

# Jinekolojik Ağrı: Tanı ve Tedavide Güncel Yaklaşımlar, Kanıt Temelli Uygulamalar

## *Gynecologic Pain: Diagnosis and Treatment of Current Approaches, Evidence-Based Applications*

Halime Esra KAL\*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ\*\*

İletişim/Correspondence: Halime Esra KAL Adres/Address: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Cad., Şişli/İSTANBUL Tel: 0212 440 00 00 (27140) Faks: 0212 224 49 50 E mail:esrakal87@hotmail.com

### ÖZ

Jinekolojik ağrı, üreme çağındaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte her yaş grubunda da görülebilen yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Ağrı nedeni ne olursa olsun kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ağrı klinisyenler tarafından yönetimi zor bir durum olup, tanı ve tedavi sürecine kadar kadınların bir çoğu bu durumdan dolayı acı çekmektedir. Jinekolojik ağrının patofizyolojisi iyi anlaşılammış olmasından dolayı uygulanan tedaviler yetersiz kalmakta ve genellikle semptomları rahatlatmaya yönelik olmaktadır. Jinekolojik ağrıda kanıtlanmış etkili müdahaleler sınırlıdır. Bundan dolayı ağrı olgusunun ele alınması ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşımını gerektirir ve bu ekibin vazgeçilmez üyesi ise hemşirelerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Jinekolojik ağrı, tanı ve tedavi, hemşirelik.

### ABSTRACT

Gynaecological pain, occurs more frequently in women of reproductive age in each age group with a common and important health problem which can be seen. Whatever the cause of the pain adversely affecting the quality of life of women. This is a difficult situation in pain management by clinicians, as the process of diagnosis and treatment of a majority of women suffer because of this situation. Well understood due to pathophysiology of gynecological pain symptoms relaxing treatments are insufficient and often. Proven effective interventions is limited to gynecological pain. Therefore, addressing the phenomenon of pain and its treatment requires a multidisciplinary approach, and this team is an indispensable member of the nurses.

**Key Words:** Gynaecological pain, diagnosis and treatment, nursing.

### GİRİŞ

Ağrı hoş olmayan bir deneyim olmakla birlikte, kadınların kanama ve enfeksiyonla birlikte en sık yaşadıkları yakınmalardan birisi olup, jinekoloji polikliniğine başvuru sebepleri arasında öncelikli semptomlar arasında yer almaktadır (Atasü ve Şahmay 2001; Taşkın 2009).

Jinekolojik ağrılar somatik bir duruma (iyi ya da kötü huylu bir tümör gibi) bağlı oluşabildiği gibi öfke, suçluluk, anksiyete gibi emosyonel bir durumun yansıması olarakta meydana gelebilmektedir (Taşkın 2009). Jinekolojik ağrının etiyojisi net olmadığı için tanıma ve tedavi sürecinde maliyet artmaktadır (Hoffman 2008; Sharp 2008). Sonuç olarak jinekolojik ağrı maliyetli ve karmaşık bir süreci beraberinde getirdiği için

\*Arş. Gör. Bil. Uzm. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, \*\*Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 23.03.2012

Yazının basım için kabul tarihi: 05.08.2013

ağrının değerlendirilmesinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli, uygulanan bakım ve tedavilerle kadınların yaşam kalitesi yükseltilmelidir (Stones, Cheong, Howard ve Singh 2005).

Bu derlemenin amacı, jinekolojik ağrının tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımları ve kanıt temelli uygulamaları literatür doğrultusunda incelemektir.

### **Jinekolojide Ağrı**

Uluslararası Ağrı Araştırma Birliği (IASP, International Association for Study of Pain) Taksonomi Komitesi ağrıyı; “Vücudun her hangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile ilişkili, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, duyuşsal, afektif, hoş olmayan bir deneyim” olarak tanımlamaktadır (IASP 2011). Ağrı da kendi içinde akut, kronik ve kanser ağrısı olmak üzere üç gruba ayrılabilir. Pelvik ağrıda ise bu üç tip ağrı da görülebilmektedir (IASP 2011; Taşkın 2009).

