

ENDOMETRİOZİSLE İLİŞKİLİ AĞRININ YÖNETİMİ VE AĞRININ YÖNETİMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Ayşegül UNUTKAN¹, Kamile KUKULU²

ÖZET

Endometriosis, yaygın belirtileri pelvik ağrı, dismenore ve infertilite olan ilerleyici bir hastalıktır. Endometriosisin semptomları, kadının iyilik halini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Endometriosisin tanınması, fiziksel değerlendirme, detaylı jinekolojik öykü ve tanısal laparoskopi ile yapılmaktadır. Hastalığın tedavisinde kullanılan medikal, cerrahi ve alternatif yöntemler semptomların rahatlatılmasını amaçlamaktadır. Endometriosisin yönetimi multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Hastalığın ilerlemesinin önlenmesinde, ağrının yönetiminde ve kişinin sağlığının yükseltilmesinde hemşire önemli rol oynamaktadır. Ağrının yönetimi sürecinde, hemşire holistik ve multidisipliner yaklaşım ile hastanın yaşam kalitesinin artırılmasını desteklemelidir.

Anahtar kelimeler: Endometriosis; Hemşire; Pelvik Ağrı

MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS-RELATED PAIN AND ROLE OF THE NURSE IN PAIN MANAGEMENT

ABSTRACT

Endometriosis is a progressive disease with common symptoms such as pelvic pain, dysmenorrhea and infertility. Symptoms of endometriosis significantly affect the well-being and life quality of women. Endometriosis is diagnosed through physical evaluation, detailed gynaecological history and diagnostic laparoscopy. Medical, surgical and alternative methods that are used in the treatment of the disease aim to relieve the symptoms. Management of endometriosis requires a multidisciplinary approach. The nurse plays an important role in preventing the progress of the disease, managing the pain and enhancing the health of the individual. The nurse should support the increase of the life quality of the patient with a holistic and multidisciplinary approach in the process of pain management.

Key words: Endometriosis; Nurse; Pelvic Pain

¹.Ar. Gör. Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

². Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İletişim / Corresponding Author: Ayşegül UNUTKAN
Tel: 90 274 265 20 31 **e-posta:** aysegulunutkan@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 10.07.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 24.04.2014

GİRİŞ

Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %10'unu etkileyen ve sık karşılaşılan jinekolojik hastalıklardan biridir. Bu hastalık önemli bir infertilite ve pelvik ağrı nedenidir. Endometriozis tanısı alan hastaların %50-80'i semptomatik olup, dismenore, disparoni ve infertilite şikayetleri yaşamaktadırlar (1). Hastalığa ilişkin bu semptomlar, kadınların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve hastalığın negatif etkilerinin azaltılması için endometriozis tedavisinde multidisipliner ekip yaklaşımı uygulanmalıdır (2). Bu ekip içerisinde, hastalığın tanılanması, tedavisi ve takip edilmesi sürecinde hemşire önemli bir role sahiptir. Bu derlemede, endometriozisle ilişkili ağrının yönetimini, bu süreçte hemşirenin rollerini açıklamak ve jinekoloji kliniklerinde çalışan sağlık çalışanları için bir rehber oluşturmak amaçlanmıştır.

I. Endometriozis ve Ağrı

Endometriozis; endometrium dokusunun uterin kavite dışına yerleştiği, inflamatuvar süreçlere neden olan ilerleyici bir hastalıktır (1-5). En sık pelvik organlara ve peritona yerleşerek, ağrı ve infertiliteye neden olmaktadır (3). Ancak hastalık nadiren pelvisten uzak bölgelerde de (akciğer, beyin, kas dokusu, böbrek, medulla spinalis) görülmüştür (4). Endometriozis, genellikle doğurganlık çağında, nadiren de postmenapozal dönemde görülmektedir (6,7).

