

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

MÜLTECİ VE TÜRK KADINLARINDA KRONİK
PELVİK AĞRI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Zeynep DEMİRTAŞ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2020

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**MÜLTECİ VE TÜRK KADINLARINDA KRONİK
PELVİK AĞRI VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep DEMİRTAŞ

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ**

ESKİŞEHİR

2020

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Dr. Zeynep DEMİRTAŞ'a ait "Mülteci ve Türk Kadınlarında Kronik Pelvik Ağrı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:04.06.2020

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunun
.....Tarih ve.....Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ
Dekan Vekili

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, bilimsel katkı, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Didem ARSLANTAŞ'a, tıpta uzmanlık eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Selma METİNTAŐ'a, Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL'a, Prof. Dr. Burhanettin IŐIKLI'ya ve Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ'e teşekkür ederim.

ÖZET

Demirtaş Z, Mülteci ve Türk Kadınlarında Kronik Pelvik Ağrı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2020. Çalışmanın amacı mülteci ve yerel kadınlarda kronik pelvik ağrı(KPA) sıklığının saptanması, KPA ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Çalışma Mayıs-Ekim 2019 tarihleri arasında Sivrihisar Aile Sağlığı Merkezine başvuran yerel kadınlar ve ESOĞÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezine başvuran mülteci kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 283 yerel kadın ve 278 mülteci kadın çalışma grubunu oluşturdu. Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHOQOL-BREF) ile, depresyon, anksiyete ve stres ise Depresyon Anksiyete Stres Skalası-21(DASS-21) ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon analizi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanıldı. Kronik pelvik ağrı sıklığı mülteci kadınlarda %41.0, yerel kadınlarda %19.1 olarak bulundu($p<0.001$). Yapılan çok değişkenli analizde mülteci olmak kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak saptandı(OR:1.68;1.01-2.81). Kronik pelvik ağrının şiddeti mülteci grupta yerel gruptan daha yüksek bulundu($p<0.001$). Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olanların WHOQOL-BREF ölçeğinin bütün alt alanlarından aldıkları puanlar, olmayanlara göre daha düşük saptandı($p<0.05$). Mülteci grupta KPA için risk faktörleri olarak; aile gelir durumunun kötü olması, dismenore, disparoni, jinekolojik ameliyat dışında batından ameliyat öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti ve anksiyete saptandı. Yerel grupta ise bel ağrısı, disparoni, kontraseptif yöntem kullanma, jinekolojik ameliyat öyküsü, ishal ve anksiyete KPA için risk faktörleri olarak saptandı. Çalışma, kronik pelvik ağrının mülteciler için önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. KPA için riskli bir grup olan mülteci kadınlara KPA ve ilişkili olabilecek faktörlere yönelik sağlık eğitimi verilmesi ve sağlık hizmetine yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Altta yatan psikolojik bozuklukların tedavisi kronik pelvik ağrı ile başa çıkma ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından öncelikli olabilir.

Anahtar Kelimeler: kronik pelvik ağrı, mülteci, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Demirtaş Z, Assessment of Chronic Pelvic Pain and Quality of Life in Refugee and Turkish Women, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Medical Speciality Thesis, Eskişehir, 2020. The aim of the study is to determine the frequency of chronic pelvic pain(CPP) in refugee and local women, to determine the factors associated with CPP and to evaluate the quality of life. The study is a cross-sectional study conducted on local women who applied to Sivrihisar Family Health Center and refugee women who applied to ESOGU Women's Health Counseling Center during May and October 2019. The study group consisted of 283 local women and 278 refugee women who are agreed to participate in the study. Quality of life was assessed by the World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHOQOL-BREF), and depression, anxiety and stress were evaluated by Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21). Chi-square test, Mann Whitney U test, Spearman correlation analysis and multiple logistic regression analysis were used. The frequency of chronic pelvic pain was 41.0% in refugee women and 19.1% in local women (<0.001). In the multivariate analysis, being a refugee was found to be a risk factor for chronic pelvic pain (OR: 1.68; 1.01-2.81). The severity of chronic pelvic pain was higher in the refugee group than the local group ($p <0.001$). The scores of those with chronic pelvic pain in refugee and local group were lower in all subfields of the WHOQOL-BREF scale than those without ($p <0.05$). In the refugee group; poor family income, dysmenorrhea, dyspareunia, a history of abdominal surgery other than gynecological surgery, urinary tract infection and anxiety were found as risk factors for CPP. In the local group, low back pain, dyspareunia, using contraceptive methods, gynecological surgery history, diarrhea and anxiety were determined as risk factors for CPP. The study reveals that chronic pelvic pain is an important problem for refugees. Refugee women, who are a risky group for CPP, should be provided with health education and directed towards health services for CPP and related factors. Treatment of the underlying psychological disorders may be a priority in dealing with chronic pelvic pain and improving the quality of life.

