

# Kronik Pelvik Ağrı ve Yaşam Kalitesi

## Chronic Pelvic Pain and Quality of Life

Şule GÖKYILDIZ\*

İletişim / Correspondence: Şule Gökyıldız Adres / Adress: Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Balcalı Kampüsü Sarıçam /ADANA Tel: 0322 3386484/1128 Fax: 0322 3386970 E-mail: sulegokyildiz@yahoo.com

### ÖZ

*Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi ağrıyla, “doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyum” olarak tanımlamaktadır.*

*Kronik pelvik ağrının (KPA) kabul edilmiş bir tanımı olmamakla beraber, menstrüasyon ve cinsel birleşmeyle ilişkili olmayan, alt abdomen ve pelvise lokalize, en az 6 ay süreyle devam eden sürekli ya da ara ara ortaya çıkan, ağrıdır. Yapılan jinekolojik muayene ve laboratuvar değerlendirmelerinde nedeni saptanamayan ağrılar “kronik pelvik ağrı sendromu” olarak tanımlanır.*

*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.*

**Anahtar Kelimeler:** Kronik pelvik ağrı, yaşam kalitesi, hemşirelik, ekip yaklaşımı.

### ABSTRACT

*Pain, as defined by the International Association for the Study of Pain, is “an unpleasant sensory or emotional experience associated with actual or potential tissue damage”.*

*Although there is not an explicit consensus regarding the definition of chronic pelvic pain (CPP), it is defined as continuously or intermittently pain in the lower abdomen or pelvis, at least 6 months duration, and not exclusively related to menstrual cycle or sexual intercourse. According to gynecological physical examination and laboratory results; pains which have undetermined etiologies are described as “chronic pelvic pain syndrome”.*

*CPP is a common problem among the women which has physical, social, psychological and economical effects. A multidisciplinary team can offer simultaneous assessment and management of somatic, behavioural and psychosocial components of the pain.*

**Key Words:** Chronic pelvic pain, quality of life, nursing, team approach.

### GİRİŞ

Ağrı latince “poena” (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelen, tanımı oldukça güç bir kavramdır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan en geçerli tanımlamaya göre “Ağrı, vücudun belli bir bölgeden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyum” dur (Tulunay ve Tulunay 2000).

Kronik pelvik ağrının (KPA) kabul edilmiş bir tanımı olmamakla beraber, menstrüasyon ve cin-

sel birleşmeyle ilişkili olmayan, alt abdomen ve pelvise lokalize, en az 6 ay süreyle devam eden sürekli ya da ara ara ortaya çıkan, ağrıdır. Yapılan jinekolojik muayene ve laboratuvar değerlendirmelerinde nedeni saptanamayan ağrılar “kronik pelvik ağrı sendromu” olarak tanımlanır (Gunter 2003; Kroon ve Reginald 2005; Moore ve Kennedy 2000).

Abdomende ve/veya pelviste yer alan her yapı kronik pelvik ağrının etiolojisinde rol oynar. Bu nedenle üreme sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, periferik ve santral sinir sistemi de-

Dr. Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu

Yazının gönderilme tarihi: 15.08.2008

Yazının basım için kabul tarihi: 21.08.2009

ğerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır (Gelbaya ve El-Halwagy 2001; Gunter 2003).

KPA sıklığını belirlemede günümüze dek geçen sürede en kapsamlı araştırma 1996'da Mathias, Cupperman, Liberman, Lipschutz ve Steege tarafından yapılmıştır. 5263 kadın telefon görüşmeleriyle sorgulanmış ve KPA prevalansı % 14,7 olarak bildirilmiştir. Buna göre Amerika'da yaklaşık 9,2 milyon kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadın vardır.

Jamieson ve Steege (1996) tarafından yapılan araştırmada kadın-doğum ve aile hekimliği bekleme odalarında 18-45 yaş arası 581 kadın sorgulanmış ve % 39'unda KPA saptanmıştır.

Zondervan, Yudkin, ve Vessey (2001) yaptığı çalışmada 15-73 yaş arası kadınlarda görülen tüm hastalıklar göz önüne alındığında KPA % 3.8 gibi bir oranla, migren (%2.1) ve astım (% 3.7)' dan bile daha sık görülmektedir.

Zondervan ve ark. (1999)' nın İngiltere'de yaptığı topluma dayalı çalışmalarında 18-49 yaş grubundaki kadınlar arasındaki kronik pelvik ağrı prevalansı %24 olarak bildirilmiştir ve kadınların 1/3'ünün ağrısı 5 yıldan daha uzun süre önce başlamıştır.