Endometriozisin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak birinci derece akrabalarda endometriozis bulunmasının, bu hastalığın görülme riskini yedi kat artırdığı ifade edilmektedir (6). Endometriozisin histogenezi açıklamak için endometriyal dokunun ektopik transplantasyonu, çölemik metaplazi ve indüksiyon teorisi olmak üzere üç teori ortaya konulmuştur (6,7). Endometriyal dokunun transplantasyon teorisine göre menstruasyon sırasında endometrial hücrelerin transtübal regürjitasyon sonucunda çevre dokulara ekildiği ve yerleştiği ifade edilmektedir (6). Klasik ve deneysel veriler çoğunlukla bu hipotezi desteklemektedir (6,7). Nitekim mens veya erken foliküler fazda kadınların çoğunluğunda (%59-79) periton sıvısında endometrial hücrelerin varlığı tespit edilmiştir. Bunun yanında Berek (6)'in ifade ettiğine göre, Scott ve arkadaşlarının (1953) çalışmasında mens sırasında elde edilen endometrium hücrelerinin, hayvanların cilt altına veya pelvik kaviteye enjekte edildiklerinde gelişebildikleri gözlemlenmiştir.

Çölemik metaplazi teorisine göre ise; çölemik epitelin endometriyal dokuya transformasyonu ile endometriozis gelişmektedir (7). Ancak bu teori klinik çalışmalarla desteklenmemiştir. Diğer bir teori olan indüksiyon teorisine göre; endojen kimyasal bir faktörün peritoneal hücreleri, endometrial doku geliştirmeleri için indükleyebileceği ve bu yolla endometriozis gelişebileceği belirtilmektedir. Tavşanlarda bu teoriyi destekleyen bulgular olmasına rağmen kadınlarda ve farelerde benzer ilişki kurulamamıştır (6).

Endometriozisin belirtileri incelendiğinde hastalarının çoğunluğunun semptomatik olduğu görülmektedir. Hastalığın en yaygın belirtileri ise kronik pelvik ağrı, dismenore ve disparenidir (3-7). Ağrının oluşumu steroid hormon dalgalanmaları ile uyum göstermektedir. Diğer bir deyişle, endometriozis odağındaki dokular, menstruasyon kanaması süresince endometrial doku gibi steroid hormonlara cevap vererek büyümekte ve ürettikleri kimyasallar vücudu terk edemediği için yakın dokuları irrite ederek ağrı oluşturmaktadırlar (7). Ağrı, kronik ve tekrarlayıcıdır. Genellikle sakral bölgede ve pelviste oluşmaktadır. Şiddetli ağrı ise endometriozisin derinlere invazyon yaptığı durumlarda görülmektedir. Boyutu 10 cm üzerine çıkan kistler, malignite riskine karşı dikkatle çıkarılmaktadır (7).

Endometriozis tanısı alan kadınlarda görülen yaygın semptomlardan biri de, infertilitedir. İnfertilitesi olan kadınların tahminen %20-50'si endometriozis olabilmekte ve endometriozis olan kadınların ise %30-40'ının infertilitesi olabilmektedir (8). Endometriozis, pelvik anatomik bozukluklar sonucunda (adhezyon) ovulasyon, fertilizasyon ve implantasyon süreçlerini bozarak infertiliteye neden olmaktadır. Endokrin ve ovulatuvar süreçlerde meydana gelen bozuklukların, siklusun luteal fazını ve folikül gelişimini etkilediği ileri sürülmektedir (9). Endometriozisli kadınlar tedavi edilirken, fertilitate potansiyelinin göz önünde bulundurulması son derece önemlidir. Tedavi sürecinde ya da gelecekte gebelik arzusu, tedavi seçimini büyük ölçüde etkilemektedir (9).

II. Endometriozisle İlişkili Ağrının Tanılanması

Cochrane veri tabanının da yayınlanan sistematik bir derlemeye göre endometriozisin tanılanmasında laparoskopi altın standarttır (10). Bunun yanında fiziksel muayene, acil müdahale gerektiren durumları ekarte edebilmek ve tanıya uygun bakıma karar verebilmek için gerekli bir uygulamadır. Bimanuel muayene ile uterusun boyutu, mobilitesi ve pozisyonu değerlendirilir. Sabit retrovert pozisyonda olan uterus ciddi yapışıklıkları düşündürmektedir (11). Endometriozisin derin infiltrasyon yaptığı durumlarda, ortaya çıkan hassas nodüllerin

keşfedilebilmesi için uterosakral ligamentlerin ve rektovaginal septumun palpe edildiği rektovaginal muayenenin yapılması uygun ve gereklidir. Menstruasyon sırasında yapılan muayene, derin infiltrasyon yapan kistlerin ve ağrının tanılanmasına daha fazla imkân tanımaktadır (7).