### **Pelvik Ağrı**

Pelvik ağrı kadınların genellikle deneyimledikleri bir semptomdur (Vincent 2011). Bu ağrı klinisyenler tarafından yönetimi zor bir durum olup, tanı ve tedavi sürecine kadar kadınların bir çoğu bu durumdan dolayı acı çekmektedir (Grace 1995). Pelvik ağrı kendi içinde akut ve kronik pelvik ağrı olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

### **Akut Pelvik Ağrı**

Akut pelvik ağrı; alt abdominal ve pelvik alanda görülen, yedi günden az süren ağrı olarak tanımlanmaktadır (Hoffman 2008). Başka bir kaynaktan ise akut pelvik ağrı, üç aydan daha az süren pelvik ya da alt abdominal bölgede görülen ağrı olarak tanımlanmaktadır. Akut pelvik ağrıda öykü ve fizik muayene bulguları genellikle nonspesifik olduğu için klinisyenlerin tanı koymada zorluk yaşadıkları bildirilmiştir (Kruszka ve Kruszka 2010). Akut pelvik ağrı çeşitli hastalıklarda bir sonuç olarak ortaya çıkmakta ve bu durum da ağrıya yol açan klinik durumları ayırt etmeyi zorlaştırmaktadır (Vandermeer ve Wong-You-Cheong 2009).

### **Akut Pelvik Ağrıda Etiyoloji**

Akut pelvik ağrıda etiyolojik faktörler; peritoneal iritasyon, torsiyon, tümoral hemorasi ve enfeksiyon (Atasü ve Şahmay 2001), gebelik ve postpartum dönemle ilgili nedenler (korpus luteum hematomu, endometritis, overyal ven trombozu, ablasyo plasenta), adölesan dönemle ilgili nedenler (imperfore himen, transvers vajinal septum) (Kruszka ve Kruszka 2010), diğer nedenler (akut pelvik inflamatuvar hastalık, akut apandisit, divertikülit, gastroenterit, ileus, üriner sistem enfeksiyonları ya da taşları gibi hızlı başlayıp gelişen durumlar) olarak sıralanabilmektedir (Atasü ve Şahmay 2001).

### **Kronik Pelvik Ağrı (KPA)**

Çoğu araştırmacı KPA'yı dismenore, disparoni, intermenstrüel ağrı dışındaki, alt abdomen, pelvis veya lumbosakral sırt ve gluteusa lokalize, çeşitli derecelerde fonksiyonel yetersizliğe yol açan, siklik veya siklisle ilgisiz, en az 6 ay süreyle devam eden sürekli ya da aralıklarla ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanmaktadır (ACOG 2004; Atasü ve Şahmay 2001; Howard 2003a). Kronik pelvik ağrı sık rastlanılan bir durum olmasına karşın bu patolojinin kesin olarak prevalansı bilinmemektedir. İngiltere'de yapılan toplum temelli bir araştırma sonucuna göre üreme çağındaki kadınlarda KPA prevalansının %24 ve KPA sorunu yaşayan kadınların %31'inde de bu sorunun anksiyeteyeyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Zondervan ve ark. 2001).

### **Kronik Pelvik Ağrıda Etiyoloji**

KPA'da etiyoloji multifaktöriyel (jinekolojik, ürolojik, psikosomatik, kas-iskelet sistemi ve gastrointestinal sistem hastalıkları) olduğundan dolayı, etiyolojiyi açıklamak zorlaşmaktadır (Kuligowska, Deeds ve Lu 2005). KPA'da etiyolojik faktörler jinekolojik (endometriozis, adhezyonlar, PID, overyan kalıntı sendromu, rezidüel over sendromu, uterus kaynaklı ağrı, adenomyozis, pelvik konjesyon sendromu gibi) ve jinekolojik olmayan nedenler (irritabl bağırsak sendromu, ağrılı mesane sendromu, myofasyal ağrı sendromu, psikososyal faktörler gibi) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.

## **Akut ve Kronik Pelvik Ağrıda Tanı Yöntemleri**

Akut ve kronik pelvik ağrıda tanı yöntemleri olarak; başta öykü olmak üzere, fizik muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve laparoskopi yer almaktadır.

### **Öykü ve Fizik Muayene**

Öykü almak ağrının değerlendirilmesinde son derece önemli bir unsurdur. Öykü alırken geliştirilmiş yöntemler arasından COLDERR (character/ağrının karakteri, onset/ağrının başlangıcı, location/ağrının yeri, duration/ağrının süresi, exacerbation/ağrının şiddetlenmesi, relief/ağrının hafiflemesi, radiation/ağrının yayılımı) kısaltması sık olarak kullanılmaktadır (Sharp 2008).