Key Words: chronic pelvic pain, refugee, quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Mülteci Kavramı	5
2.2. Kronik Pelvik Ağrı	13
2.3. Yaşam Kalitesi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Çalışmanın Tipi	22
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Çalışma Grubu	22
3.4. Çalışma İzinleri	23
3.5. Çalışma Prosedürü	23
3.6. Çalışmada Kullanılan Anket Form ve Ölçekler	23
3.7. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar	26
3.8. İstatistiksel Analizi	27
4. BULGULAR	28

	Sayfa
4.1. Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri	28
4.2. Çalışma Grubunda Kronik Pelvik Ağrı Sıklığı ve Şiddeti	31
4.3. Çalışma Grubunda Yer Alan Mülteci Kadınların Kronik Pelvik Ağrı İle İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlere Göre Dağılımı	33
4.4. Çalışma Grubunda Yer Alan Yerel Kadınların Kronik Pelvik Ağrı ile İlişkili Olabilecek Değişkenlere Göre Dağılımı	36
4.5. Çalışma Grubunun DASS-21 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	39
4.6. Kronik Pelvik Ağrısı Olan ve Olmayanların DASS-21 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	40
4.7. Çalışma Grubunun WHOQOL-BREF Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	42
4.8. Kronik Pelvik Ağrısı Olan ve Olmayanların WHOQOL-BREF Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	42
4.9. Çalışma Grubunda KPA ile İlişkili Olduğu Saptanan Değişkenlerle Oluşturulan Çok Değişkenli Analiz Sonuçları	43
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	63

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DASS-21	Depresyon Anksiyete Stres Skalası-21
DASS-42	Depresyon Anksiyete Stress Skalası-42
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İBS	İrritabl bağırsak sendromu
KPA	Kronik pelvik ağrı
OR	Odd's Ratio
r	Korelasyon Katsayısı
SE	Standard Error (Standart Hata)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği)
UN	United Nations (Birleşmiş Milletler)
VAS	Vizüel Analog Skala
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
χ^2	Ki-kare değeri
£	Pound

TABLÖLAR

	Sayfa
3.1. WHOQOL-BREF'in alan ve bölümleri	25
4.1. Yerel ve mülteci grubun bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı	29
4.2. Çalışma grubunun KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı	30
4.3. Çalışma grubunda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların yerel ve mülteci gruba göre dağılımı	32
4.4. Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı	34
4.5. Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı	35
4.6. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı	37
4.7. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek değişkenlere göre dağılımı	38
4.8. Mülteci ve yerel grubun DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı	40
4.9. Kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı	41
4.10. Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olanlarda kronik pelvik ağrının şiddeti ile DASS-21 ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları	41

	Sayfa
4.11. Mülteci ve yerel grubun WHOQOL-BREF ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı	42
4.12. Mülteci grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların WHOQOL-BREF alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı	43
4.13. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların WHOQOL-BREF alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı	43
4.14. Mülteci grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)	44
4.15. Yerel grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)	45
4.16. Tüm grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)	46

GRAFİKLER

	Sayfa
2.1. Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler	8
2.2. Uluslararası koruma başvurusunda bulunanların yıllara göre değişimi	9
2.3. Türkiye’de 2018 yılında uluslararası koruma başvurusu yapan yabancıların uyruklarına göre dağılımı	10
4.1. Kronik pelvik ağrısı olan yerel ve mülteci grupta kronik pelvik ağrı şiddetinin dağılımı	33

1.GİRİŞ

Dünyada artan eşitsizlikler, çatışmalar ve savaşlar sonucunda giderek büyüyen bir sorun olan mülteciler, içinde buldukları zorlu yaşam koşulları nedeniyle önemli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalmaktadır (1,2). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR), ülkelerinde yaşanan kriz nedeniyle göç etmek zorunda kalan gruplar içerisinde, özellikle kadınların savunmasızlığına ve özel gereksinimlerine dikkat çekmektedir (3). Mülteci olmalarının yanında kadın olmalarından da kaynaklı riskler taşıyan ve sağlık açısından en savunmasız gruplardan olan mülteci kadınlar, önemli bir halk sağlığı konusudur (3,4).

Çatışma veya zulüm nedeniyle her gün 37.000 kişi zorla yerlerinden edilmektedir. Dünya genelinde şimdiye dek görülmemiş büyüklükte bir nüfusa karşılık gelen 70.8 milyon kişi evlerini terk etmek zorunda kalmıştır. Bu nüfusun 25.9 milyonunu mülteciler oluşturmaktadır (5). Dünya genelindeki mültecilerin %57'sini Suriye, Afganistan ve Sudan gibi iç savaş ve çatışma yaşanan üç ülkeden kaçanlar oluşturmaktadır (6). Suriye, dünyada mültecilerin en büyük kaynağı olan ülkedir. Suriyeli mültecilerin en büyük bölümüne Türkiye ev sahipliği yapmaktadır (7). UNHCR'ye göre Türkiye, 3.6 milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mültecinin yanı sıra 365.000'den fazla diğer uyruklardan kişilere de ev sahipliği yapmaktadır (8).