Endometriozisle ilişkili ağrının tanılanması ise fiziksel değerlendirme, uygun araştırma ve detaylı jinekolojik öykü alınarak yapılmaktadır (12). Ağrı yakınması olan hastaların tam olarak değerlendirilmesi, tanı ve tedaviye yardımcı olacaktır (13). Endometriozisle ilişkili ağrıda aşağıdaki durumlardan herhangi biri ya da bir kaçı ortaya çıkabilmektedir (5,14). Bunlar; dismenore (Sekonder), dispareni, dizüri, ağrılı defekasyon, sırtın alt kısmında ve abdomende rahatsızlık, kronik pelvik ağrıdır (Siklusla ilişkili olmayan en az altı ay süren abdominal ve pelvik ağrı). Bu yakınmaların olduğu hastalardan detaylı jinekolojik öykü alınarak, ağrıya sebep olabilecek diğer durumlar ekarte edilmelidir (11).

III. Endometriozisle İlişkili Ağrının Tedavisi

A. Medikal Tedavi

En önemli belirtisi pelvik ağrı olan endometriozisin, kesin bir tedavisi bulunmamaktadır (4). Medikal tedavi, semptomların azaltılmasını amaçlamaktadır ve menapoza kadar ya da gebelik arzu edilene kadar kullanılmaktadır (6). Endometriozisle ilişkili ağrının yönetiminde ilk adım, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçları ve düşük doz kombine oral kontraseptifleri içermektedir (3). Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçların (NSAİİ) ağrıyı azaltmada etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışma sayısı oldukça azdır (15). Bunun yanında, bu ilaçlar siklus ortasında alındığında, gastrik ülser ve anovulatuvar siklus gibi yan etkilere neden olmaktadır (16). NSAİİ, üç ay boyunca kullanılmasına rağmen etkili olmadığı durumlarda hormonal tedaviler uygulanabilmektedir (3,5).

Hormonal tedavi ile over fonksiyonlarının baskılanması ve endometrial dokunun atrofiye uğraması dolayısıyla ağrının azaltılması amaçlanmaktadır (8). Hormonal tedavide kullanılan ilaçlar karşılaştırıldığında, ilaçların etkinlik derecelerinin eşit ancak maliyet ve yan etki profillerinin farklı olduğu görülmektedir (3,17). Hormonal tedavide; kombine oral kontraseptifler, oral progestinler, norethindrone asetat, dienogest, depot progestin, Gonadotropin Relasing Hormon (GnRH) antagonistleri ve intrauterin levonorgestrel (LNG-RİA) kullanılmaktadır (3,5).

Pelvik ağrının tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılan hormonal ilaçlar, kombine oral kontraseptiflerdir (15). Kombine oral kontraseptifler, gonodotropinler üzerindeki baskılayıcı etkileri ile anovulatuvar sıklusa ve endometrial dokuda atrofiye neden olmaktadır (18). Bu ilaçlar alındığı sürece etkili olmaktadır ancak bırakıldığında endometriozis belirtileri ve gebe kalma yeteneği geri dönmektedir. Bunların yanında ilaçların, kilo alma, şişkinlik ve adet arası kanamalar gibi yan etkileri bulunmaktadır (7). Hastalar, yan etkiler ile baş etmekte zorlandığı ve östrojenin kontrendike olduğu durumlarda kombine oral kontraseptifler yerine progesteron içeren ilaçlar, ağrının tedavisinde tek başına kullanılabilir (3,5). Progestin tedavisinde; norethindrone asetat, dienogest, depot progestin ve LNG RİA kullanılmaktadır. Etki mekanizmaları, kombine oral kontraseptifler ile aynıdır (18). Bu ilaçların yan etkileri türevlerine göre değişiklik göstermektedir. Norethindrone Asetat (NTA)'ın Ca metabolizması üzerine olumlu etkileri varken, serum HDL metabolizması üzerine negatif etkileri görülebilmektedir (15). Depot progestin ise ağrı yakınması olan kadınlarda, ağrının azaltılmasında ekonomik bir alternatiftir ancak uzun süreli kullanımında kemik dansitesi üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (19). Diğer bir progesteron türevi olan LNG RİA ise, antiöstrojenik etkisi olan bir preparattır. Kanıta dayalı çalışmalarda, LNG-RİA'nın ağrıyı azaltmada başarılı olduğu ve üç yılın üzerinde semptom kontrolünü sağladığı ifade edilmektedir (15,20). Progestinler; kolay kullanımı, yan etkilerinin az olması, etkinliği ve maliyeti açısından endometriozis ilişkili ağrıyı azaltmada iyi bir seçenektir. Ancak yapılan kontrollü çalışmaların incelendiği sistematik bir derlemede, progesteron tedavisinin GnRH kadar etkili olmadığı belirtilmektedir (21).