Fizik muayenede yüksek ateş, hipotansiyon ve taşikardi batın içi patoloji riskinin attığını işaret eden bulgularlardır. (Hoffman 2008). Batın muayenesinde, sertlik ve hassasiyet periton irritasyonunu gösterir (Hoffman 2008; Taşkın 2009). Pelvik muayenede adenekslerde bilateral dolgunluk, hareketle servikste hassasiyet, pürülan vajinal akıntı PID'yi işaret edebilir, uterin hassasiyet endometriozisle ilişkili olabilir (Rockey 2005; Taşkın 2009). Vajinal kanama, benign ve malign ürogenital tümörler, akut vajinal travmalardan kaynaklanabilmektedir (Rockey 2005).

### **Laboratuvar Testleri**

Laboratuvar testleri hastanın durumuna göre düzenlenmelidir. Enfeksiyon gibi akut patolojileri saptamak için tam kan sayımı (özellikle lökosit, eritrosit) ve tam idrar tetkiki yapılır (Atasü ve Şahmay 2001; Taşkın 2009).

### **Radyolojik Görüntüleme**

Tanılamada en çok kullanılan görüntüleme yöntemleri, transvaginal ve transabdominal ultrasonografidir. USG ile uterus, overler, tuba uterinalardaki birçok patoloji tanımlanabilmektedir. Görüntüleme yöntemleri endikasyon durumuna göre değişebilmektedir. Gastrointestinal tetkiklerde intravenöz pyelografi ve kolo-

noskopi, üriner sistemle ilgili sorunlarda sistoskopi, pelvik konjesyon sendromunda pelvik venografi kullanılabilir. Pelvik kitlelerin daha ayrıntılı tanımlanmasında ise BT ve MR kullanılmaktadır (Cody ve Ascher 2000; Gelbaya ve El-Halwagy 2001).

### **Laparoskopi**

Laparoskopi akut ve kronik pelvik ağrının hem tanısında hem de tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir. Laparoskopilerin % 40'ı KPA nedeniyle yapılmakta ve hastaların % 40'ında herhangi bir patoloji görülmemektedir (Howard 2003a). Tanısal laparoskopi uygulamasında hasta uyanırken yapılan yeni bir yaklaşım "Bilinçli Laparoskopik Ağrı Haritası" (Conscious Laparoscopic Pain Mapping) dır. Laparoskopide ulaşılan her noktada kişinin ağrı duyup duymadığı ve varsa şiddeti sorulur. Böylece daha gerçekçi bir lokalizasyon saptanmaktadır. Ancak visseralde ağrının yansımaları nedeni ile karışıklıklara yol açabilmektedir. (Cheong ve Stone 2005; Swanton, Iyer ve Reginald 2006). Laparoskopi operatif amaçlı olarak genellikle apandisit, ektopik gebeliğin rüptürle sonuçlanması ya da over kist rüptürü gibi akut durumlarda uygulanmaktadır (Sauerland ve ark. 2006).

### **Kronik Pelvik Ağrıda Tedavi**

KPA'nın pataofizyolojisi iyi anlaşılamamıştır. Bundan dolayı uygulanan tedaviler yetersiz kalmakta ve genellikle semptomları rahatlatmaya yönelik olmaktadır (Stones ve ark. 2005). Kanıtı dayalı araştırma sonuçlarından yola çıkılarak KPA tedavisinde ana yaklaşımın, danışmanlık ya da psikoterapi olması gerektiği savunulmaktadır (Stones ve ark. 2005). KPA'da tedavi tıbbi, cerrahi ve psikoteknik olmak üzere üç yöntemle yapılmaktadır.

### **Tıbbi Tedavi**

Tıbbi tedavide, NSAİ'lar, analjezik yardımcı ilaçlar (antidepresanlar, iyon kanal blokörleri gibi) ve narkotik analjezikler kullanılmaktadır (Sharp 2008). KPA'da; NSAİ'lar, düşük doz trisiklik antidepresanlar, antikonvülsanlar ve narkotik analjeziklerin kullanımı-

nın etkinliğini inceleyen randomize kontrollü çalışmalar olmamasına karşın, bu ilaçlar KPA tedavisinde sıklıkla kullanılmakta ve genellikle de başarı sağlanmaktadır (İstek 2009). Analjezik yardımcı ilaçların pelvik ağrıda kullanımına yönelik randomize kontrollü çalışmalar yoktur. Ancak bu gruptaki ilaçların, herpetik nöralji gibi patolojilerde görülen nöropatik ağrı üzerindeki etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların verileri doğrultusunda, KPA tedavisinde kullanılabilirliği öngörülmektedir. Narkotik analjezikler genellikle akut ağrılarda tercih edilmesine karşın kronik ağrısı olan hastalarda da kullanılabilir. Fakat narkotik analjezikler, konservatif yöntemlerin denenip başarısız olduğu durumlarda tercih edilmelidir. (Sharp 2008).