KPA ayaktan jinekoloğa gelen tüm hastaların % 10' unun başvuru nedenidir ve laparoskopilerin yaklaşık %40' ı ve histerektomilerin %10-15' i bu nedenle yapılmaktadır (Gelbaya ve El-Halwagy 2001).

### **Kronik Pelvik Ağrıda Hasta Değerlendirmesi**

KPA'lı bir kadının tanınması sistematik ve bütüncül bir yaklaşımı gerektirir. Sistematik bir yaklaşımın benimsenmesi, gereksiz tanı işlemlerinin yapılmasını önleyerek, zamandan ve maliyetten tasarruf sağlar. Bu tip bir yaklaşım ilk kez pelvik ağrılı hastalardan bilgileri elde etmek için bir seri form geliştiren Kresch tarafından tanımlanmıştır. Pelvik ağrılı hastaların değerlendirilmesinde bu tip formların kullanılmasının çok yararlı olduğu görülmüştür. Formlar, hastadan detaylı

öykü alınmasını sağlar ve elde edilen bilgilerin tedavi öncesi ve sonrası durumlarının karşılaştırılmasında kullanılabilir. Literatürde orjinal Kresh modelinden elde edilen ancak hastanın daha bireysel ve bütüncül ele alınmasını sağlamak amacıyla 0-10 skalasıyla değerlendirilen 5 serilik formun kullanılması önerilmektedir (Carter 2001).

Uluslar arası Pelvik Ağrı Topluluğu'nun (The International Pelvic Pain Society) bu alanda geliştirdiği bir ağrı formu da vardır ve ücretsiz olarak "[http://pelvicpain.org/pdf/FRM\\_Pain\\_Questionnaire](http://pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Questionnaire)" adresinden yüklenebilir. Ancak sağlık ekibinin kendi deneyimlerine göre bir form hazırlayabileceği de bilinmelidir (Koyuncu 2004 ).

Ağrı soru formları KPA' lı kadının değerlendirilmesinde yararlıdır. Ancak, hastanın kendi öyküsünü anlatmasına da izin verilmelidir (Howard ve El-Minavi 2000).

İyi alınmış bir anamnez kronik pelvik ağrılı hastaları değerlendirmede en önemli ve tanınan konmasında en faydalı yöntemdir. Anamnez sırasında ağrının yeri, yayılımı, süresi, sıklığı, seyri, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler, ağrıyla birlikte bulunan diğer belirtiler ve daha önce uygulanan tedavi yöntemleri ve sonuçları öğrenilmelidir (Howard ve El-Minavi 2000).

Detaylı bir anamnez sonrasında yapılacak fizik muayene çok önemlidir. Kas-iskelet, sindirim, üriner, nörolojik ve jinekolojik sistem değerlendirilmelidir (Koyuncu 2004).

Dikkatli alınmış anamnez ve sonrasında yapılan fizik muayene hangi laboratuvar tetkiklerinin isteneceği konusunda temel oluşturur. Laboratuvar çalışmaları hastaya göre düzenlenmelidir. Bireysel belirti ve bulgular doğrultusunda kültür, tam kan sayımı, biyokimyasal serum analizleri, elektrolit ölçümleri, tam idrar tetkiki ve spesifik enzim testleri yapılabilir (Carter 2001).

Kronik pelvik ağrı tanısının konmasında klinisyenlerin en çok kullandığı yöntem transvaginal ve transabdominal ultrasonografidir (Gelbaya ve El-Halwagy 2001).

Kronik pelvik ağrının hem tanısında hem de tedavisinde kullanılabilmesinden dolayı üreme organlarının incelenmesinde laparoskopi sık kullanılan inceleme yöntemlerinden biridir (Gelbaya ve El-Halwagy 2001).

### **Kronik Pelvik Ağrıda Tedavi**

Ağrı tedavisinde amaç; insanların ağrıyı hissetmesini tamamen engellemek değil, ağrıyı hastanın günlük aktivitelerini ve hayatını sürdürebileceğine inandığı seviyeye düşürerek, ağrının yaşam kalitesini bozmasını engellemektir (Yılmaz 2006). Tedavi edilmeyen ağrı kişinin günlük aktivitesi, duygusal yaşamı, motivasyonu, aile ve yakınları ile etkileşimi ve genel yaşam kalitesi üzerine olumsuz olarak büyük etki yapmaktadır (Koyuncu 2004).