GnRH antagonistleri, dokularda gonodotropik hormonlara karşı duyarsızlık geliştirerek, bir nevi menopoza neden olmakta böylelikle endometriozisin gelişimini yavaşlatmakta veya durdurmaktadır (18). Ancak bu ilaçların, sıcak basması, yorgunluk, baş ağrısı, depresyon, vajinal kuruluk ve osteoporoz gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır (7). GnRH antagonistleri kullanıldıkları ilk altı ayda kemik yoğunluğunun %6'sının geri dönüşümsüz olarak kaybına neden olmaktadır (15). 'Add-back' tedavisi ile bu negatif etkileri azaltılabilmektedir. Add-back tedavisi, GnRH antagonistleri alındığı sırada düşük doz östrojen ve progesteron alımını ya da tibolone (vücutta östrojen ve progesteron salınımını aktive eden sentetik bir steroid) alımını içermektedir. GnRH antagonistlerinin kullanımları altı ay ile sınırlıdır ve ilaçlar bırakıldığında semptomlar geri dönmektedir (15).

Endometriozis tedavisinde kullanılan diğer bir ilaç ise danazoldur. Sentetik bir androjen olan danazol, menstrual siklusu yöneten hormonların salınımını durdurarak, amenoreye neden olmakta ve endometriozis gelişimi üzerinde negatif etki oluşturmaktadır. Bu ilacın akne, şişkinlik, kilo alma, kas krampları, yorgunluk, ateş basması ve ses kalınlaşması gibi yan etkileri görülmektedir (7). Yapılan deneysel çalışmaların incelendiği bir meta analizde, danazol endometriozisin semptomlarını azaltmada etkili olduğu ancak androjenik yan etkilerinin kullanımını kısıtladığı belirtilmektedir (22).

Tablo 1. Endometriozis Tedavisinde Kullanılan İlaçların Etki Mekanizması ve Yan Etkileri

İlaç	Etki Mekanizması	Yan Etkileri
Kombine oral kontraseptifler	Ovulasyon inhibisyonu	Duygu durum değişikliği, baş ağrısı, mide bulantısı, hipertansiyon, derin ven trombozu
Oral progesteronlar	Lezyonların atrofisi	Düzensiz kanama, duygu durum değişikliği, kilo alımı, akne
Levonorgesterol salgılayan rahim içi araç	Lezyonların atrofisi	Düzensiz kanama, duygu durum değişikliği, meme hassasiyeti
Etonogestrol implantlar (İmplanon)	Ovulasyon inhibisyonu ve lezyonların atrofisi	Düzensiz kanama, duygu durum değişikliği, kilo alımı, akne
Gonadotrophin releasing hormone agonistleri	Hipofiz over aksının regülasyonunu azaltarak hipoöstrojenite ve lezyonların atrofisi	Ateş basması, libido değişiklikleri, vajinal kuruluk, baş ağrısı, duygu durum değişikliği, akne, miyalji, meme dokusunda küçülme
Androjenler (danazol)	Östrojen sentezini inhibe ederek lezyonların atrofisi	Akne, hirsütizm, ses kalınlaşması, duygu durum değişikliği

Kaynak (23): Black K, Fraser SI. Medical management of endometriosis. Australian Prescriber 2012; 35:114-117.'den alınmıştır.

