseklisans Tezi, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
73. Özerdoğan, N., 2003, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi, *Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
74. Öztürk, H., 2006. Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajının etkisinin incelenmesi, *Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
75. Pantazis, K., Freeman, R.M., 2006, Investigation and treatment of urinary incontinence, *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16, 344-352 p.
76. Pearce, C. Curtis, M., 2007, A multidisciplinary approach to self care in chronic pelvic pain, *British Journal of Nursing*, 16,2, 82-85 p.
77. Perkins, K.A., Grobe, J.E., Stiller, R.L., et al, 1994, Effects of nicotine on thermal pain detection in humans, *Exper Clin Psychopharmacol*, 2, 1, 95-106 p.
78. Pittaway, D.E., Douglas, J.W., 1989, Serum Ca-125 in women with endometriosis and chronic pelvic pain, *Fertil Steril*, 51, 68-70 p.
79. Potur, D.C., 2009, Lokal düşük doz ısı uygulamasının dismenore üzerine etkileri, *Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
80. Price, J., Farmer, G., Haris, J., Hope, T., Kennedy, S., Mayou, R., 2006, Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study,. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 446-452p.
81. Reither, R.C., Gambone, J.C., 1990, Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain, *Obstetric and Gynecology*, 75, 3, 428-432 p.
82. Savidge, C.J., Slade, P., 1997, Psychological aspects of chronic pelvic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 5, 433-444 p.
83. Schlesinger, L., 1996, Chronic pain, intimacy and sexuality: A qualitative study of women who live with pain and medical care, *Journal of Sex Research*, 33, 3, 249-256 p.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

84. Shaw, S.M., 2006, Nursing and supporting patients with chronic pain. *Nursing Standart*, 20, 19, 60-65 p.
85. Silverstein, B., 1982, Cigarette smoking, nicotine addiction, and relaxation. *J Pers Soc Psychol*, 42, 42, 946-950 p. Soyyiğit, Ş., Erk, M., Güler, N., Kılınç, G., 2006, Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri, 54, 3, 259-266 s.
86. Soyyiğit, Ş., Erk, M., Güler, N., Kılınç, G., 2006, Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri, 54, 3, 259-266 s.
87. Stanford, E.J., Del, J.R., Parsons, C.L., 2007, The Emerging Presence of Interstitial Cystitis in Gynecologic Patients with Chronic Pelvic Pain, *Urology*, 69, 53-59 p.
88. Steege, J.F., Ling, F.W., 1993, Dyspareunia, a special type of chronic pelvic pain, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 20, 779-793 p.
89. Summi, L., 1993, Urogynecologic causes of chronic pelvic pain, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 20, 4, 685 p.
90. Şahin, S., 2010, Endometriozisli kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
91. Telatar, T.G., 2007, Sanayide çalışan 20-24 yaş grubu erkeklerin yaşam kalitesi ve riskli davranışlarının belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
92. Tettambel, M.A., 2007, Using integrative therapies for chronic pelvic pain, *Journal of the American Osteopathic Association*, 11, 17-20 p.
93. Tezvaran, Z., 2010, Kronik Bel ve boyun ağrısı olan üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri, Uzmanlık Tezi, Yeditepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
94. The WHOQOL Group, 1998, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-1585 p.
95. Toy H., et al., 2006, Adenomyozis teşhisinde histreskopinin değeri, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 4, 1, 29-35 s.
96. Tu, F.F., Holt, J., Gonzales, J., Fitzgerald, C.M., 2008, Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study, 272, e1-e7 p.
97. Tulunay, M., Tulunay, F.C., 2000, (Ed: Erdine, S.) Ağrının değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri. *Ağrı. Nobel Tıp Kitabevleri*, 91-107 s.
98. Ünal, E., 2008, Serum Ve Periton Sıvısındaki Sitokin Seviyelerinin Endometriozis Tanısındaki Yeri, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
99. Van Balken, M.R., Vandoninck V., Messelink B.J., Vergunst H., Heesakkers J.P.F.A., Debryne F.M.J., Bemelmans B.L.H., 2003, Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain, *European Urology*, 43, 158- 163 p.



## KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

100. Van, Riel, P.L.C.M., van, Gestel, A.M., Welsing, P.M.J., 2003, Evaluation and outcome of the patient with established rheumatoid arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby, 893-905 p.
101. Verit, F.F, Verit, A., Yeni, E., 2006, The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study, Arch Gynecol Obstet, 274, 297-302 p.
102. Vincent, K., 2009, Chronic pelvic pain in women, *Postgraduate Medical Journal*, 85, 24-29 p.
103. Wall, P., Melzack, R.W., 1999, In: textbook of pain, Melzack 4 th edition, Churchill – Livingstone, 418 –420 p.
104. Wallach, E.E., Eisenberg, E., 2003, Hysterectomy: Exploring your options, The Johns Hopkins University Press, 94-95 p.
105. Ware, J.E., Jr, Kosinski, M., Bayliss, M.S., McHorney, C.A., Rogers, W.H., Raczek, A., 1995, Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study, Med Care, 33, 4, 264- 279 p.
106. Ware, J.E., Sherbourne, C.D., 1992, The MOS 36-item Short-Form Health Survey(SF-36), I. Conceptual framework and item selection, Med Care, 30, 473-483 p.
107. Weijnenborg, M., Kuile, M.M., Stones, W., 2009, A cognitive behavioural based assessment of women with chronic pelvic pain, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 4, 262-268 p.
108. Williams, R.E., Hartmann, K.E., Sandler, R.S., Miller, W.C., Steege, J.S., 2004. Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. Journal of Midwifery & Women's Health, 104, 58-59 p.
109. Yazıcı, K., Tot, Ş., Biçer, A., Yazıcı, A., Buturak, V., 2003, Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi, Klinik Psikiyatri, 6, 95-101 s.
110. Yılmaz, E., 2006, Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
111. Zondervan, K.T., Cardon, L.Y., Kennedy, S.H., Martin, N.G., Treloar, S.A., 2005, Multivariate genetic analysis of chronic pelvic pain and associated phenotypes. Behavior Genetics, 2, 177-188 p.
112. Zondervan, K.T., Kennedy, S.H., 2005, Epidemiology of chronic pelvic pain. International Congress Series, 1279, 77– 84 p.
113. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H., Kennedy, S.H., 1999, Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care, British Journal of General Practice, 106, 1156-1161 p.
114. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H., Kennedy, S.H., 1999, Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 106, 1149-1155 p.

## **KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)**

115. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey, M.P., Jenkinson, C.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H., Kennedy, S.H. 2001, Chronic pelvic pain in the community-Symptoms, investigations, and diagnoses, Am J Obstet Gynecol, 184, 1149-1155 p.
116. Zondervan, K.T., Yudkin, P.L., Vessey M.P., Jenkinson, C.P., Dawes, M.G., Barlow, D.H., Kennedy, S.H., 2001, The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour, British Journal of General Practice, 51, 541-547 p.
117. [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728) 10.03.2010
118. <http://www.pelvicpain.org/> (10.03.2010).
119. [http://www.pelvicpain.org/pdf/Patients/PPP\\_Pt\\_Ed\\_Booklet.pdf](http://www.pelvicpain.org/pdf/Patients/PPP_Pt_Ed_Booklet.pdf) (10.03.2010).
120. [http://www.pelvicpain.org/pdf/History\\_and\\_Physical\\_Form/IPPS-H&PformR-MSW.pdf](http://www.pelvicpain.org/pdf/History_and_Physical_Form/IPPS-H&PformR-MSW.pdf) (10.03.2010).

## 8. EKLER DİZİNİ

### EK 1 :

T.C. Sağlık Bakanlığı

#### NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		İLÇE	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	ADAPAZARI	Erkek	2258	7926	10076	10083	9642	9828	11739	10950	9749	8395	7974	7272	5789	4073	2864	2095	1704	870	299	
			Kadın	1535	7165	9439	9520	9435	10372	12128	10525	9821	8427	8172	7082	5504	4284	3368	2610	2308	1276	602	
			Toplam	3793	15091	19515	19603	19077	20200	23867	21475	19570	16822	16146	14354	11293	8357	6232	4705	4012	2146	901	

  
Selami CAN  
Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri  
Şube Müdürü

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	TEPEKUM SAĞLIK OCAĞI	Erkek	174	677	925	908	860	854	922	779	783	618	567	486	369	221	138	113	89	35	10	952
			Kadın	129	649	815	789	811	823	934	764	660	612	546	437	322	223	152	129	104	52	16	896
			Toplam		303	1326	1740	1697	1671	1677	1856	1543	1443	1230	1113	923	691	444	290	242	193	87	26

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	ASTRA ZENECA SAĞLIK OCAĞI	Erkek	127	477	527	551	501	529	589	602	519	432	428	354	287	229	152	99	88	37	16	654
			Kadın	99	388	477	523	451	542	648	567	478	441	427	340	275	243	187	141	115	76	24	644
			Toplam		226	865	1004	1074	952	1071	1237	1169	997	873	855	694	562	472	339	240	203	113	40

