

Kronik Pelvik Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Arzu Malak *, Nezihe Kızılkaya Beji **

* Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, ** İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

ÖZ

Kronik pelvik ağrı (KPA); menstruasyon veya cinsel ilişki ile ortaya çıkmayan, gebelikle ilişkisi olmayan, aralıklı ya da sürekli olarak en az 6 aydır süren, alt abdomen veya pelviste olan ağrıdır. KPA, hastaların yaşam kalitesini yüksek oranda etkilemektedir. KPA, fonksiyonel yetersizliklere yol açar ve medikal veya cerrahi tedavi gerekir. Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen, hastaların normal veya normale yakın düzeyde fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir. Kronik pelvik ağrının oluşumunda rol oynayan etyolojik faktörler; tanılama ve tedavi yöntemleri; Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists (2012) tarafından geliştirilen “kronik pelvik ağrı kanıt temelli klinik rehberi” temel alınarak açıklanmış ve hemşirelik yaklaşımı ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: kronik pelvik ağrı, hemşirelik bakımı, klinik rehber

ABSTRACT

Chronic Pelvic Pain and Nursing Care

Chronic pelvic pain (CPP) can be defined as intermittent or constant pain in the lower abdomen or pelvis of a woman lasting at least for 6 months, not occurring exclusively with menstruation or intercourse and not presenting in association with pregnancy. CPP, significantly affects the quality of life of patients. CPP, leads to functional disability and requires medical or surgical treatment. Although the CPP does not always improve, the patients can maintain their functions at normal or near normal levels and their quality of life might be better. Etiologic factors, diagnostic and treatment methods that are involved in the formation of chronic pelvic pain are explained based on “evidence-based chronic pelvic pain clinical guideline” that is improved by Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2012) and handled by using nursing approach.

Keywords: chronic pelvic pain, nursing care, clinical guidelines

GİRİŞ

Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyum” olarak tanımlanmaktadır⁽¹⁾. Kronik pelvik ağrı (KPA) ise; menstruasyon veya cinsel ilişki ile ortaya çıkmayan, gebelikle ilişkisi olmayan, aralıklı ya da sürekli olarak en az 6 aydır süren, alt abdomen veya pelviste olan ağrıdır⁽²⁾.

Kronik pelvik ağrı (KPA) 20-50 yaş grubu kadınlar arasında 38/1000’lik oranıyla sık görülen bir sorundur⁽³⁾. Bir çok çalışma sendromun yüksek prevalansını desteklemektedir: İngiltere’de genel popülasyonun % 12’sinde ve 18-50 yaş grubu arasındaki Amerikalı kadınların % 14,7’sinde, Avustralyalı kadınların % 21,5’inde, Yeni Zelandalı kadınların % 24-25,5’inde, dünya popülasyonunun % 2-16’sında görülürken,

ömür boyu insidansı % 33 olarak bulunmuştur⁽⁴⁾.

Ağrı deneyimi; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir⁽¹⁾. KPA, hastaların yaşam kalitesini yüksek oranda etkileyen yaygın bir sorundur. Hastalar hem ev hem de işyerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşarlar⁽⁵⁾. KPA’nın yaşam kalitesi üzerine etkisi birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Mathias ve ark.⁽⁶⁾ yaptığı “Kronik pelvik ağrı; prevalansı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve ekonomik korelasyonu” isimli çalışmada, kadınların yaklaşık % 25’inde her ay bir ya da yarım gün kronik pelvik ağrı nedeniyle iş gücü kaybına, % 58’inde normal yaşamlarını ağrı nedeniyle sürdürmemeye, % 52,7’si de aile, sosyal ve cinsel yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olduğu sonucuna varmıştır.

KPA, fonksiyonel yetersizliklere yol açar ve medikal

Alındığı Tarih: 02.06.2014

Kabul Tarihi: 04.08.2014

Yazışma adresi: Ass. Arzu Malak, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Değirmenaltı Mevkii, Tekirdağ
e-posta: arzum1919@yahoo.com

veya cerrahi tedavi gerekir. Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen, hastaların normal veya normale yakın düzeyde fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir⁽⁶⁾. İngiltere’de KPA’nın direkt tedavisi için her yıl yaklaşık 158 milyon Avro harcandığı, indirekt tedavi için de yaklaşık 24 milyon Avro harcandığı tahmin edilmektedir^(7,8).