### **Cerrahi Tedavi**

KPA tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler olarak histerektomi, laparoskopik uterin sinir ablasyonu ve presakral nörektomi sıralanabilmektedir.

### **Histerektomi**

ABD’de yaklaşık olarak yapılan histerektomilerin %12’sinde neden KPA olarak görülmüştür (Howard 2003b). KPA’ya bağlı histerektomi endikasyonları; altı aydan uzun süredir KPA yaşama, tıbbi ve fizyolojik risklerin ileri düzeyde olduğu durumlar, tedavi edilebilir nitelikte patoloji olmaması olarak sıralanabilmektedir (Elcombe, Gath ve Day 1997). KPA’da histerektomi uygulamasının gerekliliğinin belirtildiği randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca sınırlı sayıda araştırmada histerektomi yapılmasına rağmen hastaların ¼’ünde ağrının devam ettiği görülmüştür (Elcombe ve ark. 1997; Hills, Marchbanks ve Peterson 1995). Prospektif kohort bir çalışmada, ağrının %74 oranında azaldığı saptanmıştır (Hills ve ark. 1995).

### **LUNA (Laparoskopik Uterin Sinir Ablasyonu)**

LUNA, uterosakral ligamentlerin rezeksiyonu veya ablasyonu işlemidir ve S<sub>2</sub>-S<sub>3</sub>-S<sub>4</sub>’ten gelen parasempatik liflerin blokajını sağlayarak ağrıyı azaltır. Ağır ve

ileri düzeydeki dismenore ve endometriozislerde kullanılan bir yöntemdir (Cheong ve Stone 2006). LUNA uygulanan KPA’lı hastaların % 81’nin ağrısında azalma saptanmış (Lichten ve Bombard 1987). Bu araştırma bulgusundan farklı olarak yapılan güncel bir araştırmada LUNA’nın pelvik ağrıyı azaltmasında deney ve kontrol grupları arasında fark saptanmamış (El-Din Shawki 2011).

### **Presakral Nörektomi**

Presakral nörektomi, süperior hipogastrik pleksusun sakrum seviyesinde kesilmesi olarak tanımlanır. Presakral nörektomi, endometriozis ve ağır primer dismenore vakalarında önerilmektedir. Bu konu ile ilgili yapılmış randomize çalışma sonuçlarına göre; presakral nörektomi yapılan vakaların ağrı düzeylerinde büyük oranda azalma meydana geldiği belirtilmektedir (Candiani, Fedele, Vercellini, Bianchi ve Di Nola 1992; Chen, Chang, Chu, ve Soong 1996; Tjaden, Schlaff, Kimball ve Rock 1992).

### **Psikoteknik Tedavi**

KPA’da çoğu kez psikolojik nedenler (depresyon, anksiyete ve panik atak gibi) daha belirgin olarak kendini gösterebilmektedir. Bu gibi durumlarda medikal tedavi olarak serotonin geri alım inhibitör ilaçlar, trisiklik antidepresanlar ve psikoterapi uygulanmaktadır (Sharp 2008). Ayrıca ağrı ataklarının azaltılmasında biofeedback, hipnoz veya meditasyon gibi yöntemler yararlı olabilmektedir (Pirbudak Çöçelli, Bacaksız ve Ovayolu 2008).