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	BUDAKLAR SAĞLIK OCAĞI	Erkek	30	158	189	198	191	185	201	148	174	166	145	135	109	89	57	42	40	20	6	228
			Kadın	30	142	177	184	180	146	186	158	162	146	146	114	93	116	88	59	54	43	14	223
			Toplam		60	300	366	382	371	331	387	306	336	312	291	249	202	205	145	101	94	63	20

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	CAMİLİ SAĞLIK OCAĞI	Erkek	223	683	717	647	492	519	748	1039	801	595	519	448	347	224	132	90	71	38	12	834
			Kadın	113	625	714	626	535	643	1111	911	752	572	533	412	304	235	175	122	86	63	41	857
			Toplam		336	1308	1431	1273	1027	1162	1859	1950	1553	1167	1052	860	651	459	307	212	157	101	53

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Sayfa No:

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	DR. A.KADİR CANIK SAĞLIK OCAĞI	Erkek	73	303	373	449	450	436	518	468	441	399	406	380	291	219	177	123	100	67	23	569
			Kadın	50	244	398	437	450	475	526	490	475	430	432	388	292	228	183	165	171	85	61	598
			Toplam		123	547	771	886	900	911	1044	958	916	829	838	768	583	447	360	288	271	152	84

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	Dr.Evrım TÜMBEK S.O.	Erkek	121	401	568	640	760	943	955	807	688	623	722	687	553	385	293	229	224	124	54	
			Kadın	88	385	540	645	718	931	977	822	790	818	790	672	528	434	341	348	297	161	83	
			Toplam		209	786	1108	1285	1478	1874	1932	1629	1478	1441	1512	1359	1081	819	634	577	521	285	137

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	GÜNEŞLER SAĞLIK OCAĞI	Erkek	171	412	526	513	478	527	541	452	393	324	317	290	225	171	113	96	65	37	14	
			Kadın	42	358	500	507	452	492	498	366	393	333	324	274	222	155	122	84	96	44	24	
			Toplam		213	770	1026	1020	930	1019	1039	818	786	657	641	564	447	326	235	180	161	81	38

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	HIZIRTEPE SAĞLIK OCAĞI	Erkek	228	884	1026	1023	1010	881	1188	1086	937	891	768	669	559	364	322	192	156	64	30	
			Kadın	162	728	968	1005	975	1018	1203	1050	969	868	777	650	538	421	345	199	202	88	45	
			Toplam		390	1612	1994	2028	1985	1899	2391	2136	1906	1759	1545	1319	1097	785	667	391	358	152	75

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	KARAMAN SAĞLIK OCAĞI	Erkek	142	463	518	483	448	419	562	603	537	408	429	375	294	197	115	84	62	30	14	
			Kadın	71	402	486	470	428	499	684	632	544	411	422	389	257	189	132	113	102	59	28	
			Toplam		213	865	1004	953	876	918	1246	1235	1081	819	851	764	551	386	247	197	164	89	42

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	KARAOSMAN SAĞLIK OCAĞI	Erkek	138	586	842	783	763	764	997	938	766	752	682	602	471	353	260	189	150	71	22	
			Kadın	144	523	737	798	787	857	990	900	787	706	662	606	476	395	301	228	224	108	53	
			Toplam		282	1109	1579	1581	1550	1621	1987	1838	1553	1458	1344	1208	947	748	561	417	374	179	75



## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-I

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	MALTEPE SAĞLIK OCAĞI	Erkek	103	452	572	559	532	498	613	576	510	422	417	358	279	203	136	87	65	19	9	
			Kadın	96	405	545	507	525	594	624	550	507	392	415	335	291	181	151	84	76	43	21	
			Toplam		199	857	1117	1066	1057	1092	1237	1126	1017	814	832	693	570	384	287	171	141	62	30

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-I

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	MERKEZ FATMA HANIM SAĞLIK OCAĞI	Erkek	227	855	1140	1204	1159	1118	1399	1302	1208	1019	946	886	711	539	369	282	214	106	32	
			Kadın	202	864	1096	1104	1112	1185	1415	1286	1204	1040	1011	909	700	576	446	365	271	152	71	
			Toplam		429	1719	2236	2308	2271	2303	2814	2588	2412	2059	1957	1795	1411	1115	815	647	485	258	103

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-I

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	SALMANLI SAĞLIK OCAĞI	Erkek	25	126	171	176	147	206	189	156	131	132	147	135	113	109	79	69	47	26	6	
			Kadın	38	108	150	158	175	174	143	112	142	119	157	125	126	94	103	65	54	45	14	
			Toplam		63	234	321	334	322	380	332	268	273	251	304	260	239	203	182	134	101	71	20

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-I

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	TEPEKUM SAĞLIK OCAĞI	Erkek	174	677	925	908	860	854	922	779	783	618	567	486	369	221	138	113	89	35	10	
			Kadın	129	649	815	789	811	823	934	764	660	612	546	437	322	223	152	129	104	52	16	
			Toplam		303	1326	1740	1697	1671	1677	1856	1543	1443	1230	1113	923	691	444	290	242	193	87	26

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-I

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	YAĞCILAR SAĞLIK OCAĞI	Erkek	125	470	673	653	586	630	747	643	604	513	415	524	339	223	150	111	83	50	17	
			Kadın	140	423	579	567	622	602	667	637	702	500	369	485	336	226	189	135	111	63	32	
			Toplam		265	893	1252	1220	1208	1232	1414	1280	1306	1013	784	1009	675	449	339	246	194	113	49

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	ÇÖKEKLER SAĞLIK OCAĞI	Erkek	129	401	542	516	491	465	477	400	415	324	346	284	250	207	139	110	78	52	4	5
			Kadın	49	365	500	482	437	438	411	342	385	306	357	282	243	214	153	130	133	73	23	5
			Toplam		178	766	1042	998	928	903	888	742	800	630	703	566	493	421	292	240	211	125	27

## NÜFUSUN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI-1

Tarih:OCAK, 2009 - OCAK, 2009

		KURUM	Cins.	0 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-24 yaş	25-29 yaş	30-34 yaş	35-39 yaş	40-44 yaş	45-49 yaş	50-54 yaş	55-59 yaş	60-64 yaş	65-69 yaş	70-74 yaş	75-79 yaş	80-84 yaş	85+ yaş	Toplam
INVALID COLUMN	INVALID COLUMN	ŞEKER SAĞLIK OCAĞI	Erkek	222	578	767	780	774	854	1093	951	842	777	720	659	592	340	232	179	172	94	30	10
			Kadın	82	556	757	718	777	953	1111	938	871	733	804	664	501	354	300	243	212	121	52	10
			Toplam		304	1134	1524	1498	1551	1807	2204	1889	1713	1510	1524	1323	1093	694	532	422	384	215	82

  
**Selami CAN**  
 Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistik  
 Şube Müdürü

**EK 2:**

**KADINLARDA KRONİK PELVİK AĞRININ PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ  
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU**

**Değerli katılımcı;**

Bu çalışmanın amacı; Sakarya İlinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda, alt karın bölgesindeki kronik (uzun süreli) ağrının görülme sıklığı ve nedenlerini, bu ağrının kadınların yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Alt karın bölgesinde müzmin ağrı yaşanması kadınlarda sık görülen bir durumdur. Buna rağmen bu problemi yaşayan kadınlar sağlık kuruluşlarına tedavi için başvurmamaktadırlar. Bu sorun kadınların günlük aktivitelerini olumsuz etkilemekte; sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, Sakarya ilinde bu problemin hangi sıklıkta yaşandığının belirlenmesinde ve yaşam kalitesinin bu problemden dolayı ne oranda etkilendiğinin değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır. Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

**Kevser ÖZDEMİR**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek lisans öğrencisi

Eskişehir OGÜ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Bilim Dalı



**A) SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**Anket No:**

**Sağlık Ocağı Bölgesi:**

- 1) Yaşınız.....
- 2) Boyunuz.....
- 3) Kilonuz.....
- 4) Beden kitle indeksi.....
- 5) Medeni durumunuz:  
1. Evli 2. Bekar 3. Dul
- 6) Öğrenim düzeyiniz:  
1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4. Orta okul mezunu  
5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu 7. Diğer.....
- 7) Mesleğinizi belirtiniz:  
1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest meslek 5. Emekli
- 8) Çalışıyorsanız çalışma şeklini belirtiniz:  
1. Genellikle masa başında oturarak 2. Genellikle ayakta
- 9) Sağlık güvence durumunuzu belirtiniz:  
1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ- Kur 4. Yeşil kart 5. Özel sigorta 6. Yok
- 10) Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? Aylık miktarı: .....
1. Gelir gidere göre yüksek
2. Gelir ve gider dengeli
3. Gelir gidere göre az
- 11) Aile tipiniz?  
1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Parçalanmış aile
- 12) En uzun süre yaşadığımız yerleşim birimi neresidir?  
1. Büyükşehir 2. Şehir 3. İlçe 4. Köy

**B) GENEL SAĞLIK DURUMU VE ALIŞKANLIKLARI**

- 13) Sigara içiyor musunuz?  
1. Hayır  
2. Evet (günde kaç adet.....)  
3. Bıraktım (süresi.....)

14) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (miktarı.....)

15) Günde kaç bardak kafeinli içecek (çay, kahve, kola,...vb) tüketiyorsunuz?

1. 0
2. 1-3
3. 4-6
4. 7 ve daha fazla

16) Hangi sıklıkla egzersiz yaparsınız?

1. Hiç
2. Nadiren
3. Haftada 1-2 kez
4. Haftada 3-5 kez
5. Her gün

17) Herhangi bir hastalığınız var mı? (sistemik/ kronik)

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

18) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

19) Daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

20) Herhangi bir alerjiniz var mı?

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

21) Yaralanma ile sonuçlanan kaza geçirdiniz mi?

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

22) Hiç antidepresan kullandınız mı?

1. Hayır
2. Evet (ne kadar süre önce.....)

23) Hiç fizik tedavi gördünüz mü?

1. Hayır
2. Evet (belirtiniz.....)

24) Aşağıdaki hastalıklardan hangisi ailenizde mevcuttur?

1. Fibromiyalji
2. İnterstisyel sistit
3. İrritabl bağırsak hastalığı
4. Endometriozis
5. Kronik pelvik ağrı
6. Depresyon
7. Sistemik lupus eritematozus
8. Skleroderma

### C) OBSTETRİK ÖYKÜ

25) Gebelik sayısı.....

26) Kürtaj sayısı.....

27) Düşük sayısı.....

28) Yaşayan çocuk sayısı.....

29) Doğum ya da gebeliğiniz sırasında aşağıdaki durumlardan hangi/ hangilerini deneyimlediniz?

1. Epizyotomi
2. Vakum
3. Forseps
4. Sezeryan
5. Vajinal laserasyon
6. Doğum sonu kanama

#### **D) MENSTRUAL ÖYKÜ**

30) İlk adet görme yaşıınız.....

31) Menopoza girdiniz mi?

1. Hayır
2. Evet (süresi.....) (41. Soruya geçiniz)

32) Son 3 aydır adet sıklığınız nedir?

1. 21 günden az
2. 22-28 gün arasında
3. 29-35 gün arasında
4. 35 günden fazla

33) Adetleriniz düzenli midir?

1. Hayır
2. Evet

34) Adet döneminiz kaç gün sürer?

1. 2-3 gün
2. 4-7 gün
3. 8-10 gün
4. 11 gün ve daha fazla

35) Adet dönemlerinizde kanamanızı nasıl tanımlarsınız?

1. Az
2. Orta
3. Çok
4. Çok fazla

36) Adet dönemlerinizde genellikle bel ve karın ağrısı deneyimler misiniz?

1. Hayır (41. soruya geçiniz)
2. Evet

37) Ağrınız ne kadar süre devam eder?

1. Adetten birkaç gün önce başlayıp adetle sonlanır.
2. Adetle başlayıp birkaç gün devam eder.
3. Sadece adet ilk günü olup sürmez.
4. Diğer.....

38) Ağrınız için ağrı kesici ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (miktarı, günde.....)

39) Ağrınız için bir sağlık kuruluşuna başvurup, tedavi gördünüz mü?

1. Hayır (41. Soruya geçiniz)
2. Evet

40) Tedavi sonucunda şikayetiniz azaldı mı?

1. Hayır
2. Evet

## E) JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

41) 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 şişil
5. Ağrı
6. Diğer.....

42) 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.....

43) Son 6 ay içerisinde üreme organlarınızda enfeksiyon belirlenip, tedavi gördünüz mü?

1. Hayır (45. Soruya geçiniz)
2. Evet

44) Tedavi sonucunda şikayetleriniz geçti mi?

1. Hayır
2. Evet

45) Aile planlaması yöntemlerini kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (tipini belirtiniz.....)

46) Cinsel ilişki esnasında ya da sonraki 24 saat içinde ağrınız oluyor mu?

1. Hayır (49. soruya geçiniz)
2. Evet

47) Ağrınız nedeniyle cinsel ilişkiyi sonlandırıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet

48) Ağrınız nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet

49) Aşağıdaki hastalıklardan tanı koyulup, tedavi görmüş olduğunuz hastalık ya da hastalıklar var mı?

1. Endometriozis
2. Pelvik inflamatuvar hastalık
3. Adenomyozis
4. Over kisti
5. Adhezyonlar
6. Pelvik konjesyon sendromu
7. Diğer.....

## **F) ÜRİNER SİSTEM**

50) Acil idrar yapma isteğiniz olur mu?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman

51) Öksürürken, hapşırırken ya da gülerken idrar kaçırıyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman

52) İdrar yaparken yanma hissi duyuyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman

53) İdrarı başlatmada zorluk çekiyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman

54) Hiç idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet (en son ne zaman olduğunu belirtiniz: .....)

55) Böbrek taşı hastalığı geçirdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet (ne kadar süre önce.....)

## **G) GASTROİNTESTİNAL SİSTEM**

56) İshal şikayetini sık yaşar mısınız?

1. Hayır 2. Evet

57) Kabızlık şikayetini sık yaşar mısınız?

1. Hayır 2. Evet

58) Bağırsak hareketleriniz size ağrı veriyor mu?

1. Hayır 2. Evet

59) Dışkıda kan görülmesi ya da rektal kanama şikayetiniz var mı?

1. Hayır 2. Evet

60) İştahsızlık hissiniz var mı?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman

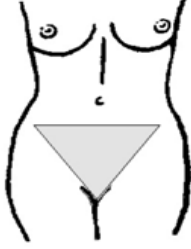
61) Bulantı ve kusma şikayetini sık yaşar mısınız?

1. Hayır 2. Evet

62) Sürekli ya da aralıklı olarak görülen ve en az 6 ay süreyle devam eden, direk adet görme ya da cinsel ilişki ile bağlantısı bulunmayan alt karın ve kasık bölgenizde ağrınız var mı ?

1. Hayır 2. Evet

***Cevabınız 'Evet' ise bir sonraki bölüme geçiniz.***



### H) KRONİK PELVİK AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİLER

- 63) Ağrınız ne zaman başladı:.....
- 64) Ağrınız için ağrı kesici ilaç kullanıyor musunuz?  
1. Hayır 2. Evet (sıklığı.....)
- 65) Ağrı şikayetiniz nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurup, tedavi gördünüz mü?  
1. Hayır (Neden başvurmadınız.....)(67. Soruya geçiniz) 2. Evet
- 66) Tedavi sonrasında şikayetiniz azaldı mı?  
1. Hayır 2. Evet
- 67) Ağrınız nedeniyle uyku problemi yaşıyor musunuz?  
1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Sıklıkla 4. Her zaman
- 68) Bir aylık süre içerisinde kaç kez ağrı atağınız oluyor?  
1. Günde 2-3 kez 2. Günde 1 kez 3. Haftada 2-3 kez 4. Haftada 1 kez  
5. 15 günde 1 kez 6. Ayda 1 kez 7. Diğer.....

69) Aşağıdaki belirtilerden son 6 ay içinde sizde olanları ve şiddetini çizelgedeki uygun puanla belirtiniz:

**Ağrı seviyesi:**  
**şiddetli ağrı**

**0: Ağrı yok**

**10: Akla gelebilecek en**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ovulasyon döneminde( siklus ortası) ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet öncesinde ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet esnasındaki ağrı ( kramp tarzında olmayan):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağırlık kaldırıldığında ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel ilişki esnasında ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yapma isteği varken ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas veya eklem ağrısı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yumurtalıklarda ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet esnasında kramp tarzında ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adet bitiminden sonraki ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsel ilişki esnasında vaginada yanma tarzında ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yaparken ağrı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bel ağrısı:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dayanılabilir/ kabul edilebilir ağrı seviyesi nedir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EK 3:****SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

1. Mükemmel    2. Çok iyi    3. İyi    4. Orta    5. Kötü

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
2. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
3. Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
4. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
5. Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3) Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

<b>FAALİYETLER</b>	<b>Evet oldukça kısıtlıyor</b>	<b>Evet biraz kısıtlıyor</b>	<b>Hayır hiç kısıtlamıyor</b>
1. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi büyük çaba gerektiren aktiviteler	1	2	3
2. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktiviteler	1	2	3
3. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
4. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
5. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
6. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
7. Bir kilometreden fazla yürüme	1	2	3
8. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
9. Yüz metre yürüme	1	2	3
10. Banyo yapma veya giyinme	1	2	3



4) Son 4 hafta boyunca, bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
2. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
3. İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlama oldu mu?	1	2
4. İş veya diğer aktiviteleri yapmakta zorlandınız mı?	1	2

5) Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin üzüntü veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde ilgili olarak aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
2. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
3. İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6) Son 4 hafta boyunca, bedensel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

1. Hiç etkilemedi    2. Biraz etkiledi    3. Orta derecede etkiledi  
4. Oldukça etkiledi    5. Ařırđ etkiledi

7) Son 4 hafta boyunca, ne kadar ađrđnız oldu?