B. Cerrahi Tedavi

Medikal tedavinin, ağrıyı azaltmada etkili olmadığı ya da kadının gebelik istediği durumlarda (medikal ilaçların ovulasyonu baskılaması nedeniyle) lezyonlar çıkarılabilmekte ve ya laparoskopik cerrahi yapılabilir. Laparoskopik cerrahinin, uterin sinirin çıkarılmasını içeren ya da içermeyen seçenekleri bulunmaktadır (3,4). Laparoskopik olarak uterin sinirin çıkarılması ve diğer cerrahi tedavi seçeneği olan, presakral sinirin çıkarılması

işlemlerinin, endometriozis ilişkili dismenore ve abdomenin orta hattındaki ağrının azaltılmasında etkili olabildikleri ifade edilmektedir. Ancak bunu ortaya koyan kanıt niteliğinde çalışma bulunmamaktadır (24).

Medikal ve cerrahi tedaviler (lezyonların çıkarılması, uterin ya da presakral sinirin çıkarılması) uygulanmasına rağmen, semptomların azaltılamadığı ya da hastanın medikal tedavinin yan etkileri ile baş edemediği durumlarda, kadın gebe kalmayı düşünmüyorsa; tedavi seçeneği olarak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulanabilmektedir (3,5).

C. Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi

Endometriozis ilişkili yakınması olan birçok kadın, beslenmenin ve destekleyici tedavinin (akupunktur, homepati, refleksoloji, geleneksel çin ilaçları, bitkisel tedavi) ağrılarını azalttığını ifade etmektedir. Ancak bu etkiyi ortaya koyan randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (25). Yoga, meditasyon, reiki ve miktanis tedavileri gibi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ağrının azaltılmasında kullanılabilmektedir (25). Akupunktur jinekolojide birçok hastalıkta tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Fakat endometriozis ilişkili ağrıyı azaltmada etkili olduğuna ilişkin kanıt sayısı kısıtlıdır (26). Geleneksel çin ilaçlarının etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelendiği sistematik bir derlemede, çin bitkisel tedavisinin danazoldan daha etkili olduğu belirtilmektedir (27).

IV. Endometriozisle İlişkili Ağrının Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Endometriozis, destekleyici ve işbirlikçi yaklaşım gerektiren kronik ve ilerleyici bir hastalıktır. Endometriozisin yaygın semptomları, kadının iyilik halini ve yaşam kalitesini ciddi derecede etkilemektedir (2). Hastalığın ilerlemesinin önlenmesinde ve kişinin sağlığının yükseltilmesinde hemşire anahtar rol oynamaktadır (2). Endometriozisin tanılanmasında ve yönetiminde, hemşirenin etkili olabilmesi için öncelikle hastalığın belirti, bulgularını ve risk faktörlerini tanıyabilmesi gerekmektedir (28). Endometriozisin olası nedenleri ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmak, birçok kadında görülen olumsuz deneyimleri azaltmada önemli bir adımdır (29).

Endometriozisin tanılanmasında diğer önemli adım ise pelvik ağrı şikâyeti ile sağlık kurumuna başvuran hastalardan detaylı veri toplanarak endometriozis varlığının sorgulanmasıdır. Bu veri toplama sürecinde hemşire, pelvik ağrının lokalizasyonu, sıklığı,