Mülteciler göç öncesi yaşadıkları çevre, göç sırasında yaşadıkları ve geldikleri ülkedeki sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle önemli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır (2). Yetersiz beslenme, barınma sorunları, dil engeli, sağlık hizmetlerine erişim sıkıntısı, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler mültecilerin sağlığını olumsuz etkilediği gibi bulaşıcı hastalıkların yayılması ve salgın riski sebebiyle buldukları toplumun da sağlığını olumsuz etkilemektedirler. Yaşadıkları ortamın kalabalıklığı, barınma ve hijyen sorunları mültecilerde bulaşıcı hastalıklar açısından risk yaratan etmenlerdir (9).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle diğer aile üyelerine öncelik verilmesi ve sağlık hizmeti arama korkusu sonucu mülteci kadınların sağlığı ve üreme sağlığı orantısız bir şekilde zarar görmektedir. Mülteci kadınların doğurganlık sayıları yüksek ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi yetersiz olduğu göz önüne alındığında üreme sağlığı açısından önemli riskler taşıdıkları düşünülmektedir. Jinekolojik, obstetrik sorunlar ve ruhsal problemler mülteci kadınlarda yerel halka göre daha fazla

görülmektedir. Menstruel düzensizlik, ciddi pelvik ağrı veya dismenore, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, üreme sistemi enfeksiyonları, erken evlilik, erken yaşta hamilelik ve gebelikle ilişkili problemlerin mülteci kadınlarda yaygın olduğu bildirilmektedir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığına dayalı şiddet, cinsel ve fiziksel şiddet mülteci kadınların sıkça karşı karşıya kaldığı sorunlardır. İçinde buldukları olumsuz koşullar, stres faktörleri ve travmatik bir öyküye sahip olmalarının sonucu olarak ruhsal bozukluklar da yaygın olarak görülmektedir (10-15) . Bu bilgiler ışığında kadın sağlığı ve ruhsal sağlık açısından en riskli gruplardan olan mülteci kadınların sorunlarının araştırılması yapılacak müdahalelerin belirlenmesinin ilk basamağı olarak oldukça önemlidir.

Kronik pelvik ağrı (KPA) kadınlarda sık görülen, kadının günlük aktivitelerini, sosyal yaşamını ve ilişkilerini önemli ölçüde etkileyen bir sorundur (16). Kronik pelvik ağrı en az altı ay süren, menstruasyon, cinsel ilişki veya gebelik ile ilişkili olmayan, alt karın veya pelviste sürekli veya aralıklı ağrı olarak tanımlanmaktadır (17). KPA, birinci basamakta migren, astım ya da bel ağrısı kadar sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur (18). Dünya genelinde prevalansının % 5.7-26.6 arasında değiştiği bildirilmektedir (19). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise kadınlarda kronik pelvik ağrı sıklığı %12.2 olarak rapor edilmiştir (20). Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrı prevalansını bildiren bir çalışma olmamakla birlikte Lübnan’daki mülteci kadınlarda yapılan bir çalışmada pelvik ağrı ve dismenore sıklığı, %51.6 olarak bildirilmiştir (10).

Çoğu hastada kronik pelvik ağrının etyolojisi tek bir faktöre bağlanamamaktadır yani multifaktöriyeldir. KPA nın etyolojisinde jinekolojik, gastrointestinal, üriner, kas iskelet sistemine ait patolojiler ve psikiyatrik bozuklukların rol oynadığı bilinmektedir. Başlıca nedenleri arasında endometriyozis, adezyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, interstisyel sistit, irritabl bağırsak sendromu ve miyofasyal ağrı sayılabilir (21,22). Depresyon, anksiyete, stres, fiziksel veya cinsel istismar öyküsü, posttravmatik stres bozukluğu ve uyku bozukluğu KPA ile birliktelik gösteren psikiyatrik durumlar arasında sayılmaktadır (21,23). Disparoni, dismenore ve irritabl bağırsak sendromu kronik pelvik ağrının en sık bildirilen komorbiditeleridir (24).

Kronik pelvik ağrının multifaktöriyel etyolojisi ile tanı ve etkili tedavisinin güçlüğü göz önüne alındığında sağlık hizmet sunumunda bu hastalar önemli bir yük

oluşturmaktadır. KPA'nın sağlık hizmetine getirdiği yüke bakıldığında, ABD'de yılda yaklaşık 881,5 milyon dolara (25), İngiltere'de ise 158 milyon £ mal olduğu bildirilmektedir (26). Aynı zamanda kadınların çalışma hayatını da olumsuz etkilemekte; iş gücü kaybına, iş verimliliğinde azalmaya ve işten ayrılmalara neden olarak ek mali yük de getirmektedir (25).

Kronik pelvik ağrı sadece ekonomik değil, aynı zamanda sosyal sorunlara da yol açmaktadır. Kadınlarda azalmış fiziksel aktiviteye, sosyal izolasyona, cinsel disfonksiyona ve uyku kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Kronik pelvik ağrı kadınların günlük hayatını olumsuz etkileyerek fiziksel ve mental sağlığı bozmakta ve kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Kronik pelvik ağrısı olan kadınların anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin de daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (25, 27-30).