Etiyolojisindeki çok sayıda patoloji nedeniyle KPA tedavisinde de pek çok farklı yol tercih edilebilmektedir. Non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlar, steroidler, benzodiazepinler, anti-depresanlar, anti-konvülsanlar, alfa blokerler, lokal anestetikler, GABA ve NMDA reseptör agonistleri ve antibiyotikler kullanılmaktadır (Gelbaya ve El-Halwagy 2001; Gunter 2003). Histerektomi, laparoskopi, ooferektomi, over kisti çıkarma, presakral nörektomi (PSN), adhezyolizis (yapışıklıkların giderilmesi), uterosakral sinir rezeksiyonu veya ablasyonu, uterin suspensiyon ve apendektomi KPA tedavisinde uygulanan cerrahi girişimler arasındadır (Cheong ve Stone 2006). Pelvik taban fonksiyon bozukluğu düşünüldüğünde fizyoterapi uygulanabilmektedir. KPA tedavisinde periferik elektrik stimülasyonu da yapılabilmektedir. Ayrıca sakral, perineal ya da tibial sinire uygulanabilen farklı stimülasyon türleri mevcuttur. Sakral sinir uyarısı yerine tibial sinirin perkutan uyarısı (PTNS) daha çok tercih edilmektedir. En az girişimsel, ucuz, yan etkisi olmayan bir yöntemdir (Cooperberg ve Stoller 2005).

### **KRONİK PELVİK AĞRININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Ağrı, hem hasta hem de aile bireyleri için her

şeyi tüketen, korkutan ve darmadağın eden bir deneyimdir. Kronik ağrının; hastanın sağlığı ve genel durumu üzerinde çok önemli etkisi olduğu, psikolojik ve sosyal olarak istenmeyen sonuçlara yol açtığı kendi sağlık durumuna olan güvenini azalttığı belirlenmiştir (Yılmaz 2006).

Ağrısı olan kişiler, ağrısı daha da kötüleşeceği korkusu ile, normal günlük aktivitelere katılmakta tereddüt ederler. Hastalar hekime yalnızca ağrının hafifletilmesi için değil, sosyal, fiziksel ve psikolojik durumlarını dolayısıyla da gerek kendilerinin, gerekse ailelerinin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği için başvururlar (Yılmaz 2006). KPA' lı hastalar için ağrı, yaşamlarının çok önemli bir parçasıdır. Hastalar hem ev hem de iş yerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşarlar (Duffy 2001). Her ne kadar ağrı fiziksel bir durum olsa da ağrının yaşam kalitesinin tüm boyutları üzerine etkili olduğu bilinmektedir. Jamieson ve Steege (1996) tarafından yapılan araştırmada kadınların, % 20' sinde yılda 1' den fazla ağrı atağı, % 14' ünde sınırlı ev aktivitesi, % 12' sinde sürekli ilaç kullanımı, % 11' inde sınırlı cinsel aktivite, % 4' ünde iş gücü kaybı olduğu saptanmıştır.

Zondervan ve ark. (2001) İngiltere'de yaptığı topluma dayalı çalışmalarında kadınların yaklaşık % 70' i orta veya şiddetli seviyede ağrı belirtmiş, % 58' i ağrılarının aktivitelerini kısıtladığını ve % 33' ü önceki 12 ay süresince ağrı nedeniyle en az 1 gün işe gidemediklerini bildirmiştir.

KPA, kadınların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemekte, mental ve fiziksel sağlığı ve cinsel fonksiyonları üzerine negatif etkiler yapmaktadır (Zondervan ve ark 1999). Maruta, Osborne, Swanson ve Halling (1981), KPA' lı 50 kadını ve eşlerini içeren araştırmalarında, KPA' lı kadınların %78'inde ve eşlerinin %84'ünde cinsel yaşamlarında kötüleşme ve kesinti olduğu belirtilmiştir. Verit, Verit ve Yeni (2006)'nin , genel kadın popülasyonu ile karşılaştırıldığında, KPA' lı kadınlarda cinsel disfonksiyon

yon prevalansını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında genel popülasyona göre KPA' lı kadınlarda cinsel disfonksiyon insidansı %67.8 ve KPA' sız kadınlarda %32.2 olarak bulunmuştur.

Grace ve Zondervan (2006)' 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.