Bu çalışma ile kronik pelvik ağrının oluşumunda rol oynayan etiyolojik faktörleri, tanılama ve tedavi yöntemleri; kronik pelvik ağrısında kullanılan Royal College of Obstetricians and Gynaecologists tarafından 2012 Mayıs ayında geliştirilen kanıt temelli klinik rehber temel alınarak hemşirelik bakımının açıklanması amaçlanmıştır. Kanıt temelli klinik rehberde kullanılan kanıt ve öneri düzeyleri tabloda gösterilmiştir.

KANIT DÜZEYLERİ

Kanıt Düzeyi	Açıklama
1++	Yüksek Kaliteli Meta Analizler, Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistemik İncelemeleri ya da Bias İçin Çok Düşük Riskli Olan Randomize Kontrollü Çalışmalar
1+	İyi Yapılmış Meta Analizler, Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistemik İncelemeleri ya da Bias İçin Düşük Riskli Olan Randomize Kontrollü Çalışmalar
1-	Meta Analizler, Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistemik İncelemeleri ya da Bias İçin Yüksek Riskli Olan Randomize Kontrollü Çalışmalar
2++	Olgu-Kontrol ya da Kohort Çalışmalarının Yüksek Kaliteli Sistemik İncelemeleri, Bias İçin Çok Düşük Riskli Olan Olgu-Kontrol ya da Kohort Çalışmaları
2+	İyi Yapılmış Olgu-Kontrol ya da Kohort Çalışmaları, Bias İçin Çok Düşük Riskli Olan Olgu-Kontrol ya da Kohort Çalışmaları
2-	Bias İçin Yüksek Riskli Olan Olgu-Kontrol ya da Kohort Çalışmaları
3	Analitik Olmayan Çalışmalar, Olgu Serileri, Olgu Raporları
4	Uzman Görüşü

ÖNERİ DÜZEYLERİ

Öneri Düzeyi	Açıklama
A	En Az 1 Meta Analiz Çalışma Olan, Kanıt Düzeyi 1++ Olan Randomize Kontrollü Çalışmalar, Popülasyona Genellenebilir
B	Kanıt Düzeyi 1++ veya 1+ Olan Çalışmaların Popülasyona Genellenebilir
C	Kanıt Düzeyi 2++ veya 2+ Olan Çalışmalar Kanıt Düzeyi 3 ya da 4 Olan Çalışmalar
D	Rehber Geliştirme Grubunun Klinik Deneyime
√	Dayalı Tavsiye Ettiği En İyi Uygulama

KRONİK PELVİK AĞRININ OLUŞUMU İÇİN OLASI ETİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİ:

1. Santral ve Periferik Sinir Sistemi
2. Endometriyozis ve Adenomyozis
3. Adhezyonlar
4. İrritable Bağırsak Sendromu (IBS) ve İntersitisyel Sistit
5. Kas-iskelet Sistemi
6. Sinir Sıkışması
7. Psikolojik ve Sosyal Sorunlar⁽²⁾

1. Santral ve Periferik Sinir Sistemi:

Akut ağrı taze doku hasarını yansıtır. Kronik ağrı ise ilave etkenler de eklenerek aslında olan gerçek doku hasarından sonra oluşan daha uzun süreli ağrılar meydana gelir. Büyük değişiklikler santral ve periferik sistemdeki afferent ve efferent sinir yollarında görülmektedir⁽²⁾.

Tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) ve kemokinler gibi lokal faktörler periferik sinir işlevlerini değiştirebilir ya da gerçekte etkilediği alandan daha geniş alandaki sakin lifleri uyarır. Merkezi sinir sistemi önceki deneyimlerden ve geçerli durumdan etkilenerek ağrının algılanışını değiştirebilir^(2,9).

2. Endometriyozis ve Adenomyozis:

Menstrual siklus içinde önemli ölçüde değişen pelvik ağrı, endometriyozis gibi hormonal durumlardan etkilenen hastalıkları düşündürebilir (Öneri Düzeyi D)⁽²⁾.