Kronik pelvik ağrının stresli yaşam olayları, travma öyküsü ve ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu düşünüldüğünde mülteci kadınlar kronik pelvik ağrının risk faktörlerine sahip bir grup olabilir. Bununla birlikte mülteci kadınların jinekolojik problemleri sıkça yaşadıkları göz önüne alındığında kronik pelvik ağrı mülteci kadınlarda yaygın bir problem olabileceği için bu durumun sıklığının ve ilişkili faktörlerin saptanması önemlidir. Türkiye, dünyada en çok mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumunda iken mültecilerin sağlık problemlerinin belirlenmesi halk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Mülteci popülasyon içinde daha savunmasız bir grup olan kadınların özellikle ele alınması ve kadın sağlığına ilişkin sorunlarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Literatürde mülteci popülasyonlarda kronik ağrı durumlarının daha sık olduğu bildirilmektedir (15,31) ancak mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanamadı. Bu bağlamda çalışmanın amaçları:

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Kadın Sağlığı Danışma Merkezine başvuran mülteci kadınlarda ve Sivrihisar Aile Sağlığı Merkezine başvuran yerel kadınlarda kronik pelvik ağrı sıklığının ve şiddetinin saptanması

2. Her iki gruptaki kadınlarda kronik pelvik ağrı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi

3. Her iki gruptaki kadınlarda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi ve KPA ile ilişkisinin değerlendirilmesi

4. Her iki gruptaki kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mülteci Kavramı

Dünyada zulüm, çatışma, şiddet veya insan hakları ihlalleri sonucunda zorla yerinden edilmiş kişilerin nüfusu, 2009 yılında 43.3 milyon iken 2018'de 70.8 milyona yükselerek dünya çapında rekor bir seviyeye ulaşmıştır. Bunun 25.9 milyonunu mülteciler, 41.3 milyonunu ülke içinde yerinden edilen kişiler, 3.5 milyonunu ise sığınmacılar oluşturmaktadır. Bu artışın büyük kısmı, Suriye'deki çatışma nedeniyle 2012 ve 2015 yılları arasında yaşanmıştır. Ancak, Orta Doğu'da Irak ve Yemen, Sahra altı Afrika'da Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Güney Sudan gibi diğer ülkelerde yaşanan çatışmalar da bu artışa katkıda bulunmuştur. Dünyada mültecilerin en büyük kaynağı 6.7 milyon ile Suriye olup, ikinci sırada 2.7 milyon Afgan mülteci gelmektedir (6,32).

Dünya genelinde hemen hemen her ülke göçten etkilenmiştir. Türkiye, coğrafi konumu nedeniyle düzensiz ve kitlesel göçler bakımından hedef ülke haline gelmiştir (33). Çatışma, şiddet ve zulüm sebebiyle zorla yerinden edilen kişilerin sayısı küresel çapta rekor düzeylere ulaşırken; Türkiye dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumundadır (8). Ulusal nüfusa göre bakıldığında ise dünyada üçüncü sırada en fazla mülteci bulunduran ülkedir (23 kişiden 1'i) (7).

Sığınma hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 14. maddesinde "Herkesin zulüm karşısında sığınma hakkı vardır" ifadesiyle temel bir hak olarak vurgulanmaktadır (34). Mültecilerin Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi'ne göre mülteci: "ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen; yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen şahıstır" (35). Afrika Birliği Örgütü'nün 1969 yılında kabul ettiği Mülteci Sözleşmesi'ne göre ise mülteci tanımı "dış saldırı, işgal, yabancı egemenliği veya vatandaşı olduğu kendi ülkesinin bir bölümünde ya da bütününde kamu düzenini ciddi bir biçimde tehdit eden olaylar yüzünden, ülkesi dışında başka bir yere sığınmak için yaşadığı yerden ayrılmak

zorunda kalan her insanı kapsar" şeklindedir (34). Sığınmacı ise zulüm veya ciddi zarardan korunmak amacıyla, kendi ülkesi dışında bir ülkede güvenlik arayışında olan ve ilgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde mültecilik statüsüne ilişkin yaptığı başvurunun sonucunu bekleyen kişi olarak tanımlanmaktadır (36).

Mülteci ve sığınmacı kavramları, aralarında keskin bir ayırım olmadığından sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Bu kavramlar arasında daha çok sosyolojik açıdan bir benzerlik olmakla birlikte, hukuki statü olarak birbirinden farklı tanımları ifade etmektedir (37). Hayati tehlikeler ve güvenlik sorunu nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan veya zorla yerlerinden edilen bireylerin hukuki statülerinde ulusal ve uluslararası düzeyde farklılıklar olsa da literatürdeki çalışmalarda genel olarak mülteci olarak ifade edilmektedir. UNHCR raporlarında da Türkiye'deki geçici koruma altında bulunan Suriyeliler, mülteci olarak ifade edilmektedir (7). Şartlı mülteci, geçici koruma, uluslararası koruma gibi statüleri kapsayan bir ifade olarak mülteci kavramı literatürde sıkça kullanılmaktadır. Benzer şekilde bu çalışmada da güvenlik sorunu nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan yabancı uyruklu bireyler için hukuki statülerine bakılmaksızın 'mülteci' kavramı tercih edilmiştir.