Ağrı, anksiyete ve depresyon ile yakından ilişkilidir. Ağrı, kontrolü kaybetme, yetersiz hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilere yol açar (Yılmaz 2006). Kaya ve ark (2006)' nın, KPA' lı (n:19) ve sağlıklı (n:25) kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresyon, anksiyete ve cinsel disfonksiyon 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.

Bu kronik problem ciddi ekonomik yüke de sebep olmaktadır. KPA tedavisi ABD' ye yıllık 2.8 milyar dolara mal olmaktadır. Tanı çalışmaları, cerrahi girişimler, hastanede yatma ve işten geri kalan günler nedeniyle uğranan zarar da hesaplanırsa bu rakam yaklaşık 555 milyar dolara yükselmektedir (Mathias ve ark 1996).

Yapılan araştırmalarda KPA' lı birçok kadının normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düştüğü görülmektedir. Kronik ağrı, genel popülasyonda artan bir şekilde yaygın bir şikayet olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, farklı ağrı durumları için iyi kaliteli epidemiyolojik araştırmalar yetersizdir. Önemli bir kronik ağrı tipi olan KPA yeterince önemsenmemektedir. KPA'nın etkisi ve başatma

deneyimlerinin daha fazla anlaşılması amacıyla ileriye yönelik kalitatif araştırmalar tasarlanması önerilebilir (Grace ve Zondervan 2006).

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. Hemşireler, bu ekibin tartışılmaz vazgeçilmez üyeleridir (Collett, Cordle ve Stewart 2000).

KPA ekibinin 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 yükseltmektir (Collett ve ark 2000; Pearce ve Curtis 2006).

Tüm bu fonksiyonları etkin olarak yerine getirebilmek ve ekip içindeki rolünü başarıyla sürdürebilmek için, hemşireler de KPA konusunda yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalı, yeni bilgi ve uygulamaları takip etmeli, diğer ekip üyeleri ve toplumun diğer kurumlarıyla etkin koordinasyon sağlamalıdır (Collett ve ark 2000).

## **KAYNAKLAR**

- Carter, J. E (2001). Chronic pelvic pain diagnosis and management current system of triage. OBGYN.net Articles, 1-3, [http://obgyn.net/displayarticle.asp?page=/english/pubs/features/carter/cpp\\_carter\\_p2](http://obgyn.net/displayarticle.asp?page=/english/pubs/features/carter/cpp_carter_p2) (24.01.2008)
- Collett, B. J., Cordle, C., Stewart, C. (2000). Setting up a multidisciplinary clinic. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14(3): 541-556.
- Cooperberg, M. R., Stoller, M. L. (2005). Percutaneous Neuromodulation. Urol Clin N Am, 32: 71-78.
- Duffy, S. (2001). Chronic pelvic pain: Defining the scope of the problem. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 74(1): 3-7.
- Gelbaya, T. A., El-Halwagy, H. E. (2001). Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women. Obstetrical and Gyne-

- cological Survey, 56(12): 757-764.
- Gunter, J. (2003). Chronic pelvic pain: An integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58(9): 615-623.
- Grace, V., Zondervan, K. (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.
- Howard, F. M., El-Minavi A. M (2000). Taking History. Howard, F. M., Perry, C. P., Carter, J. E. (Eds.). *Pelvic Pain Diagnosis and Management*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 7-25.
- Jamieson, D. J., Steege, J. F. (1996). The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*, 87: 55-58.
- Koyuncu, F. M. (2004). Kronik pelvik ağrıda yönetim. *TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler*, 1: 23-31.
- Kroon, N., Reginald, P. (2005). Medical management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics & Gynecology*, 15: 285-290.
- Maruta, T., Osborne, D., Swanson, D. W., Halling, J. M. (1981). Chronic pain patients and spouses: Marital and sexual adjustment. *Mayo Clin Proc*, 56: 307-310.
- 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- 327.
- Moore, J., Kennedy, S. (2000). Causes of chronic pelvic pain. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(3): 389-402.
- Pearce, C., Curtis, M. (2007). A multidisciplinary approach to self care in chronic pelvic pain. *British Journal of Nursing*, 16(2): 82-85.
- Tulunay, M., Tulunay, F. C. (2000). Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. Erdine, S. (Ed.). *Ağrı*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 91.
- 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.
- Yılmaz, E. (2006). Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Zondervan, K. T., ve ark (1999). Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: Evidence from national general practice database. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106: 1149-1155.
- Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P. (2001). Chronic pelvic pain in the community: Symptoms, investigations and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol*, 184: 1149-1155.