şiddeti ve ağrının günlük yaşam aktivitelerine etkisi gibi spesifik endometriozis belirtilerini sorgulamalıdır (29,30). Bunların yanında, menarş yaşı, siklus süresi, endometrial materyalin özelliği, hastanın yaşadığı semptomlar, gebelik öyküsü, geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, ilaç kullanımı ve psikososyal semptomların varlığı sorgulanmalıdır. Ayrıca, ailede endometriozis öyküsü ya da potansiyel semptomların varlığı (Örneğin; hastanın annesinde ya da kız kardeşinde menoraji, metroraji, dismenore ya da bilinmeyen nedenlerden dolayı yapılan histerektomi) değerlendirilmelidir (28). Hemşire tarafından alınacak olan bu sistematik sağlık öyküsü, endometriozisin tanınmasına yardımcı olacaktır (28,31). Endometriozisin doğru ve zamanında tanınması, semptomların yönetiminde ve fertilitenin sürdürülebilmesinde ciddi öneme sahiptir (28). Endometriozis geç tanındığında ise küçük lezyonlar büyüyerek pelvik anatominin bozulmasına ve daha ciddi tıbbi durumlara dolayısıyla kadının yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (2). Hemşireler, hastaların eğitimi ile endometriozisin tanısını kolaylaştırabilmektedir (30,31). Bu eğitimde, pelvik ağrısı olan hastalara endometriozise özgü belirtilerin anlatılması ve belirtilerinde meydana gelen değişikliklerde sağlık kurumuna başvurunun önemi vurgulanmalıdır. Endometriozis tanısı alan hastalara verilen eğitimde ise, benzer şekilde belirtilerin tanınmasının, endometriozise ilişkin belirtilerde meydana gelen değişikliklerde sağlık kurumuna başvurunun, tedaviye uyumun ve düzenli sağlık kontrolünün önemine dikkatle değinilmelidir (2,31). Endometriozis ilişkili ağrının fiziksel boyutu kadar psikososyal boyutu da bulunmaktadır. Kadınlar, endometriozis ilişkili semptomlar nedeniyle iş/eğitim kaybı ve aile ilişkilerinde bozulmalar yaşayabilmektedir (28). Pelvik ağrı şikâyeti olan kadınlar, yaşamlarını menstrual döngülerine göre planlamakta ve bu dönemde iş/eğitime devamda sorunlar yaşayabilmektedirler. Endometriozise eşlik eden bu emosyonel stres, ancak hastaların desteklenmesi ve eğitimi ile azaltılabilir (29). Bundan dolayı, hemşire sadece fiziksel bakıma odaklanmamalıdır. Kadınların hastalıkları, tedavileri ve geleceklere ile ilgili açıklama yapılmasına ve sağlık personeline güvenmeye olan ihtiyaçları unutulmamalıdır (28). Hemşirelerin, hasta ile aralarında geliştirecekleri güven ve saygıya dayalı terapötik iletişim, hastaların kendileri ile ilgili çok hassas konuları (disparoni gibi) paylaşmasına olanak tanıyacaktır (32,33). Endometriozis düşünülen ya da kesin tanısı olan hastalara uygulanması gereken bu holistik ve hasta odaklı yaklaşım, hemşirelerin sahip olduğu temel güçtür (2). Şüphesiz bu yaklaşım ile hemşire, hastaların semptomlarla ve komplikasyonlarla baş edebilmeleri için gerekli gücü bulmalarına yardımcı olacaktır (29).

Sonuç olarak, endometriozisle ilişkili pelvik ağrı, kadınların yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkilemektedir. Bu hastalığın ve semptomlarının yönetimi hemşirelerin, hekimlerin, diyetisyenlerin, fizyoterapistlerin, psikologların ve kronik ağrı uzmanlarının bulunduğu multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu ekip içerisinde hemşire, uygulayacağı holistik ve hasta odaklı yaklaşım ile önemli bir yere sahiptir. Endometriozisin tanınması, tedavisi ve takibi sürecinde hasta ile hemşire arasında oluşturulacak terapötik iletişim hastalığın yönetimine ciddi katkı sağlayacaktır. Bu nedenle, obstetri ve jinekoloji kliniklerinde çalışan hemşireler için endometriozisle ilişkili ağrının tanınması ve yönetimi sürecinde yukarıda sözünü ettiğimiz bilgi ve becerinin kazandırılmasını amaçlayan eğitimlerin düzenlenmesi, önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kocakoç E, Bhatt S, Dogra VS. Endometriosis. *Ultrasound Clin* 2008; 3: 399-414.
2. Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis And Management Of Endometriosis: The Role Of The Advanced Practice Nurse In Primary Care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010; 22: 109-116.
3. Jackson B, Telner DE. Managing The Misplaced: Approach To Endometriosis. *Canadian Family Physician* 2006; 52:1420–1424.
4. Kennedy S, Agneta B, Chapron C, D’Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE Guideline For The Diagnosis And Treatment Of Endometriosis. *Human Reproduction* 2005; 20: 2698–2704.
5. Mounsey AL, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis And Management Of Endometriosis. *American Academy of Family Physicians* 2006; 74: 594–600.
6. Berek JS. Endometriosis, Erk A, Novak Jinekoloji, 13. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s931-972.
7. Çiçek MN, Mungan MT. Endometriosis, *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, 1. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Evleri, 2007, s587-596.
8. National Institutes of Health. Health And Human Development Topics: Endometriosis. 2012;accessibledata:
<http://www.nichd.nih.gov/about/meetings?ContentType=Topics&TopicName=Endometriosis&topicurl=endometri - 101k - 11/30/2012>.