1. Hiç    2. Çok hafif    3. Hafif    4. Orta    5. şiddetli    6. Çok şiddetli

8) Son 4 hafta boyunca ađrđnız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

1. Hiç etkilemedi    2. Biraz etkiledi    3. Orta derecede etkiledi  
4. Oldukça etkiledi    5. Ařırđ etkiledi

9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçiniz.

	<b>Her zaman</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Epeyce</b>	<b>Arada sırada</b>	<b>Çok ender</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
1. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
2. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
3. Hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
4. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
5. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
6. Kendinizi çok enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
7. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
8. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
9. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

1. Her zaman    2. Çoğu zaman    3. Bazen    4. Nadiren    5. Hiçbir zaman

11) Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? (Her ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.)

	<b>Kesinlikle doğru</b>	<b>Çoğunlukla doğru</b>	<b>Bilmiyorum</b>	<b>Çok kere yanlış</b>	<b>Kesinlikle yanlış</b>
<b>1.</b> Diğer insanlardan daha fazla hastalanır gibiyim.	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

**EK 4:**

**MCGILL- MELZACK AĞRI SORU FORMU**

Hastanın Algılama Ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içerisine alın.

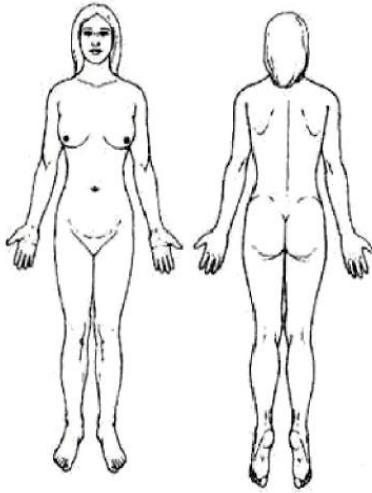
1 (Düşük)	2	3	4	5 (Yüksek)
-----------	---	---	---	------------

Bu ölçek ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri, (2) Özelliği, (3) Zamanla İlişkisi, (4) Şiddeti.

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

**I. BÖLÜM: AĞRINIZ NEREDE?**

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



- Ağrının olduğu bölgeyi tarayınız.
- Şiddetini 1' den 10' a kadar numaralandırınız. (10 rakamı en şiddetli, 1 rakamı en hafif ağrıyı gösterecektir.)

sol

sağ sağ

sol

## II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ

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.

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

### III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ

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: AĞRINIZIN ŞİDDETİ

İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelimedede birleşirler Bunlar;

1	2	3	4	5
Hafif	Rahatsız Edici	Şiddetli	Çok Şiddetli	Dayanılmaz

Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size 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 diş ağrısını 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:**

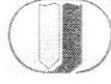
### **GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ**

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

Dayanılmaz ağrı



Ağrı yok



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Klinisyen Doktor (Başkan  
Yardımcısı)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

Sayı: 2010/ 141  
Konu:

10 AGUSTOS 2010

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği

Tarafınızdan yürütülmekte olan “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı

Biyokimya Anabilim Dalı

E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABAĞLIK

Klinisyen Doktor

Nöroloji Anabilim Dalı

E-Mail: demetg @ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY

Patoloji Uzmanı

Patoloji Anabilim Dalı

E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raportör)

Farmakoloji Anabilim Dalı

E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı

Deontoloji Anabilim Dalı

E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER

Eczacı

Eğitim, Uygulama ve Araştırma

Hastanesi

E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

30 TEMMUZ 2010 1) KONU BAŞLIK	(PR-10-06-25-01): “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi”
30 TEMMUZ 2010 GÖRÜŞ: 1	30.07.2010 tarihli görüş dikkate alınmıştır.
30 TEMMUZ 2010 KARAR: 1	<b>Görüş temelinde çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir.</b> Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı / Algoloji Bilim Dalı'na görüşe gönderilmiştir.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT  
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR  
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK  
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY  
Patoloji Uzmanı

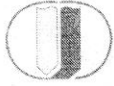
Doç. Dr. F. S. KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU  
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER  
Eczacı



Aslım Aynıdır  
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı



# Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

Tarih (30/07/2010)

## ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

**Prof. Dr. M. Arif AKŞİT**

**Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)**

*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

*Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı*

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**

**Klinisyen Doktor**

*Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Ömer ÇOLAK**

**Biyokimya Uzmanı**

*Biyokimya Anabilim Dalı*

E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK**

**Klinisyen Doktor**

*Nöroloji Anabilim Dalı*

E-Mail: demeg@ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Serap IŞIKSOY**

**Patoloji Uzmanı**

*Patoloji Anabilim Dalı*

E-Mail: bdesi@superonline.com

**Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ**

**Farmakoloji Uzmanı (Raportör)**

*Farmakoloji Anabilim Dalı*

E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

**Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU**

**Deontoloji Uzmanı**

*Deontoloji Anabilim Dalı*

E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

**Ecz. Ömer ALTUĞER**

**Eczacı**

*Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi*

E-Mail: eczaltug@yahoo.com

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı*

Tel: +90. 222. 239 37 70- 239 29 79 / 4690

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

## **GÖRÜŞ**

(GİZLİ VE ÖNEMLİ)

### **BAŞLIK**

**KONU: PROJE (PR-10-06-25-01): Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği – Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN (Tez Danışmanı), Yüksek Lisans Öğrencisi Kevser ÖZDEMİR “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi”**

### **BAŞVURU BİLGİLERİ**

**NOT:** Etik Kurulun Yetkilennmesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 23.12.2008 tarih ve 27089 Sayılı Resmî Gazetede ilan edilen Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik hükmünde 2 (2) Maddesinde ilgili Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun görevi dışında kalanları “Gözlemsel çalışmalar, insani amaçlı ilaca erken erişim programları ve ilaç dışı standart tedavi uygulamaları bu Yönetmeliğin kapsam dışındadır” şeklinde belirtmesine karşın, Yönetmelikte defalarca “her türlü araştırmalar” sözü geçmesi nedeniyle Etik Kurulumuz hukuksal olarak net olmayan konularda görüş etik açıdan görüş ve karar sunmasının sakıncalı olacağı savı ile ve herhangi bir dosyanın kendisine sunulmadığı için çalışmalarının olmadığı ortadadır. Bu durumda istendiği durumlarda 2 (2) maddesindeki konular da işlevin Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca yerine getirildiği bilinmektedir.

11 Mart 2010 tarih ve 27518 Sayılı Resmî Gazetede yayınlanan ve “KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK”te anlaşıldığı üzere, 2 (2) maddesindeki tanımlama “Girişimsel (invazif) olmayan klinik araştırma” kapsamında yorumlanarak bu konu net olarak tanımlanmıştır. Buna göre “Anket çalışmaları, dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gibi gözlemse çalışmalar ile kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar, hücre veya doku kültürü çalışmaları, hemşirelik faaliyetlerini sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar, egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmes araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak tüm araştırmaları” kapsamaktadır.

Bu açıdan 11 Mart 2010 tarihinden itibaren Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu kendisine gelen dosyaları, bu amir hüküm nedeniyle bu çerçevede inceleyecektir.

11 Mart 2010 tarihli Yönetmeliğin 10 (1-c) Maddesinde aynen “Bu Yönetmeliğin kapsamı içinde kalan konuları değerlendirmek amacıyla, başka kurum veya kuruluşlarca Etik Kurul veya Etik Kurul fonksiyonlarını yürütecek bir yapı oluşturulamaz. Ancak ilgili kurum veya kuruluşlar, bu Yönetmeliğin kapsamı dışında kalan konuları değerlendirmek amacıyla, kendi bünyelerinde değerlendirme komisyonları oluşturabilirler” yaklaşımı vardır. Dolayısıyla Etik Kurulumuz “DEĞERLENDİRME KOMİSYONU” olarak, hukuksal açıdan 19 Mart 2010 Tarihindeki toplantıdaki kararımızdan sonra bu kapsamda görev yapmaya başlamıştır.

**BAŞVURU ŞEKİLLERİ:** Etik Kurula yazışmalar; a) Bireysel Başvurular (Etik Kurul sekreterliğince de doğrudan yapılabilir), b) Resmi yol (Bilim Dalı veya Anabilim Dalı, Bölüm Başkanlığı ile Dekanlığa başvurulur) ile yapılabilir.

Başvuru en az 1 adet yazılı METİN olarak ve 1 adet CD'ye Etik Kurul Üyelerine iletilmek üzere metnin kaydı verilmelidir.

**NOT:** Sosyal Güvenlik Kurumu incelemelerinde çalışmacıların TC Kimlik numaralarına bakıldığı ve dolayısıyla çalışmacılardan kimlik numaralarının ve diploma tescillerinin eklenmesini öngörmektedir.