### **Eletriksel Stimülasyon**

KPA’nın tedavisinde elektriksel stimülasyon olarak TENS (Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu), sakral nöromodülasyon ve PTSS (Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu) uygulanmaktadır. TENS’in intersitisel sistitli hastalarda suprapubik, vaginal-anal ve tibial sinir bölgelerine uygulanmasının ağrı düzeyini iyileştirdiği belirtilmektedir (Fall ve ark. 2008). Sakral nöromodülasyon işlemi genel anestezi altında perikütan iğnelerin sakral foramene yerleştirilmesi şeklin-

de yapılmaktadır. Bu işlemin komplikasyonu PTSS'ye göre çok fazladır, hatta işlem sonrası komplikasyonlara bağlı hastaların %30 kadarında ameliyat tekrarı gerektirmektedir (Cooperberg ve Stoller 2005). Sakral nöromodülasyonun, inatçı urge inkontinanslı, üriner retansiyonlu ve KPA'lı hastalarda iyileşme sağladığı saptanmıştır. Ayrıca, nöropatik ağrı ve kompleks bölgesel ağrı sendromunun tedavisinde de etkili sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir (Fall ve ark. 2008). Perkütan tibial sinir uyarısı (PTSS) daha çok üriner şikayetlerin azaltılmasında kullanılmıştır (Cooperberg ve Stoller 2005). KPA'da PTSS kullanımına ilişkin iki araştırma bulgusunda, KPA tanısı almış kadınlarda PTSS sonrası ağrı şiddetinin ileri derecede azaldığı ve yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır (Gökyıldız Bayrak 2008; İstek 2009).

### ***İnjesiyon Tedavileri***

KPA'da tetik noktaya injeksiyon tedavilerinin etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Myofasiyal ağrı sendromunda etkili olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada, abdominal ve pelvik ağrısı olan hastalara yapılan tetik nokta injeksiyon tedavisinin etkili olduğu bulgulanmıştır (Slocumb 1984).

### ***Sinir Blokları***

Vagina duvar, sakrum ve abdominal duvarda çoklu hassas noktalar bulunmaktadır. Bu hassas noktalara yapılan sinir blokları ile ağrı başlangıçta nosiseptif liflerin bloke edilmesi nedeniyle azalmaktadır (İstek 2009). Bu hassas noktalara yapılan sinir bloklarının, injeksiyon tedavisine göre daha fazla yararı olduğu gösterilmiştir (Slocumb 1984). Ancak bu yöntemin KPA'da kullanımına ilişkin daha birçok randomize kontrollü araştırmanın yapılması gerekmektedir.

### ***Alternatif Tedaviler***

Randomize kontrollü bir çalışmada akupunktur tedavisi gören dismenoreli kadınların %90'ında iyileşme olduğu saptanmıştır (Helms 1987). Sonuç olarak KPA'nın tedavisinde alternatif tedavi yöntemlerin gü-

venle kullanılabilmesi için birçok randomize kontrollü araştırmaya gereksinim vardır.

### **Jinekoloji Ağrıda Hemşirelik Yaklaşımı**

Ağrı nedeni ne olursa olsun kadınların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur. Ağrı olgusunun ele alınması ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşımını gerektirir ve bu ekibin vazgeçilmez üyesi ise hemşirelerdir (Gökyıldız ve Kızılkaya Beji 2012). Prospektif randomize kontrollü bir araştırma sonucuna göre, jinekolojik tedavide multidisipliner yaklaşımların tedavi etkinliğini arttırdığı görülmüştür (Reiter, Gambone ve Johnson 1991). Bundan dolayı ağrı, hemşirelik tanısı olarak ele alınıp, uygun planlamalar ve girişimler yapıldıktan sonra değerlendirilmesi gereken bir parametredir (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008).

Hemşirenin jinekolojik ağrıyı yönelik hemşirelik bakımını planlarken ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez alması gerekmektedir. Çünkü çoğu kez kadınlar ağrı ile ilgili özellikleri doğru olarak tanımlayamadıkları için pelvik ağrıda doğru anamnez almak oldukça zorlaşmaktadır. Ağrı ile ilgili anamnez alırken ağrının yeri, başlangıcı, niteliği, yoğunluğu, ağrıyı artıran ve azaltan özellikler, nedenleri dikkatlice sorgulanmalıdır (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008; Taşkın 2009). Hemşirelerin ağrı şiddetini değerlendirirken ağrı skalalarını kullanmaları hastanın ağrısı hakkında fikir elde etmelerini ve bakımı daha doğru olarak planlamalarına yardımcı olur. Hemşireler jinekolojik ağrı şikayeti ile kliniğe başvuran hastaları derin ve yavaş solunum gibi anksiyeteyi azaltmaya ve gevşemeye yardımcı tekniklerle muayeneye hazırlaması büyük önem taşımaktadır. Çünkü hasta ne kadar sakin olursa değerlendirme o kadar doğru yapılabilecektir (Taşkın 2009).