Disparoni, dismenore ve kronik pelvik ağrı endometriyozis ve adenomyozisin önemli semptomlarıdır. Kronik pelvik ağrı yakınması olan, laparoskopisi ya da laparotomi ameliyatı olan 90 kadının incelendiği bir prospektif çalışmada overlerde endometriyozis görülmüştür (Kanıt düzeyi 2++, 4)⁽²⁾.

3. Adhezyonlar:

Adhezyonlar, organ distansiyonu ya da gerilmesine bağlı olarak ağrıya neden olabilir. Kronik pelvik ağrılı kadında ince yapışıklıkları destekleyen kanıt bulunmamaktadır (Öneri düzeyi √)^(2,5).

Yoğun vasküler yapışıklıklar kronik pelvik ağrıya neden olabilir. Fakat adhezyonlar asemptomatik de olabilir. 2003 yılında 100 kadın üzerinde yapılan çalışmada,

laparoskopik yoğun adhezyonlar görülen hastalarla, adhezyonları görülmeyen hastaların ağrı skorları arasında fark bulunmamıştır (Kanıt düzeyi 1+) ⁽²⁾.

4. İrritable Bağırsak Sendromu (IBS) ve İnterstiyeysel Sistit:

IBS ve interstiyeysel sistit, kronik pelvik ağrıya neden olmaktadır (Öneri düzeyi C). Bunlar, kronik pelvik ağrının birincil nedeni olabilir ya da ağrı için bileşenlerden biri olabilir ⁽²⁾.

İrritabl bağırsak sendromlu kadınlarda disparoni, menoraji ve intermenstrüel kanama yakınmalarının sık görüldüğü belirtilmiştir ^(2,8,10).

5. Kas-İskelet Sistemi:

Kas iskelet sistemi hastalıkları KPA'nın birincil nedeni olabileceği gibi, postural değişiklikler ikincil olarak KPA nedeni olabilir (Öneri Düzeyi C). Pelvik organ prolapsusu da ağrı nedeni olabilir. Ağrı, pelvis eklemlerinden, pelvik tabandan ya da pelvik duvardaki kaslardan ortaya çıkabilir ⁽²⁾.

6. Sinir Sıkışması:

Skar dokusu ve fasyada olan sinir sıkışması ağrıya ve sinir dağılımındaki disfonksiyona neden olur (Öneri Düzeyi D) ⁽²⁾.

7. Psikolojik ve Sosyal Sorun:

Kronik pelvik ağrısı olan kişilerin psikolojik ve sosyal yönden incelemeleri de yapılmalıdır, semptomları çözmede bu konuları ele almak önemlidir (Öneri Düzeyi B) ^(2,7).

Kronik ağrılı kadınlarda depresyon ve uyku bozuklukları sık görülmektedir (Kanıt düzeyi 1+/3). Bu hastalıklar ağrının nedeninden değil sonucundan oluşmaktadır. Burada özel tedavi kadının fonksiyonlarını yerine getirme yeteneğini iyileştirmektir (Kanıt düzeyi 1+/3) ⁽²⁾.

Kronik pelvik ağrı ile cinsel/fiziksel istismar arasındaki ilişki karışıktır. Çalışmaları yorumlamak güçtür çünkü çoğu geçmişe yöneliktir. KPA'lı kadınların çoğu çocukluğunda yaşadığı fiziksel/cinsel istismar ifade belirtmektedir. Bu istismar yaşayanların çoğu da cinsel istismar yaşadığını söylemektedir. Regresyon analizi yapıldığında, çocuklukta cinsel istismar, istismarın devam belirteci olabileceği gibi depresyon,

anksiyete ve somatizasyon bozukluklarına neden olarak kronik pelvik ağrıya neden olabilir (Kanıt Düzeyi 3) ⁽²⁾.

Bir birincil basamak nüfusta; dismenore, disparoni ve kronik pelvik ağrı tanımlayan kadınların % 26'sı çocuklukta cinsel istismarı, % 28'i ergenlikte cinsel istismarı yaşadıklarını belirtmiştir. Şaşırtıcı olarak, istismara uğrayan genç yetişkinlerle yapılan bir prospektif çalışmada, yetişkinlerde herhangi bir semptom tanımlanmamıştır. İstismara uğraması devam eden kadınlar risk altındadır (Kanıt Düzeyi 3) ^(2,7).