2.1.1. Yasal Mevzuat

Türkiye, uluslararası standartlara uygun etkin bir ulusal sığınma sistemi inşa edebilmek için yasal ve kurumsal reformlar gerçekleştirmiştir. Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Cenevre Sözleşmesi 1951 yılında imzalanmış olup uluslararası mülteci hukukunun temel belgesi olarak kabul edilmektedir. Türkiye'nin 1961 yılında kabul ettiği bu sözleşme, Türkiye'nin mülteci ve sığınmacılarla ilgili mevzuatının en önemli dayanağını oluşturmaktadır. Cenevre Sözleşmesi Türkiye tarafından coğrafi çekince koyularak kabul edilmiştir ve buna göre Avrupa ülkelerinden gelenler mülteci statüsünde kabul edilmektedir (34). Mültecilerin Hukuki Statüsüne Dair 1967 tarihli Ek Protokol, Türkiye tarafından 1968 yılında onaylanmıştır (38,39).

Türkiye'nin ilk sığınma kanunu olan Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 11 Nisan 2013'te yürürlüğe girmiştir (8). Söz konusu kanun ile ülkemizden uluslararası koruma başvurusunda bulunan yabancıların müracaatlarının ardından yapılan değerlendirme neticesinde Avrupa'dan gelenleri 'mülteci' statüsünde kabul etmekte, Avrupa dışından gelen yabancıları ise üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar

uluslararası korumaya alarak ‘şartlı mülteci’ statüsünde kabul etmektedir. Ancak böyle ikili tanımlama yapılmasına rağmen tüm başvuru sahiplerinin talepleri uluslararası koruma usulleri açısından hiçbir ayırım gözetilmeksizin, 1951 Cenevre Sözleşmesi, 1967 tarihli Protokol ile 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu çerçevesinde yürütülmektedir.

Suriye’de yaşanan iç karışıklıktan dolayı ülkemize koruma amaçlı gelen Suriyeliler ise uluslararası koruma başvurularının bireysel olarak değerlendirme imkanı olmadığından ‘geçici koruma’ kapsamına alınmıştır (38). Geçici koruma sağlanan kişilerin hakları, yükümlülükleri ve bu kişilere ilişkin prosedürleri ortaya koyan Geçici Koruma Yönetmeliği, Türkiye tarafından 22 Ekim 2014 tarihinde kabul edilmiştir (8).

2.1.2. Uluslararası koruma ve Geçici Koruma kavramları

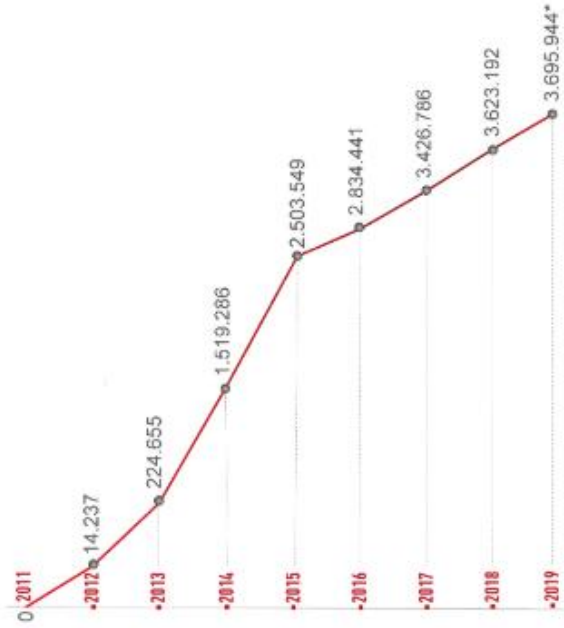
Uluslararası koruma, bir göç olayı olmakla birlikte, taşıdığı özel nedenlerden dolayı diğer göç hareketlerinden ayrı olarak ele alınan bir insan hareketliliği olayıdır. Sosyal ve siyasal olguların etkisi ile ortaya çıkan ve dini, ahlaki, sosyal, ekonomik ve insani boyutu olan çok yönlü bir kavramdır. Devletlerin vatandaşlarını korumamaları ya da koruyamamaları sonucu uluslararası koruma talepleri ve ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Uluslararası koruma niteliği gereği, vatandaşlığın getirdiği bir koruma yerine bunu ikame eden bir koruma biçimi olarak mülteci ve sığınmacıların güvenliklerinin sağlanması olarak tanımlanabilir. Avrupa ülkelerinden Türkiye’ye gelen ve uluslararası koruma talep eden yabancılar, eğer Cenevre Sözleşmesi’nin mülteci tanımına giren kriterlere sahipse, ülkemiz tarafından bu kişilere “mülteci statüsü” tanınır ve böylece uluslararası koruma altına alınır. Avrupa dışından gelenlere ise “şartlı mülteci statüsü” tanınmakta, Türkiye’de geçici olarak ikametlerine izin verilmekte ve bu kişiler üçüncü bir ülkeye yerleştirilinceye kadar uluslararası koruma altına alınmaktadır (38).