Jinekolojik ağrısı olan kadının hemşirelik bakımını planlarken, hasta bir bütün olarak ele alınmalıdır. Jinekolojik ağrıya yönelik bir bakım planında şunlar yer almalıdır:

- Ağrının bütün özellikleri değerlendirilmeli,

- Ağrıya neden olan faktörler belirlenmeli, gerekli önlemler alınmalı (dren ve bandaj kontrolü gibi),
- Ağrıyı azaltmaya yönelik girişimler planlanmalı (solunum egzersizleri, sıcak uygulamalar, pozisyon değişikliği, distansiyonun önlenmesi, dikkati başka yöne çekme gibi),
- Gerekli durumlarda istenilen analjezikler uygulanmalı ve olası yan etkiler gözlenmeli, gerekli önlemler alınmalı (vital bulguların takibi gibi) (Coşkun ve ark. 2008),
- Kadının korkuları tanımlanmalı ve buna yönelik girişimler planlanmalı,
- Yapılacak işlemler konusunda kadın ve ailesi bilgilendirilmeli ve kadının aydınlatılmış onamı alınmalı,
- Kadının daha önceki ağrı deneyimleri ve ağrıyı azaltmaya yönelik yaptığı uygulamalar sorgulanmalı,
- Kadının ve ailesinin bakım sürecine etkin katılımı sağlanmalıdır (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008).

Hemşire, planladığı girişimleri uygulamalı ve değerlendirme ile hemşirelik sürecini sonlandırmalıdır. Hemşire değerlendirme sürecinde, bakım ve tedaviden önceki verilerle sonraki verileri karşılaştırmalı, olumlu ve olumsuz sonuçları belirtmelidir. Olumsuz hasta sonuçları tekrar gözden geçirilip uygun planlama ve girişimlerle tekrar değerlendirilmelidir (Pirbudak Çöçelli ve ark. 2008).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak jinekolojik ağrının çoklu etiyojisi ve karmaşık patofizyolojisi olduğu için tanılama ve tedavi sürecinde maliyet artmaktadır. Tanılama ve tedavi sürecindeki gecikmelere bağlı olarak ağrı nedeniyle kadınların yaşam kalitesi olumsuz anlamda etkilenmektedir. Bu karmaşık süreçle başa çıkabilmek ancak multidisipliner bir yaklaşımla mümkün olabilir. Multidisipliner bir yaklaşımda hemşireler değerlendirme, tanı ve tedavi alanlarında rollerini yerine getirmektedir. Unutulmamalıdır ki uygun bakım kadınların yaşam kalitesi yükseltilmesinde tedavi ile birlikte majör komponenti oluşturmaktadır.

## **KAYNAKLAR**

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2004). Chronic pelvic pain obstetrics & gynecology. Practice Bulletin, 103(3): 589-605.

Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekolojide semptomlar. Atasü, T., Şahmay S. (Ed.). Jinekoloji. 2. basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 103-104.

Candiani, G. B., Fedele, L., Vercellini, P., Bianchi, S., Di Nola G. (1992). Presacral neurotomy for the treatment of pelvic pain associated with endometriosis: A controlled study. Am J Obstet Gynecol., 167: 100-103.

Chen, F. P., Chang, S. D., Chu, K. K., Soong, Y. K. (1996). Comparison of laparoscopic presacral neurectomy and laparoscopic uterine nerve ablation for primary dysmenorrhea. J Reprod Med., 41: 463-466.

Cheong, Y., Stones, R.W. (2006). Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy. Best Practice&Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 20: 695-711.

Cheong, Y., Stones, W. (2005). Investigations for chronic pelvic pain. Reviews in Gynaecological Practice, 5: 227-236.

Cody, R. F., Ascher, S. M. (2000). Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14(3): 433-466.

Cooperberg, M. R., Stoller, M. L. (2005). Percutaneous neuromodulation. Urol Clin N Am., 32: 71-78.

Coşkun, A. ve ark. (2008). Hemşire ve ebelerle yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. Coşkun, A. (Ed.). İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 167-225.

Elcombe, S., Gath, D., Day, A. (1997). The psychological effects of laparoscopy on women with chronic pelvic pain. Psychol Med., 27: 1041-1050.