***ÖZGEÇMİŞLER ve TC KİMLİK ile TESCİL NO***

**Arastirmacılarn özgeçmişleri:** Konu ile ilgisi, yetkilenmesi, çalışmaya katkıda bulunacak, yapacak ve/veya yürütecek düzeyde etkinliğinin ve servisin laboratuvar imkanlarının olması, yetkinlik durumları (tecrübesi), konu ve çalışma ile olan ilişkisi belirtilmelidir. Genel yayın listesine gereksinim olmadığı dikkate alınmalıdır. Çalışma kapsamı dışında, kısaca yeterli ve etkin olması dışındaki, diğer kişisel bilgilerin sunulması gerekli değildir.

**Yardımcı araştırmacılar ve katkıda bulunanların özgeçmişleri:** Çalışmaya katkıda bulunacakların da etkinliğinin ve yetkinliğinin olması gerekir.

**PROTOKOL KODU:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, No: **(PR-10-06-25-01)**

**PROJENİN ADI:** "Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi"

**PROJENİN STATÜSÜ:** Yüksek Lisans Tezi

**BAŞVURULAR:** a) **Kurumsal:** Anabilim/Bilim Dalı \_\_/\_\_/2010, Bölüm Başkanlığı Dalı \_\_/\_\_/2010, Dekanlık: \_\_/\_\_/2010, b) **Bireysel:** Etik Kurul Başkanlığına Müracaatı 17/05/2010, Etik Kurul Üyelerine \_\_/\_\_/2010.

**BAŞVURU:** 17/05/2010

**SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği – Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN

**ARAŞTIRMACI, ÜNVANI/ADI:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği – Yüksek Lisans Öğrencisi Kevser ÖZDEMİR

**DESTEKLEYİCİ FİRMA:** Yok

***ARAŞTIRMA İZLEMİ***

**İNCELENEN DOSYA TANIMLAMASI**

**BELGE ADI/PROTOKOL:** "Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi"

## DOSYADA BULUNAN BELGELER

**BELGE ADI/PROTOKOL:** Akademik Amaçlı ve/veya Uzmanlık Tezi Olarak Yapılacak Olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu – Kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik anket formu – SF 36 yaşam kalitesi ölçesi – MCGILL-MELZACK ağrı soru formu – Özgeçmişler

**BELGE ADI/PROTOKOL:** Aydınlatma ve Onam Formu

## GÖNDERİLEN BİLİM DALLARI veya Öğretim Üyeleri

**BELGE ADI/PROTOKOL (Görüşe Gönderilmiş):** Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı / Algoloji Bilim Dalı

## ALINAN KARARLAR

**BELGE ADI/PROTOKOL:** 25 Haziran 2010:Çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir.

**BELGE ADI/PROTOKOL:** 30 Temmuz 2010: **Olumludur.**

## KONU ve PROJENİN ANALİZİ

*Araştırma protokolü; (PR-10-06-25-01): “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi”*

## YETİ

a) *Araştırmadan beklenen yarar:* Kronik pelvik ağrının hastalık olarak değil, bir semptom grubu olduğu belirtilerek, toplumsal açıdan bunun sıklığının çalışılacağı belirtilmektedir. Bu türdeki ağrıların tanınması açısından yaklaşımları özellikle Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID) açısından izlenmelidir.

Ağrının ölçümü için Melzack-Tangerson skalası ile VAS (vizuel analog skalası) belirtilmekte, yaşam kalitesi ölçeği olarak, SF-36 sorgu anketi belirtilmektedir.

b) *Risklerin analizi:* Pelvik ağrıların 26\*30 yaşlarında sıklıkla tanımlandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada 18 yaş altı çocuklarında kapsam içine alınması, bu çalışmadan sorumluluk yüklenme açısından pediatri uzmanının bulunmasını gerekli kılmaktadır. ır.

## 27518 Sayılı Resmi Gazete ile iletilenler:

c) *Araştırmanın amacı:* Demografik, jinekolojik, obstetrik özelliklerin ortaya konulacağı, prevalansını belirlemek, risk faktörlerinin belirlenmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılmasının amaçlandığı belirtilmektedir.

d) *Metodolojisi:* 16 Sağlık Ocağından 3 tanesi seçilerek, 2 aşamalı tabakalandırma ile çalışma yapılacağı belirtilmektedir. Prevalans %14.7-25.4 olarak tanımlandığı için, örneklemenin 1754 olmasının gerektiği hesaplanmıştır.

e) *Beklenen yararları:* Toplumsal prevalans çalışmasıdır.

f) *Öngörülebilir riskleri:* Belirli bir risk taşımadığı, anket ve sorgulamaya dayalı bir çalışma olduğu anlaşılmaktadır.

g) *Zorlukları:* Anket uygulama zorlukları bulunmaktadır.

h) *Kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri:* Aydınlatma ve onamın Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete, 01.08.1998, Sayı: 23420) ve Danıştay 10. Dairenin 2009/3991 Sayılı kararı bilgilendirmeyi üçüncü bir kişi tarafından, çalışmadan bağlantısız kişilerce yapılmasını öngörmesine uygun olması gereklidir. 18 yaşından küçük olanlarda aile ve hekim onayı açısından değerlendirme gereklidir. Bilgilendirme ankete yönelik oluşturulmalıdır.

i) *Araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar:* Toplumsal çalışmadır.

j) *Hangi kişisel verilerin işleneceği:* Çalışmada sunulmaktadır..

- k) *İşlenme amaçları:* Veri analizi yapılacaktır.
- l) *Bu verilerin hangi süreçle saklanacağı:* Çalışmanın yayın yapılacağı sanılmaktadır. Bu açıdan devamlı nitelik aşmaktadır.
- m) *Kimlere açıklanacağı:* Müdahil hekim ve ailesi/kendisine bilgi ve sonuçların verilmesi gerekebileceği dikkate alınmalıdır.
- n) *İlgilinin hakları:* Sorun oluşması ile buna yönelik yaklaşım/tedavinin de oluşabileceği dikkate alınmalıdır. Gönüllülerin tüm hakları ve gizlilik ilkeleri korunmalıdır.

**SONUC:** Çalışma olumludur.

Kadın Hastalıkları Anabilim Dalının önemli katkıları olacağı öngörülmektedir. Algoloji Bilim Dalının görüşlerinin alınması uygundur.

Çocuk Hastaların veya bireylerin pediatri uzmanı tarafından sorumluluk yüklenmesi gerekebilir. Aile rızası ayrıca gereklidir.

Gelecek görüşler daha sonra iletilecektir.

## **YETKİ**

*Araştırmacıların:*

- a) *Uygunluğu:* (*Araştırmacıların özgeçmişleri:* Konu ile ilgisi, yetkilenmesi, çalışmaya katkıda bulunacak, yapacak ve/veya yürütecek düzeyde etkinliğinin olması, yetkinlik durumları (tecrübesi), yayınları, konu ve çalışma ile olan ilişkisi belirtilmelidir. *Yardımcı araştırmacılar ve katkıda bulunanların özgeçmişleri:* Çalışmaya katkıda bulunacak etkinliğinin ve yetkinliğinin olması, kısaca konu ile ilişkisi öz geçmişi, yayınları
- b) *Araştırma yapılacak yerlerin yeterliliği:* Servis veya laboratuvarlar projelendirilen çalışmalara tam uygun olmalıdır. Müdahil hekim (servis sorumlularının) onayı alınmalıdır.

**SONUC:** Çalışmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili olduğu anlaşılmaktadır.

Kadın Hastalıkları Anabilim Dalının yetkinlik açısından katkıları alınabilir.

## **SORUMLULUK KABULÜ**

Çalışmacılar dosyaya ekledikleri imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmektedirler. İmzanın hukuksal olması için; el ile yazılmış ad ve soyadı olmalıdır. Paraflar/simge niteliğinde çizimler veya mühürler imza yerine geçmemektedir

## **ŞEKİL**

*Araştırmanın:*

- a) *Mevzuata uygun şekilde yapılması,*
- b) *Araştırma broşürünün usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği;*

- a. Araştırmalarda ortaya çıkması muhtemel kalıcı sağlık problemleri de dahil olmak üzere yaralanma veya ölüm hallerinde, araştırmacı veya destekleyicinin sorumluluğunu ve gönüllüler için yapılan sigorta sertifikası veya poliçesinin kapsamını (Faz IV alışmalar sigorta kapsamı dışındadır),
- b. Araştırmacı ve gönüllü için uygun bulunan ödül ve telif düzenlemelerine dair destekleyici ile araştırmanın yapılacağı yer arasında akdedilmiş herhangi bir anlaşma mevcutsa anlaşmanın etik olup olmadığı,
- c. Ticari Olmayan İlaç Klinik Araştırmaları ilgili kılavuz doğrultusunda değerlendirilir.

**SONUÇ:** alışmada sunulmaktadır.

## İÇERİK

Araştırmada:

- a) Gönüllülerin bilgilendirilmesinde kullanılacak yöntem ve belgeler ile bu kişilerden alınacak olurlar.
- b) Klinik ncesi araştırmalara ait belgelerin ve ürün kalitesi ile ilgili daha kapsamlı bilgilerin incelenmesinden de etik kurullar sorumludur.