KRONİK PELVİK AĞRIDA İLK DEĞERLENDİRME

Kronik pelvik ağrılı kadının ilk değerlendirilmesi için yeterli süre ayrılmalıdır (Öneri düzeyi √). KPA'lı kadınlar, olgularını anlatmanın mümkün olduğunu, dinlenileceğini ve inanılacağını hissetmek isterler (Öneri düzeyi √). Ağrıları için açıklama istediklerinden çoğu öyküsünü anlatır (Öneri düzeyi √). Sıklıkla ağrının kaynağı hakkında endişe duyarlar. Uygun konsültasyonlarla ağrının kaynağı hakkında tartışılmalıdır (Öneri düzeyi √) ^(2,11,12).

Kronik pelvik ağrının multifaktöriyel doğası tartışılmalı ve başlangıçtan itibaren araştırılmalıdır. Yönetim programı klinisyen ve kadın arasında iyi bir ortaklıkla yapılmalıdır. (Öneri Düzeyi B) ⁽²⁾.

Kronik pelvik ağrılı çoğu kadın birincil basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Eğer kadının ağrısı kontrol edilemezse, açıklanamazsa genel klinisyenler kadını sevk etmelidir (Kanıt düzeyi 2+) ⁽²⁾.

Değerlendirmede:

1. Öykü
2. Muayene önemlidir.

1-Öykü: İlk hikaye, ağrının şeklini tanımlayan soruları içermelidir (Öneri düzeyi √). Ağrı tanımlanırken psikolojik, mesane ve bağırsak semptomları açısından da sorgulanmalıdır (Öneri düzeyi √). Bu grupta tek başına semptomlar, pozitif IBS teşhisi için kullanılabilir (Öneri Düzeyi B) ^(2,5).

Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri daha iyi açığa çıkarmak, ağrının nedenini anlamaya yardımcı olması

için 2-3 menstrual siklus boyunca aylık ağrı takvimi doldurulması önerilmektedir. Aylık ağrı takvimi; jinekolojik, sindirim, üriner, kas-iskelet, myofasial sistemleri ve psikolojik değerlendirme olmak üzere 6 kategoriyi içerir ^(2,5).

2-Muayene: Değerlendirme abdominal ve pelvik muayeneyi içermelidir (Öneri düzeyi √). Ön abdominal duvar, hassas noktaların (bastırmakla ağrı) ve tetik noktaların (kasın gergin bir bandında derin kas hassasiyeti) belirlenmesi için muayene edilmelidir (Öneri düzeyi √). Vulva, vestibul ve üretra lezyonlar ile nokta hassasiyeti yönünden değerlendirilmelidir (Öneri düzeyi √). Digital palpasyon yapılarak pelvik taban kasları değerlendirilmelidir (Öneri düzeyi √) ^(2,13).

TANI İÇİN YAPILACAK TESTLER

1. İnfeksiyon için tarama
2. Transvaginal tarama ve MR
3. Tanısal laparoskopji
4. CA 125 ⁽²⁾

1. İnfeksiyon İçin Tarama:

Pelvik infeksiyondan şüpheleniliyorsa kalmıdyo traktomatis ve gonore testleri yapılmalıdır (Öneri düzeyi √). Cinsel yönden aktif tüm KPA'lı kadınlar cinsel yönden bulaşan hastalıklar açısından taranmalıdır (Öneri Düzeyi D) ⁽²⁾.

2. Transvaginal Tarama ve MR:

Transvaginal tarama adneksiyel kitlelerin tanımlanması ve değerlendirilmesi açısından uygun bir incelemedir (Öneri Düzeyi B). Transvaginal tarama ve MR adenomyozisi teşhis etmek için uygun testlerdir (Öneri Düzeyi B). MR'ın endometriozisin teşhisindeki rolü belirsizdir (Öneri düzeyi √). Transvaginal tarama ve MR'ın adenomyozis teşhisindeki duyarlılığı deneyimli ellere bağlıdır (Kanit düzeyi 1++/2++) ^(2,13). On dört çalışmanın incelendiği sistematik incelemede transvaginal taramanın adenomyozis teşhisindeki duyarlılığı % 82,5 olarak bulunmuştur (Kanit düzeyi 1++/2++) ⁽²⁾.