El-Din Shawki, H. (2011). The efficacy of laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA) in the treatment of unexplained chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. Gynecol Surg., 8: 31-39.

Fall, M. ve ark. (2008). Guidelines on chronic pelvic pain. European Association of Urology, 85-98, [http://www.uroweb.org/fileadmin/user\\_upload/Guidelines/Chronic%20Pelvic%20Pain.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/user_upload/Guidelines/Chronic%20Pelvic%20Pain.pdf) (10.08.2013).

Gelbaya, T. A., El-Halwagy, H. E. (2001). Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women. Obstet Gynecol Surv., 56(12): 757-764.

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

- Gökyıldız, Ş., Kızılkaya Beji, N. (2012). Chronic pelvic pain: Gynaecological and non-gynaecological causes and considerations for nursing care. *Int J of Urol Nurs.*, 6: 3–10.
- Grace, V. M. (1995). Problems of communication, diagnosis, and treatment experienced by women using the New Zealand health services for chronic pelvic pain: A quantitative analysis. *Health Care Women Int.*, 16: 521–535.
- Helms, J. M. (1987). Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gynecol.*, 6: 51-56.
- Hills, S. D., Marchbanks, P. A., Peterson, H. B. (1995). The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.*, 86: 941-945.
- Hoffman, B. L. (2008). Pelvic pain. Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Hoffman, B. L., Bradshaw, K. D., Cunningham F. G. (Eds.). *Williams Gynecology*. The McGraw-Hill Companies, China, 244-268.
- Howard, F. M. (2003a). Chronic pelvic pain. *The American Collage of Obstetricians and Gynecologists*, 101(3): 594-611.
- Howard, F. M. (2003b). The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 46(4): 749-766.
- International Association for Study of Pain (IASP) (2011). IASP Taxonomy, [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain) (23.10.2011).
- İstek, A. (2009). Kronik pelvik ağrı şikayeti olan hastalarda posterior tibial sinir uyarısı tedavisinin (nöromodülasyon) yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*.
- Kruszka, P. S., Kruszka, S. J. (2010). Evaluation of acute pelvic pain in women. *American Family Physician*, 82(2): 141-147.
- Kuligowska, E., Deeds, L., Lu, K. (2005). Pelvic pain: Overlooked and underdiagnosed gynecologic conditions. *RadioGraphics*, 25: 3–20.
- Lichten, E., Bombard, J. (1987). Surgical treatment of primary dysmenorrhea with laparoscopic nerve ablation. *The Journal of Reproductive Medicine*, 32: 37-41.
- Pirbudak Çöçelli, L., Bacaksız, B. D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14: 53-58.
- Reiter, R. C., Gambone, J. C., Johnson, S. R. (1991). Availability of a multidisciplinary pelvic pain clinic and frequency of hysterectomy for pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 12: 109.
- Rockey, D. C. (2005). Occult gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.*, 34: 699.
- Sauerland, S. ve ark. (2006). Laparoscopy for abdominal emergencies: Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc.*, 20: 14.
- Sharp, H. T. (2008). Chronic pelvic pain. Gibbs, R. S., Karlan, B. Y., Haney, A. F., Nygaard, I. E. (Eds.). *Danforth's Obstetric and Gynecology*. 10. basım, Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 759-767.
- Slocumb, J. C. (1984). Neurological factors in chronic pelvic pain: Trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol.*, 149: 536-543.
- Stones, W., Cheong, Y. C., Howard, F. M., Singh, S. (2005). Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: 1-43.
- Swanton, A., Iyer, L., Reginald, P. W. (2006). Diagnosis, treatment and follow up of women undergoing conscious pain mapping for chronic pelvic pain: A prospective cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113: 792-796.
- Taşkın, L. (Ed.). (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği: Üreme siklusu anomalileri*. 9. basım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- Tjaden, B., Schlaff, W. D., Kimball, A., Rock, J. A. (1992). The efficacy of presacral neurectomy for the relief of midline dysmenorrhea. *Obstet gynecol.*, 167: 100-103.
- Vandermeer, F. Q., Wong-You-Cheong, J. J. (2009). Imaging of acute pelvic pain. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(1): 2–20.
- Vincent, K. (2011). Pelvic pain in women: Clinical and scientific aspects. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 5: 143–149.
- Zondervan, K. T. ve ark. (2001). The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*, 51: 541–547.