**SONUÇ:** Anket alışması niteliğindedir.

## ARAşTIRMANIN YAPISI ve İSTATİKSEL İRDELENMESİ

Araştırmanın:

- a) **AMAÇLARI ACISINDAN:** a) Tanıtsal (Descriptive): rnekte dağılım, frekans dağılımları, b) Analitik (Inferential analytic): ilişkilerin bulunması
- b) **YAPILIş AMAINA GÖRE:** a) Teorik, b) Uygulamalı
- c) **UYGULAMA BİÇİMLERİ:** a) Kaynak tarama (review), b) Geriye dönük veya ileriye yönelik (retrospective ve prospective), c) Kesitsel (cross sectional), d) izleme dayalı, uzamsal (follow up-longitudinal), e) olgu kontrol (case control), f) Grup izleme (cohort, randomize controlled trials), g) rastgele kontrollü, çift kör (randomize controlled double blind), h) ardışık (sequential), i) grup ardışık (group sequential Trials), j) Rastgele FAZ alışması, k) Meta analiz, l) Biyoloğik denemeler (bioassay)
- d) **ARASTIRMA DZENLERİ:** 1) Tek rnek düzeni (one sample design), 2) Bağımsız iki grup düzeni (independent randomized two group design), 3) Bağımlı, eşleştirilmiş iki rnek düzeni (paring design, change over, pre-post dependent two group design), 4) Bağımlı K grup düzeni (randomized K group design), 5) Bağımsız birimlerde tekrarlı denemeler düzeni (randomized block design), 6) Eksik blok düzeni (incomplete block design), 7) Latin kare düzeni (Latin square design), 8) Greko-Latin kare düzeni, 9) Faktriyel dzenler, 10) Youden kare düzeni, 11) Blnmş parseller/bloklar düzeni (split plot/block design), 12) Rastgele kontrollü düzenlemeler, grup izleme, kohort düzeni, 13) Olgu kontrol düzeni, 14) apraz tekrarlı düzenler (cross over design), 15) Paralel deneme düzenleri, 16) Ardışık deneme düzenleri (sequential design): açık, kapalı, çarpık ardışık düzenler.



- e) **DEĞİŞKENLERİN TANIMLANMASI:** Değişken tipleri: a) nitel-nicel, kesikli-sürekli, bağımlı-bağımsız, b) veriye göre: isimsel (nominal/kategorik), sıralı (ordinal/ardışık), aralıklı (interval), oransal (proportional/sürekli nicel), kantat (stimulusa verilen yanıt), skor (ölçme aracına göre), türetilmiş (katsayı, skorlar), frekans (sınıflandırılmış), dönüştürülmüş (transformed/log ve z skoru gibi), probit (cevap), lojüt (nitel nitelikte), benzerlik farklılık (nicel, nitel, ikili, karışık)
- f) **ARAŞTIRMALARIN GENEL YAPISI:** (A) 1) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmış ilaçlarla çalışma, 2) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmamış ilaçlarla çalışma, (B) **ÖZEL:** 1) Faz çalışması (I, II, III), 2) Yeni endikasyon çalışması, 3) Çalışılmamış yeni bir hasta grubunda çalışma, 4) Yüksek doz çalışması, 5) Biyoyararlanım /biyodeşdeğerlilik, 6) Farmakokinetik çalışma-belirtin, 7) Tam testi geliştirmeye yönelik çalışma, 8) profilaksiye yönelik çalışma, 9) Faz IV, 10) İlacın klinik etkinlik, 11) Diğer

**SONUÇ:** Toplumsal prevalans çalışmasıdır. 16 Sağlık Ocağından 3 tanesi seçilerek, 2 aşamalı tabakalandırma ile çalışma yapılacağı belirtilmektedir. Prevalans %14.7-25.4 olarak tanımlandığı için, örnekleminin 1754 olmasının gerektiği hesaplanmıştır.

## **ETİK İÇERİK**

**27089 Sayılı Resmi Gazetede ki Yönetmelik gereği bilgilendirme kapsamı:**

- (1) Sunulan bilginin yeterliliği ve bu bilginin araştırma sırasında ortaya çıkan etik sorulara yanıt verebilirliği
- (2) Araştırmanın hedeflerine ilişkin olarak protokolün ve veri toplama formlarının uygunluğu (uygulanabilir kurallar ve düzenlemelere göre değerlendirilerek), istatistiksel analiz ve bilimsel etkililik (yani en küçük muhtemel hasta/gönüllü maruziyeti ile sağlam sonuçlara varma potansiyeli) ve hasta/gönüllü ve/veya diğer kişiler için beklenen faydalar için öngörülebilir risklerin ve sıkıntuların kabul edilebilir olduğuna karar verilmesi
- (3) Araştırmacının niteliklerine ve deneyimine ilişkin olarak sunulan araştırma için uygunluğu
- (4) Destekleyici personel, mevcut olanaklar ve acil durum yöntemleri dahil olmak üzere araştırma merkezinin yeterliliği
- (5) Araştırmanın tıbbi izlemi ve idari denetiminin yeterliliği
- (6) Hasta/gönüllülere, gerekli olduğu takdirde akrabalarına ve/veya yasal temsilcilerine verilmesi gereken yazılı ve sözlü bilginin yeterliliği, eksiksizliği ve anlaşılabilirliği
- (7) Hasta/gönüllü kaydının nasıl yürütüldüğü, bilgilerin ne şekilde verildiği ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun hangi yolla alınacağı,
- (8) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun içeriği, anlatım biçimi, kişisel olur veremeyecek durumda olan hasta/gönüllü için düzenlenen olur formu,
- (9) Hasta gönüllülerin araştırma sırasında kendileri ile ilgili olan tüm bilgiler konusunda bilgilendirileceklerine ilişkin teminatlar,
- (10) Hasta gönüllülerin araştırmaya katılmasına bağlanabilecek yaralanma / sakatlanma / ölüm durumunda telafi / tedavi için sağlanan taahhütname ler,
- (11) Araştırmacının sorumluluğunun destekleyici tarafından üstlenilmesini sağlayan sigorta ve tazminat anlaşmaları,
- (12) Hasta/gönüllülere ait kişisel bilgilerin gizliliği ve korunmasını sağlamaya yönelik

(13) Varsa, hasta gönüllüleri için ödemeler (yemek, yolculuk, konaklama, otopark ücreti gibi)

**27518 Sayılı Resmî Gazetede ki Yönetmelik gereği bilgilendirme kapsamı:**

*KİME ve NE ZAMAN VERİLMESİ: Araştırmaya iştirak etmek üzere gönüllü olmak isteyen kişi veya yasal temsilcisi, araştırmaya başlanılmadan önce*

- (1) Araştırmanın amacı
- (2) Metodolojisi
- (3) Beklenen yararları
- (4) Öngörülebilir riskleri
- (5) Zorlukları
- (6) Kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri
- (7) Araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar
- (8) Hangi kişisel verilerin işleneceği
- (9) İşleme amaçları
- (10) Bu verilerin hangi süreyle saklanacağı
- (11) Kimlere açıklanacağı
- (12) İlgilinin hakları

... konusunda ayrıntılı bir biçimde anlayabileceği şekilde bilgilendirilir

**SONUÇ:** Anket formatına göre düzenlenmelidir.

Aydınlatma ve anket formlarının Hasta Hakları Yönetmeliği türünde olması gerekmektedir. Bu form Etik Kurulca sağlanmaktadır. Kısaca olması gerekenler:

Temelde bir aydınlatmada istenen hususlar şunlardır:

**ÇALIŞMACHILAR TARAFINDAN OLUŞTURULACAK METİN\*** (Yargıtay, yazılı olmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir Danıştay 10. Dairenin 2009/3991 Sayılı kararı bilgilendirmeyi üçüncü bir kişi tarafından, çalışmadan bağlantısız kişilerce yapılmasını öngörmektedir)

**1-Sağlık durumunu:**

**2-Kendisine uygulanacak tıbbi işlemler:**

**3-Faydaları ve muhtemel sakıncaları:**

**4-Alternatif tıbbi müdahale usulleri:**

**5-Hastalığın seyri ve neticeleri**

**6-Tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları:**

(\* Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmî Gazete, 01.08.1998, Sayı: 23420)

**MAKSAT-Hipotez:**

Araştırmanın yeni bir hipoteze dayanıp dayanmadığını;

(a) Araştırmadan beklenen bilimsel faydalar ve kamu menfaati, araştırmaya iştirak edecek gönüllü sağlığından veya sağlığı bakımından ortaya çıkabilecek muhtemel risklerden ve diğer kişilik haklarından daha üstün tutulamaz,

(b) Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna Etik Kurulca kanaat getirilmesi halinde, kişilik hakları gözetilerek gönüllü olurunu alınması kaydıyla Etik Kurulun ve Bakanlığın izni alındıktan sonra araştırma