3. Tanısal Laparoskopji:

Tanısal laparoskopji kronik pelvik ağrı teşhisinde, geçmişte 'altın standart' olarak kabul edilmiştir (Öneri Düzeyi D). Laparoskopji, tedaviye yönelik diğer müdahaleler başarısız olursa daha iyi bir ikinci basamak

inceleme olarak görülebilir (Öneri Düzeyi D) ⁽²⁾.

Endometriozis ve adhezyonların teşhisindeki güvenilir şekilde kullanılan tek testtir. Bu nedenle jinekologlar KPA'lı kadınlara yapılması gerekli bir yöntem olarak görmektedir (Kanit Düzeyi 3/4) ⁽²⁾.

4. CA 125:

Aşağıdaki semptomları ısrarla ve sık sık (her ay 12 kezden fazla) tanımlayan kadında CA 125 değerine bakılmalıdır:

- Şişkinlik
- Erken doyma
- Pelvik ağrı
- İdrar kaçırma ya da sıkışma ⁽²⁾.

TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Periyodik ağrıları olan kadında tanısal laparoskopiden önce 3-6 aylık periyotta hormonal tedavi kullanılması önerilebilir (Öneri Düzeyi B) ^(2,11). IBS'li kadındaki tedavide antispazmotikler önerilebilir (Öneri düzeyi A). IBS'li kadınlarda semptomları kontrol etmek için diyet değiştirmesi önerilebilir (Öneri Düzeyi C) ⁽²⁾.

Ağrıyı kontrol etmede analjezikler kullanılabilir (Öneri düzeyi √). Ağrı kontrol altına alınamazsa kişi, ağrı polikliniğine/birimine ya da özel pelvik ağrı kliniğine sevk edilmesi önerilir (Öneri düzeyi √) ^(2,12).

Endometriozisle ilişkili klinik ağrının tedavisinde overlerin baskılanması etkin bir tedavi yöntemi olabilir. Bu tedaviler kombine oral kontraseptifler, progesteronlar, danazol, GnRH analoglarıdır. Levonorgestrel içeren intrauterin araçlar adolesanlarda bile tercih edilebilir (Kanit düzeyi 1+/4) ⁽¹³⁾. Progesteronların kullanımını 4 aylık kullanımdan sonra etkili olduğu bulunmuştur ⁽¹¹⁾.

Klinik olarak endometriozisten şüphelenilen 100 hastanın oluşturduğu bir randomize kontrollü çalışmada bir gruba GnRH analogları verilmiş, bir gruba da plasebo verilmiştir. On iki haftalık tedavinin sonunda GnRH analogları verilen grubun daha az ağrı hissettiği sonucuna varılmıştır (Kanit düzeyi 1+/4) ⁽²⁾.

Parasetamol içeren ya da içermeyen non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar bu grupta yararlı olabilir. Codidamol gibi bileşik analjezikler de tedavide uygun

olabilir. Jinekologlara göre KPA'lı kadında opioidlerin kullanılması tercih edilmemelidir. Gabapentin ya da amitriptilin destekleyici tedavi olarak nöropatik ağrıda kullanılması yararlı olabilir ⁽²⁾.

Non-farmakolojik tedavi olarak kullanılan transkütan sinir stimülasyonu, akupunktur ve diğer tamamlayıcı terapiler bazı kadınların tedavisine yardımcı olabilir ^(2,5,11).

Kronik ağrılı kadının yönetiminde laparoskopik uterusakral sinir ablasyonu (LUNA) uygun değildir ⁽²⁾. Fakat Ojha ve Matah'ın ⁽¹⁴⁾ yaptığı bir çalışmada; kronik pelvik ağrıda cerrahi tedavi adlı derlemesinde LUNA'nın pelvik ağrısı % 85 oranında azalttığı sonucuna varmıştır.