Geçici koruma ise; çatışma veya yaygın şiddet ortamlarından kitlesel olarak kaçıp gelen kişilere öncesinde bireysel statü belirleme işlemine tabi tutulmaksızın devlet tarafından geçici koruma sağlama konusunda geliştirilen düzenleme olarak tanımlanmaktadır (36). Bireysel uluslararası koruma başvuru mekanizmasının etkin bir şekilde uygulanmasının mümkün olamayacağı ölçüde kitlesel göç hareketinin olduğu durumlarda yürütülen acil ve geçici bir koruma tedbiridir. Türkiye uluslararası

hukuktan kaynaklanan sorumlulukları çerçevesinde Suriyelilere geçici koruma statüsü vermekte, onların temel hizmetlere erişimlerini sağlamakta ve geri gönderilmekten korumaktadır (38).

2.1.3. Türkiye’de geçici koruma ve uluslararası koruma kapsamındakiler ile ilgili istatistiksel veriler

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre Türkiye’deki geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli sayısı 2012 yılından itibaren sürekli artarak 2014 yılında 1.5 milyona ulaşmıştır. İki bin on dokuz yılına gelindiğinde ise 1.693.064’ü kadın olmak üzere 3.695.944 Suriyeli kayıtlıdır. Bu rakam Türkiye nüfusunun %4.48’ini oluşturmaktadır. Grafik 2.1’de 2011-2019 yılları arasında geçici koruma kapsamındaki Suriyeli sayısının değişimi gösterilmiştir.



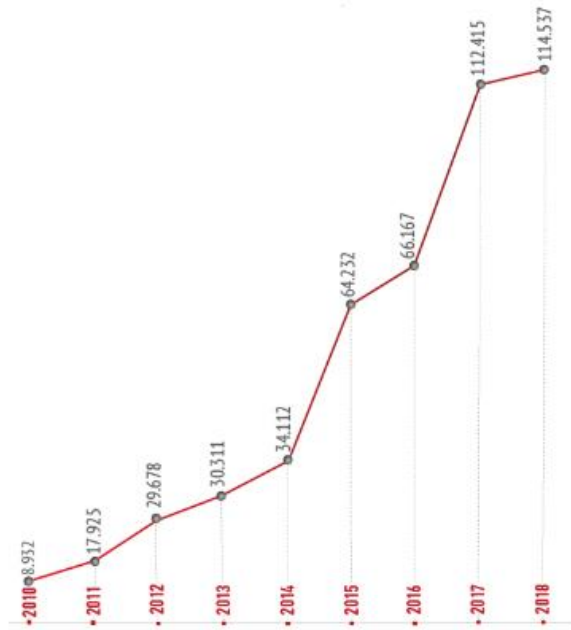
*13.12.2019 itibarıyla

Grafik 2.1. Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler (kaynak: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü)

Geçici barınma merkezlerinde kalanların sayısı 62.216 iken, 3.633.728 Suriyeli geçici barınma merkezleri dışında yaşamaktadır. Eskişehir’de kayıtlı Suriyeli sayısı ise 5.163 olarak bildirilmiştir (40). AFAD tarafından 2014 yılında yayınlanan

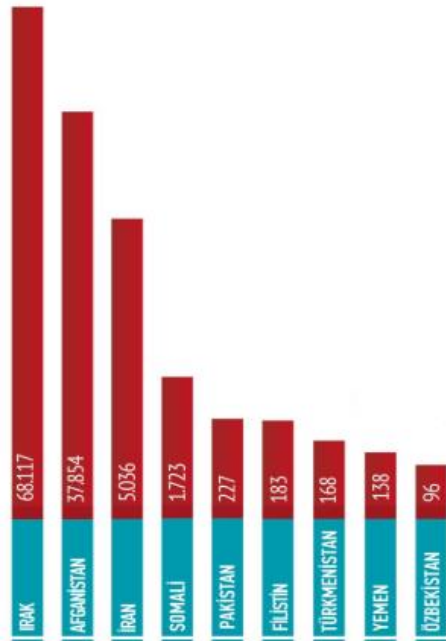
‘Türkiye’deki Suriyeli Kadınlar’ raporuna göre, kamp dışında yaşayan kadınların yaş dağılımlarının %50’si 18 yaş ve altında, %44’ü 19-54 yaş grubunda olduğu bildirilmektedir. Bu raporda Suriyeli kadınların öğrenim seviyelerinin düşük olduğu; %21’inin okuryazar olmadığı, %64’ünün ilkokul ve altı öğrenim seviyesine sahip olduğu göze çarpmaktadır. Türkiye’deki Suriyeli kadınların erkeklere göre daha düşük öğrenim düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (41).

Türkiye, geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin dışında, 114.537 uluslararası koruma kapsamında bireye de ev sahipliği yapmaktadır. Uluslararası koruma başvurusunda bulunanların 2010-2018 yılları arasında değişimi Grafik 2.2’de verilmiştir.