9. The Practice Committee Of The American Society For Reproductive Medicine (Asrm), Endometriosis And Infertility: A Committee Opinion. American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama 2012; 98 (3).
10. Jacobson, TZ, Duffy JM, Barlow D. Koninckx PR, Garry R. Laparoscopic Surgery For Pelvic Pain Associated With Endometriosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; (4).
11. SOGN, Clinical Practise Guidline Endometriosis: Diagnosis and Management..Journal of Obstetry and Gynecology 2010; 244.
12. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time Elapsed From Onset Of Symptoms To Diagnosis Of Endometriosis In A Cohort Study Of Brazilian Women. Hum Reprod 2003; 18:756–9.
13. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis And Pelvic Pain: Epidemiological Evidence Of The Relationship And Implications. Hum Reprod Update 2005; 11:595–606.
14. Pugsley Z, Ballard K. Management Of Endometriosis In General Practice: The Pathway To Diagnosis. British Journal of General Practice 2007; 57: 470–476.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Investigation And Management Of Endometriosis. Green-Top Guideline 2006; 24.
16. Allen C, Hopewell S, Prentice A, Allen C. Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs For Pain In Women With Endometriosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; (4).
17. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A Systematic Review Of The Accuracy Of Ultrasound In The Diagnosis Of Endometriosis, Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2002; 20, 630–634.
18. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Endometriosis, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı, Güneş Tıp Kitabevi, 2008, Ankara.
19. Schlaff WD, Carson SA, Luciano A, Ross D, Bergqvist A. Subcutaneous Injection Of Depot Medroxyprogesterone Acetate Compared With Leuprolide Acetate In The Treatment Of Endometriosis-Associated Pain. Fertil Steril 2006; 85:314–25.
20. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use Of A Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device In The Treatment Of Rectovaginal Endometriosis. Fertil Steril 2001; 75: 485–8.

21. Schroder AK, Diedrich K, Ludwig M. Medical Management Of Endometriosis: A Systematic Review, *IDRUGS* 2004; 7 (5): 451-463.
22. Farquhar C, Prentice A, Singla AA, Selak V. Danazol For Pelvic Pain Associated With Endometriosis (Review). *The Cochrane Library* 2010; (11).
23. Black K, Fraser SI. Medical Management Of Endometriosis. *Aust Prescr* 2012; 35: 114-117.
24. Latthe PM, Proctor ML, Farquhar CM, Johnson N, Khan KS. Surgical Interruption Of Pelvic Nerve Pathways In Dysmenorrhea: A Systematic Review Of Effectiveness. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86 (1): 4–15.
25. Suresh PK. Complementary And Alternative Medicine (Cam) Therapies For Management Of Pain Related To Endometriosis. *International Research Journal Of Pharmacy* 2012; 3(3): 30-34.
26. Zhu X, Hamilton KD, McNicol E.D. Acupuncture For Pain In Endometriosis (Review). *The Cochrane Library* 2011; (9).
27. Flower A, Liu JP, Lewith G, Little P, Li Q. Chinese Herbal Medicine For Endometriosis (Review). *The Cochrane Library* 2012; (8).
28. Altman G, Wolczyk M. Overview And Recommendations For Primary Care Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners* 2010; 6(6), 427-434.
29. Lemaire, G. S. More Than Just Menstrual Cramps: Symptoms And Uncertainty Among Women With Endometriosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2004; 33(1): 71–79.
30. Bloski T, Pierson R. Endometriosis And Chronic Pelvic Pain, Unraveling the Mystery Behind this Complex Condition. *Nursing for Women's Health* 2008; 12(5); 383-395.
31. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning To Take Charge: Women's Experiences Of Living With Endometriosis. *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery* 2003; 9(2), 62–68.
32. Huntington A, Gilmour JA. A Life Shaped By Pain: Women And Endometriosis. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14(9), 1124–1132.
33. Denny E. Women's experience of endometriosis. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46(6), 641–648.