KRONİK PELVİK AĞRI ve HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Kronik pelvik ağrı, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkileri olan ve kadınlar arasında yaygın görülen bir sorundur. Bir multidisipliner ekip ağrının somatik, davranışsal ve psikososyal boyutlarının aynı anda değerlendirilmesini ve yönetimini sağlamalıdır. Ekip üyeleri; jinekolog, hemşire, psikolog, ağrı ile ilgilenen anestezi uzmanı, fizyoterapist, gastroenterolog, ürolog, psikiyatrist ve ortopedi uzmanından oluşur ⁽⁵⁾.

KPA ekibinin amaçları; tanı konulabilen herhangi bir hastalığı kesinleştirmek, olabiliyorsa 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 yükseltmektir ⁽⁵⁾.

Ağrılı hasta ile en fazla yüz yüze gelen ve çoğu zaman da hastasının ağrısını tam olarak geçirememenin sıkıntısını yaşayan sağlık bakım ekibi üyesi hemşiredir ⁽¹⁵⁾. Hemşire ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan özellikler;

- 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 ve rehberlik yapması,
- Hastanın aylık ağrı takvimi kullanmasını sağlaması,
- Planlanan tedavileri uygulaması ve sonuçlarını değerlendirmesi,
- Empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır ^(5,15).

Lewandowski ⁽¹⁶⁾ yaptığı bir çalışmada; özellikle psikolojik etkenlerin rol oynadığı pelvik ağrıda, psikiyatri hemşirelerinin multidisipliner ağrı yönetim ekibi üyeleri arasında önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamıştır. Bunun da hastayla en çok vakit geçiren sağlık profesyoneli olmasından kaynaklandığını ileri sürmüştü; özellikle birey, grup ve aile psikoterapilerinin de önemli sonuçlar elde edildiğini bildirmiştir.

Hemşire hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında ağrının yeri, şiddeti, niteliği, başlangıç süresi, hastanın ağrısını anlatma tarzı, ağrıyı azaltan/arttıran durumlar ve ağrının hasta üzerindeki etkilerine yer vermeli, sözsüz ve otonomik ağrı yanıtlarını değerlendirmelidir ⁽¹⁷⁾.

Kronik pelvik ağrının tedavisinin etkin olabilmesi, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için önemli olan ağrı nedeninin bulunmasıdır. Her hastanın değişik yaşam şartları, günlük yaşam aktiviteleri bulunmasına rağmen, çoğu hastaların cinsel yaşamlarında sorun bulunmaktadır. Böylelikle yalnızca hastalar değil hastanın etrafında olan aileleri, eşleri de bu hastalıktan etkilenmektedir. Hemşireler kademeli davranış değişikliği ile ağrıyla baş etme yöntemlerini etkin kılabilirler ⁽¹⁸⁾.

Hastaya; diyet, ağrıyı azaltma, emosyonel stresi azaltma, cinsellik konularında eğitim ve danışmanlığı içeren eğitim programları düzenlenmelidir. Hasta eğitim broşürlerinin hazırlanması bu konuda yararlı olabilmektedir. Hastanın, KPA'nın kontrolünde düzenli defekasyon ve miksiyonun önemini kavraması sağlanmalıdır. Pelvik taban kaslarında gerginlik, yeterince lifli gıda veya sıvı alınmaması ve fiziksel aktivitenin olmaması konstipasyona yol açabilmektedir. Konstipasyon, KPA şikayetlerini arttırabilir. Bu nedenle; lifli gıdaları tüketmek, bol sıvı almak (en iyi içecek sudur) ve mesaneyi irite eden gıdalardan kaçınmak (çay, kahve, kola, çikolata, sirke, mayonez, alkol, elma, kayısı, eski peynir, soğan, muz, soya fasulyesi,

üzüm, domates, baharatlı yiyecekler, aspartam, sakarin gibi) önemlidir⁽⁵⁾. Alternatif, tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kanıta dayalı rehberlerden yararlanılması gerekmektedir⁽¹⁸⁾. Hemşire, bu konuda araştırmalar yapmalı, uygulanabilir araştırma sonuçlarını elde etmeli, yapılan araştırmaların sonuçlarını kullanılması için araştırma sonuçlarını yaymalı ve bu konuda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır⁽¹⁹⁾.