Grafik 2.2. Uluslararası koruma başvurusunda bulunanların yıllara göre değişimi (kaynak: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü)

Bunların büyük bölümünü Irak (68.117) ve Afganistan (37.854) uyruklu birey oluşturmaktadır. Türkiye’de 2018 yılında uluslararası koruma başvurusu yapan yabancıların uyruklarına göre dağılımı Grafik 2.3’de verilmiştir (42).



Grafik 2.3. Türkiye’de 2018 yılında uluslararası koruma başvurusu yapan yabancıların uyruklarına göre dağılımı (kaynak: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü)

2.1.4. Mülteci Kadınların Sağlık Sorunları

Mülteci ve sığınmacıların, göç öykülerinin bir sonucu olarak sağlık sonuçlarının kötü olması açısından genel nüfustan daha büyük risk altında oldukları düşünülmektedir (14). Bunun yanında mülteci kadınlar erkeklere nazaran daha ciddi problemlerle karşılaşmaktadır. Toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık, sosyal ve kültürel önyargılardan ve geleneklerden kaynaklanan baskı ve zulüm, cinsel istismar, cinsel şiddet, aile içi şiddet gibi esas olarak kadın olmalarından kaynaklı sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadırlar (43,44). Kadın ve mülteci olmanın getirdiği riskleri bir arada taşıyan bu grup fiziksel ve ruhsal sağlık açısından en savunmasız gruplardan biridir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri düşünüldüğünde AFAD’ın Türkiye’deki Suriyeli Kadınlar raporu, kadınların sağlık açısından oldukça önemli riskler altında olduklarını göz önüne sermektedir. Rapora göre Türkiye’ye sığınan kadınların büyük kısmının gelir getirici mesleklerinin olmadığı ve kamp dışında yaşayanların %97’sinin son bir aydır hiç gelir elde edemedikleri saptanmıştır. Kadınların %84’ü giyim malzemelerinin, %74’ü mutfak araçlarının, %77’si gıda malzemelerinin, %73’ü yakıtlarının ve %74’ü ise uyku malzemelerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir (41).

Barın ve arkadaşlarının çalışmasında da kamp dışında yaşayan Suriyeli'lerin barınma sorunlarına, özbakımlarının sağlanmasında ve sağlıklı beslenmede yetersiz olduklarına, özellikle kayıt altında olmayan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşadıklarına değinilmiştir (45). Tüm bu sosyoekonomik olumsuzluklar mülteci kadınları fiziksel ve ruhsal sağlık açısından daha savunmasız hale getirmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, anemi, ishal, idrar yolu enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, jinekolojik ve obstetrik sorunlar, psikiyatrik bozukluklar, kronik ağrı mülteci kadınlarda sık görülen sağlık sorunları olarak rapor edilmiştir (10, 31, 46-51). Mültecilerde baş ağrısı, karın ağrısı, bel ağrısı gibi belirli bir fiziksel etiyojiye sahip olmayan somatik semptomların da daha yüksek olduğu bildirilmektedir (52).

Bazı çalışmalarda mülteci kadınların evlilik yaşı düşük, doğurganlık sayıları yüksek, kontraseptif yöntem kullanımı ve bilgisinin yetersiz olduğu saptanmıştır (11, 45, 53). Mülteci kadınlar üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilir olmadığını düşündükleri veya bu hizmetin olup olmadığını bilmedikleri için de kadın sağlığı boyutunun olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir. Mülteci kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişiminde bildirilen engeller arasında ekonomik nedenler, ulaşım sorunu, kötü muamele korkusu, utanç, kadın doktorun olmaması gibi nedenler sayılmaktadır (10). UN Kadın Birimi tarafından yayınlanan 'Türkiye'de geçici koruma altındaki kadın ve kız çocukların ihtiyaç analizi' raporuna göre kadınların yalnızca %29,9'unun aile planlaması hizmetlerine erişebildiği, %50'sinin böyle bir hizmetin varlığından bile haberdar olmadığı, %20,2'sinin ise bu hizmetlere erişemedikleri bildirilmiştir. Buna karşın jinekoloji hizmetlerinin %43,3'lük bir erişim oranıyla daha iyi durumda olduğu düşünülebilir. Yüzde 39,4'ü ise jinekoloji hizmetlerinden haberdar değildir (54). Türkiye'de Suriyeli kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların kontraseptif yöntem bilgisi ve kullanımının yetersiz olduğu, bunun yanı sıra sahip oldukları yüksek doğurganlık hızından memnun oldukları ve bu davranışlarını sürdürmek istedikleri ancak güvenli annelik hizmetlerine ulaşma durumlarının yetersiz olduğu bildirilmiştir (55).

Mülteci popülasyonların doğum öncesi bakıma erişimi ve kullanımında yerel halka göre önemli farklılıklar olduğu gözlenmiştir (14). Perinatal, natal, ve postnatal komplikasyonlar açısından riskli bir grup oldukları pek çok çalışmada ortaya

konmuştur. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda gebelik komplikasyonlarının, doğum veya kürtaja bağlı komplikasyonların, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, bebek ölümü gibi doğum sonrası komplikasyonların mülteci kadınlarda daha sık olduğu rapor edilmiştir (10, 14, 56-59).