- (c) Araştırma ancak bu şartların devamı halinde yürütülür.
- (d) (A) 1) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmış ilaçlarla çalışma, 2) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmamış ilaçlarla çalışma, (B) ÖZEL: 1) Faz çalışması (I, II, III), 2) Yeni endikasyon çalışması, 3) Çalışılmamış yeni bir hasta grubunda çalışma, 4) Yüksek doz çalışması, 5) Biyoyararlanım /biyoefdeğerlilik, 6) Farmakokinetik çalışma-belirtin, 7) Tanı testi geliştirmeye yönelik çalışma, 8) profilaksiye yönelik çalışma, 9) Faz IV, 10) İlacın klinik etkinlik, 11) Diğer

**SONUÇ:** Toplumsal prevalans çalışmasıdır. Anket uygulamaları yapılacaktır.

### **İDARİ YAPTIRIM**

Araştırma ile ilgili olarak verilen yazılı bilgileri, gönüllü olurlarının alınması amacıyla izlenen yöntem:

- a) Olur veremeyen kısıtlı kişiler ile çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalara ait gereğinin yeterliliği, araştırmaya katılacak gönüllülerin hakları, gönüllülerin güvenliliği ve esenliğinin korunması gerekir,
- b) Çocuklar, gebeler, loğusa ve emziren kadınlar ile kısıtlular üzerinde klinik araştırma yapılamaz. Ancak çocuklarda, hamilelik, loğusalık ve emzirme dönemlerinde ve kısıtlılık durumunda; gönüllüler yönünden araştırmadan doğrudan fayda sağlanacağı umuluyor ve araştırma gönüllü sağlığı açısından öngörülebilir ciddi bir risk taşıyor ise, gönüllü oluru ile birlikte Etik Kurulun ve Bakanlığın izni alınmak suretiyle araştırmaya izin verilebilir.
- c) 27518 Sayılı Resmî Gazete ile iletilenler: “araştırmadan beklenen bilimsel faydaları, kamu menfaati, araştırmaya iştirak edecek gönüllü sağlığından veya sağlığı bakımından ortaya çıkabilecek muhtemel risklerden ve diğer kişilik haklarından daha üstün tutulamaz. Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna ilgili Etik Kurulca kanaat getirilmesi halinde, kişilik hakları gözetilerek gönüllü oluru alınması kaydıyla ilgili Etik Kurulunun onayı ve 11. Maddenin birinci fıkrasının (a) bendi ile aynı maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen araştırmalar için Bakanlık izni alındıktan sonra araştırma araştırma başlatılabilir. Araştırma ancak bu şartların devamı halinde yürütülür”
- d) 27518 Sayılı Resmî Gazete ile iletilenler: “Araştırmaya iştirak etmek üzere gönüllü olmak isteyen kişi veya yasal temsilcisi, araştırmaya başlanılmadan önce, araştırmanın amacı, metodolojisi, beklenen yararları, öngörülebilir riskleri, zorlukları, kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri ve araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar, hangi kişisel verilerin işleneceği, işleme amaçları, bu verilerin hangi süreçle saklanacağı ve kimlere açıklanacağı, ilgilinin hakları konusunda ayrıntılı bir biçimde anlayabileceği şekilde bilgilendirilir”
- e) 27518 Sayılı Resmî Gazete ile iletilenler: Gönüllü gerekçeli veya gerekçesiz olarak, kendi rızasıyla, istediği zaman araştırmadan ayrılabilir, kendisiyle ilgili tutulan kişisel veriler hakkında bilgi talep edebilir, bu verilerin silinmesini veya düzeltilmesini talep edebilir ve bundan dolayı sonraki tıbbi takibi ve tedavisi sırasında mevcut haklardan herhangi bir kayba uğratılmaz”

- f) 27518 Sayılı Resmî Gazete ile iletilenler: Ciddi advers olayların tamamı araştırmacı tarafından destekleyiciye acil olarak, ayrıntılı rapor ise sekiz gün içerisinde ilgili Genel Müdürlüğe bildirilir. Acil raporda ve bunu izleyen diğer raporlarda çalışmaya iştirak eden gönüllüler için tek bir kod numarası kullanılır

**SONUÇ:** Kadın Hastalıkları Anabilim Dalının önemli katkıları olacağı öngörülmektedir. Algoloji Bilim Dalının görüşlerinin alınması uygundur.

Çocuk Hastaların veya bireylerin pediatri uzmanı tarafından sorumluluk yüklenmesi gerekebilir. Aile rızası ayrıca gereklidir.

### **ÖNERİ VE SONUÇ**

*Bilimsel ve etik yönden görüş vermek*

**SONUÇ:** Gelecek görüşler daha sonra iletilecektir.

### **ÇALIŞMANIN İZLENMESİ**

*Etik Kurul kendisine yapılan başvuruları, gerektiğinde araştırma safhasında ve yerinde izleyebilir.*

**SONUÇ:** Çalışmacıların öngörmesi ile izlem boyutu gündeme gelebileceği vurgulanmaktadır.

### **DİĞER KONULARDAKİ GÖRÜŞLER**

*Etik Kurul bu Yönetmeliğe ve ilgili diğer mevzuata aykırı davranıldığı, araştırmanın gereklerinin artık karşılanmadığı, araştırmanın güvenilirliğinin veya bilimsel geçerliliğinin yitirildiği şeklinde bir durumu tespit ettiğinde veya bu konuda bilgi sahibi olması halinde durumu araştırmacıya, destekleyiciye ve Bakanlığa bildirir.*

**SONUÇ:** Görüşler daha sonra iletilecektir.

### **KARAR**

*İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzunda (Madde: 6.12) "Araştırmayla ilgili etik değerlendirmelerin açıklanması" şeklinde yer almaktadır. Etik Kurul tarafından karara eklenen tüm tavsiyeler ve görüşler, Etik Kurul kararının olumlu olması durumunda, başvuru sahibinin sorumlulukları açık bir şekilde ifade edilmelidir. Buna göre:*

27089 Sayılı Resmî Gazetede ki Yönetmelik gereği karar oluşturma:

- a) Etik Kurulun araştırmanın yürütülmesi ile ilgili olarak koyduğu şartların kabul edildiğine dair onay.*
- b) Protokol üzerinde yapılacak değişikliklerin Etik Kurul kararını etkileyebileceği,*

- c) Ortaya çıkacak ciddi ya da beklenmeyen advers etki/etkilerden, önceden tahmin edilemeyen durumlardan, çalışmanın durdurulmasından, çalışmanın sonucundan, araştırmayla ilgili varılan tüm önemli kararlardan Etik Kurulun haberdar edilmesi gerektiği açıkça ifade edilmeli,
- d) Etik Kurul kararı olumsuz ise bunun gerekçesiyle birlikte açık bir şekilde ifade edilmesi,
- e) Onay yazıları, yürütülecek araştırma sürecinde; ilgili mevzuat doğrultusunda Etik Kurulun sorumlu araştırmacıdan ve destekleyiciden beklentilerini içermelidir.

27518 Sayılı Resmi Gazetede Yönetmelik gereği görüş oluşturma esasları:

- (1) Araştırmadan beklenen yarar ve risklerin analizi
- (2) Araştırmanın yeni bir hipoteze dayanıp dayanmadığını
- (3) Araştırma broşürünün usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediğini
- (4) Araştırma ile ilgili olarak verilen yazılı bilgileri, gönüllü olurlarının alınması amacıyla izlenen yöntemi, olur veremeyen kısıtlı kişiler ve çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalara ait gerekçenin yeterliliğini
- (5) Araştırmalarda ortaya çıkması muhtemel kalıcı sağlık problemleri de dahil olmak üzere yaralanma veya ölüm hallerinde, araştırmacı veya destekleyicinin sorumluluğunu ve gönüllüler için yapılan sigorta sertifikası veya poliçesinin kapsamı (Faz IV ilaç araştırmaları sigorta kapsamı dışındadır)
- (6) Araştırmacı ve gönüllü için uygun bulunan telafi düzenlemelerine dair destekleyici ile araştırmanın yapılacağı yer arasında akdedilmiş herhangi bir anlaşma mevcut ise anlaşmanın etik olup olmadığını
- (7) Araştırma yapılacak yerlerin 15. Maddede belirtilen standartlara uygun olup olmadığına,
- (8) Ticari olmayan İlaç Klinik Araştırmalarını ilgili Kılavuz doğrultusunda değerlendirir

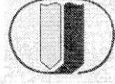
**SONUÇ:** Çalışma olumludur.

Kadın Hastalıkları Anabilim Dalının önemli katkıları olacağı öngörülmektedir. Algoloji Bilim Dalının görüşlerinin alınması uygundur.

Çocuk Hastaların veya bireylerin pediatri uzmanı tarafından sorumluluk yüklenmesi gerekebilir. Aile rızası ayrıca gereklidir.

Gelecek görüşler daha sonra iletilecektir.

Anket Formunun H bölümündeki 01-10 arasındaki ağrı seviyelerinin kriterlerinin tanımlanması daha uygundur.



# Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

## ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Klinisyen Doktor (Başkan  
Yardımcısı)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor

Genel Cerrahi Anabilim Dalı

E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı

Biyokimya Anabilim Dalı

E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBATALIK

Klinisyen Doktor

Nöroloji Anabilim Dalı

E-Mail: demetg @ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY

Patoloji Uzmanı

Patoloji Anabilim Dalı

E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raporör)

Farmakoloji Anabilim Dalı

E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı

Deontoloji Anabilim Dalı

E-Mail: elcioglu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER

Eczacı

Eğitim, Uygulama ve Araştırma

Hastanesi

E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2010/ 232

Konu:

07 EYLUL 2010

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN  
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

Tarafınızdan yürütülmekte olan “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşa kalitesine etkisi” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690

Faks: +222. 239 37 72

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

13 AĞUSTOS 2010 11) KONU BAŞLIK	(PR-10-06-25-01): <i>“Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi”</i>
13 AĞUSTOS 2010 GÖRÜŞ: 11	Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 11.08.2010 tarih ve 584 sayılı görüşü  “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi” başlıklı proje Doç.Dr.H.Mete TANIR tarafından incelenmiş olup, görüşü olumludur.
13 AĞUSTOS 2010 KARAR: 11	<b>KARAR:</b> Gelen görüşün iletilmesi uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT  
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR  
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK  
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY  
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU  
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER  
Eczacı

Ashın Aynıdır  
Prof.Dr.M.Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

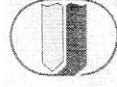
Sayı: Kad.Doğ.Başk. 584  
Konu:

113

ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA;

"Sakarya İlinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrı risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi" başlıklı proje Doç.Dr.H tarafından incelenmiş olup, görüşü olumludur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.



# Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

**ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)**

**Prof. Dr. M. Arif AKŞİT**

**Klinisyen Doktor (Başkan  
Yardımcısı)**

*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı*

*Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı*

**Tel:** +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

**Tel & Faks:** +90. 222. 229 00 64

**E-Mail:** aaksit@ogu.edu.tr

**E-Mail:** maaksit@hotmail.com

**Prof. Dr. Bekir YAŞAR**

**Klinisyen Doktor**

*Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

**E-Mail:** byasar@ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Ömer ÇOLAK**

**Biyokimya Uzmanı**

*Biyokimya Anabilim Dalı*

**E-Mail:** ocolak@ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK**

**Klinisyen Doktor**

*Nöroloji Anabilim Dalı*

**E-Mail:** demetg @ogu.edu.tr

**Prof. Dr. Serap IŞIKSOY**

**Patoloji Uzmanı**

*Patoloji Anabilim Dalı*

**E-Mail:** bdesi@superonline.com

**Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ**

**Farmakoloji Uzmanı (Raporör)**

*Farmakoloji Anabilim Dalı*

**E-Mail:** fskilic@ogu.edu.tr

**Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU**

**Deontoloji Uzmanı**

*Deontoloji Anabilim Dalı*

**E-Mail:** elcioğlu@ogu.edu.tr

**Ecz. Ömer ALTUĞER**

**Eczacı**

*Eğitim, Uygulama ve Araştırma*

*Hastanesi*

**E-Mail:** eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2010/ 255

Konu:

05 EKİM 2010

**Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN**  
**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu**  
**Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**

Tarafınızdan yürütülmekte olan “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Prof. Dr. M. Arif AKŞİT**

Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

**Tel:** +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690

**Faks:** +222. 239 37 72

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

23 EYLÜL 2010 23) KONU BAŞLIK	(PR-10-06-25-01): “Sakarya ilinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda kronik pelvik ağrının prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi”
23 EYLÜL 2010 GÖRÜŞ: 23	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nın 27.08.2010 tarih ve 394 sayılı görüşü İlgi: 10/08/2010 tarih ve 2010/141 sayılı yazınız İlgili yazınız gereği dökümler incelenmiş ve olumlu olarak değerlendirilmiştir. Durum bilgilerinize arz olunur.
23 EYLÜL 2010 KARAR: 23	<b>KARAR:</b> Gelen görüşün iletilmesi uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT  
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR  
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK  
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY  
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU  
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER  
Eczacı



Aslımın Aynıdır  
**Prof.Dr.M.Arif AKŞİT**  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı





T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Sayı :B.30.2.OGÜ.00H1.00.00- 394  
Konu:

27/08/2010

ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA

İLGİ:10/08/2010 tarih ve 2010/141 sayılı yazınız

İlgili yazınız gereği dökümler incelenmiş ve olumlu olarak değerlendirilmiştir. Durum bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr.Sacit GÜLEÇ  
Algoloji Bilim Dalı Başkanı

EK 7:

26 Mayıs 2010

T.C.  
SAKARYA VİLAYETİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4540009-773.02 188 / 15315

KONU : Anket Çalışması

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

ESKİŞEHİR

İlgi: 17/05/2010 tarih ve 232 sayılı yazımız.

İlgi yazınıza istinaden Kevser ÖZDEMİR'in "Sakarya İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevelansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı tez çalışması kapsamında anket uygulayabilmesi konusunda alınan Makam Onayı ektedir. Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Hasan BEKTAS  
Vali a.  
Sağlık Müdürü

Ek: 1 Adet Makam Onayı

*İlgili Öpeneğe bir fotokopisi ve diğer tebliğ edilmiştir*

Tebliğ oldum.  
*[Signature]*

GELEN EVRAK	
Geliş Tarihi:	31.05.2010
Geliş No :	371
№ :	1

Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü - Eğitim Şubesi  
Telefon: (0264) 251 35 50 İç Hat: 1503-1504 -1512

Resmi Daireler Yerleşkesi,  
Fax: (0264) 251 35 64

Camili Mahallesi

Adapazarı / SAKARYA  
www.sakaryasm.gov.tr

SAYI : B104ISM4540009.020/

- 15301

KONU: Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA  
SAKARYA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Kevser ÖZDEMİR'in "Sakarya İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevelansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere, ekte örneği bulunan anket formunun, Camili ASM, Fatma Hanım ASM ve Dr. Evrim TÜMBEK ASM bölgesinde 15-49 yaş kadınlara uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Hasan BEKTAŞ  
Sağlık Müdürü

OLUR

..../05/2010

Kenan ÖRFEN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

- Ek: 1- Kurum Yazısı (1 sayfa)  
2- Ölçekler (5 Sayfa)  
3- Anket Çalışma Örneği (9 Sayfa)

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Kevser Özdemir  
Doğum tarihi ve yeri : 06.12.1985/ Giresun  
Uyruğu : T.C  
Medeni durumu : Bekar  
İletişim adresleri : kevserozdemir@sakarya.edu.tr

### Eğitim Durumu

1991-1996 Giresun Cumhuriyet İlköğretim Okulu  
1996- 1999 Giresun Mehmet Akif Ortaokulu  
1999-2003 Giresun Yabancı Diller Ağırlıklı Lisesi  
2004- 2008 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu  
2009- 2012 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı  
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

### Mesleki Deneyim

Temmuz- Aralık 2011: Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi  
Kadın Cerrahi ve Lohusa Servisi  
2011- Halen: Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü  
Araştırma Görevlisi

## **Yayınlar**

### **A. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

**A1.** Erbil N, Alişarlı A, Terzi H.Ç, **Özdemir K**, Kuş Y. 2012, Vaginal douching practices among Turkish married women. Gynecologic and Obstetric Investigation, 73:152-157.

### **B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler**

**B1.** Çınar N, Köse D, Akduran F, **Özdemir K**, Altınkaynak S. ‘Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları’. Uluslararası Yükseköğretim Kongresi: Yeni Yönelişler ve Sorunlar, (Video Sunum), 27-29 Mayıs 2011, İstanbul.

**B2.** Şahin S, **Özdemir K**, Sevimli D, Cevrioğlu A.S, Aygin D.: The Preferences And Views Of Women About Birth: A Sample Of Sakarya. 15 th International Nursing Research Conference, Madrid, 15- 18 November 2011, Abstract Volume.

**B3.** Şahin S, **Özdemir K**, Nemut T, Aygin D.: The Female Students Of Sakarya University And Their Genital Hygiene Behaviour. 15 th International Nursing Research Conference, Madrid, 15- 18 November 2011, Abstract Volume.

**B4.** **Özdemir K**, Şahin S, Doğu Ö, Sert H.: Kadınların Pap-Smear Konusundaki Bilgileri ve Yaptırma Durumları, I.Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu.

**B5.** Şahin S, **Özdemir K**, Sevimli D, Cevrioğlu A.S.: Sakarya’da Sağlık Çalışanlarının Doğum Tercihleri ve Doğuma İlişkin Görüşleri, I.Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu

### **Dinleyici Olarak Katıldığı Uluslararası / Ulusal Bilimsel Kongreler**

2. Ulusal 1. Uluslararası Ebelik Kongresi. 13-16 Ekim, Safranbolu, KARABÜK

1. Kadın Araştırmaları Sempozyumu. 6- 8 Mart 2012, Eskişehir