Aslan ve Badır⁽¹⁵⁾ yaptıkları çalışmada, ağrı ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin ağrının doğası, mekanizması değerlendirilmesi ve geçirilmesine yönelik yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bu konuda yanlış inanç ve yanlışlarının bulunduğu belirlenmiştir.

Hemşire ağrını tanılanmasından itibaren tüm aşamalarda ağrının giderilmesi için büyük bir öneme sahip sağlık ekibi üyesidir. Bu nedenle hemşireler; ağrını tanılanması, tedavisi ve kontrol edilmesi konularında bilgi sahibi olmalıdırlar⁽¹⁹⁾. Kronik pelvik ağrı ile ilgili diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yaparak araştırmalar planlamalı, yürütmelidir⁽²⁰⁾.

SONUÇ

Sonuç olarak, kronik pelvik ağrı, yetişkin kadın popülasyonunda her 6 kadından 1'inde görülür. Kronik pelvik ağrının etiolojisi kesin olmamakla birlikte, semptomların yönetimi önemlidir. Ağrının fiziksel etkisi kadar sosyal ve psikolojik etkileri de değerlendirilmelidir. Kadına öyküsünü anlatacak yeterli zaman ayrılmalıdır. Ağrıyla ilişkili faktörleri anlamak için ağrı günlüğü tutulması önerilir. Hemşire kronik pelvik ağrının tanılanması, tedavisi ve günlük yaşamını devam ettirmede anahtar role sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. Erdine S. (Ed.), Ağrı: Nobel Tıp Kitabevleri; 2000, 91-107.
2. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green Top Guideline-No 41. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. May 2012.
3. Cheong Y, Stones W. Investigations for chronic pelvic pain. *Reviews in Gynaecological Practice* 2005;5:227-236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rigp.2005.07.001>
4. Mohedo ED, Baron-Lopez FJ, Pinedo-Galan C. Etiological, diagnostic and therapeutic consideration of the myofascial component in chronic pelvic pain. *Actas Urologias Espanolas* 2010; 610-616.

5. Bayrak ŞG. Kronik Pelvik Ağrı Şikayeti Olan Hastalarda Tibial Sinir Uyarısı Tedavisinin (Nöromodülasyon) Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Doktora Tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2008.
6. Mathias SD, Kupperman M, Liberman R, Steege JF, Lipshutz RC. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321-327. [http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00458-0](http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(95)00458-0)
7. Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:415-431. <http://dx.doi.org/10.1053/beog.1999.0084>
8. Zondervan KT, Kennedy SY. Epidemiology of chronic pelvic pain. *International Congress Series* 2005;1279:77-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ics.2004.12.050>
9. Baranowski AP. Chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2009;23(4):593-610. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2009.04.013>
10. Varma R, Gupta J. Chronic Pelvic Pain: A practical approach. *Women's Health Medicine* 2005;2:5-12. <http://dx.doi.org/10.1383/wohm.2.1.5.58870>
11. Stones W. Medical management of chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2008;18(9):233-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2008.07.001>
12. Bruckenthal P. Chronic Pelvic Pain: Approaches to diagnosis and treatment. *Pain Management Nursing* 2011;12(1):4-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2010.11.004>
13. Kroon N, Reginald P. Medical management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2005;15:285-290. <http://dx.doi.org/10.1016/j.curobgyn.2005.06.001>
14. Ojha K, Matah A. Surgical management of chronic pelvic pain. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2008;18(9):236-240. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2008.07.002>
15. Aslan FE, Badır A. Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı* 2005;17(2):44-51.
16. Lewandowski W. Psychological Factors in Chronic Pain: A worthwhile undertaking for nursing?. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004;18(3):97-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2004.03.005>
17. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Owayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2008;14:53-58.
18. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Ophoven A, Williams AC. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain A Haabbit, A Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *European Urology* 2013;64:431-439. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
19. Priscilla D. Caring for women with chronic pelvic pain. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* 2012;41(5):666-667. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01402.x>
20. Daniels JP, Khan KS. Chronic pelvic pain in women. *The BMJ* 2010; 341-350. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c4834>