Yapılan çeşitli çalışmalarda mülteci kadınlarda sık görülen jinekolojik problemler; menstrüel düzensizlik, pelvik ağrı veya dismenore, üreme sistemi enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak bildirilmektedir (10,14,56). Göçün, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılmasını arttıran cinsel şiddet ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti arttırdığı düşünülmektedir (14).

Göçmen, mülteci ve sığınmacıların psikiyatrik bozukluklar açısından daha riskli olduğu bilinmektedir (59). Yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalan bireyler ciddi psikososyal sorunlarla yüzleşmektedir. Bu süreçte kadınlar sosyal izolasyon, yalnızlık, dil engeli, ekonomik zorluklar ve kültürel farklılıklar gibi bir çok stresörle karşı karşıya kalmakta ve stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliğine bağlı olarak da psikiyatrik sorunlar yaşamaktadır (60,15). Maruz kaldıkları savaş, göç, yakınlarının kaybı gibi travmatik olaylar sonucunda ruhsal sağlıkları etkilenmektedir (61,62). AFAD'ın 2014 yılındaki raporuna göre Suriyeli kadınların %35'i iç savaş nedeniyle yakınlarından en az birini kaybettiğini ve kadınların %52'si kendilerinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir (41).

Kadınlar için savaşla ilişkili olayların başlıca sonucu posttravmatik stres bozukluğu veya semptomları olarak değerlendirilmektedir (63). Mülteci kadınlarda sık görülen ruhsal bozukluklar; stres, anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, postpartum depresyon ve somatizasyon olarak bildirilmekte ve mülteci kadınlarda bu hastalıklar yerel halka göre daha fazla görülmektedir (14, 64-66). Konuyla ilgili yapılan sistematik derleme ve meta-analizlerde, mültecilerin savaş, şiddet, işkence, zorla göç ettirilme ve geldikleri ülkedeki statülerinin belirsizliği gibi faktörlerin etkisiyle psikiyatrik bozukluklar için genel nüfustan önemli ölçüde daha yüksek risk altında olduklarını desteklemiştir. Posttravmatik stres bozukluğu riskinin 10 kat daha fazla olduğu, ayrıca depresyon, kronik ağrı ve somatik yakınma sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Bir metaanaliz çalışmasında ise göç sonrasında bireylerde şizofreni riskinin daha yüksek olduğu ve bu riskin birinci kuşağa göre ikinci kuşakta daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (67).

Türkiye'deki Suriyeli kadınlarda yapılan araştırmalar sonucunda psikolojik destek alma konusundaki eksiklik de göze çarpmaktadır. Kadınların geleneksel kültürel yapıları nedeniyle destek almayı talep etmedikleri (41) ve %60'ının psikolojik desteğe erişebileceklerinden haberdar olmadıkları rapor edilmiştir (54). Başka bir çalışmada Türkiye'deki Suriyeli kadınların şiddete ya da istismara uğradıklarında başvuracakları mercileri bilmedikleri veya sessiz kaldıkları ve aile içi şiddetin tespit edilemediği bildirilmiştir (45).

2.2. Kronik Pelvik Ağrı

2.2.1. Tanımı

Objektif, açık ve yaygın olarak kabul görmüş bir tanımın olması epidemiyolojik araştırmalarda farklı popülasyonlardaki sonuçların karşılaştırılabilmesi açısından oldukça önemlidir. KPA'nın tanımı için henüz uluslararası kabul görmüş, objektif, standart bir fikir birliği bulunmamaktadır (18).

International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı İnceleme Birliği) tarafından ağrı, mevcut veya olası doku hasarlarıyla ilişkili veya bu tür hasarlar açısından tanımlanan hoş olmayan bir duyuşsal olay olarak tanımlanmaktadır (68). Literatürde kronik pelvik ağrı için çeşitli tanımlar yapılmış olmakla birlikte Royal College of Obstetricians&Gynaecologists tarafından en az altı ay süren, menstruasyon, cinsel ilişki veya gebelik ile ilişkili olmayan, alt karın veya pelviste sürekli veya aralıklı ağrı olarak tanımlanmıştır (17). The American College of Obstetricians and Gynecologists tarafından yapılan tanıma göre ise işlevsel yetersizliğe neden olacak ya da tıbbi tedavi gerektirecek kadar şiddetli, en az altı ay devam eden, siklik olmayan alt abdomen ağrısıdır. Ağrı, göbek altı ön karın duvarı, lumbosakral sırt ve kalçaları içeren anatomik pelviste lokalize şekildedir (69). Kanada Jinekolog ve Kadın Doğum Uzmanları Topluluğu, KPA'nın karakteristik özelliklerini genellikle çoğu tedavi yöntemi ile tam olarak rahatlayamama, ev ve iş yaşamında önemli ölçüde işlev bozukluğu, uykusuzluk gibi depresyon belirtileri, aile içi rolde değişiklik olarak tanımlamıştır (70). Literatürde yaygın olarak kullanılan diğer bir tanım ise; en az 6 aydır süren, hamilelik, cinsel ilişki, menstrüasyon ve malignite ile ilişkili olmayan, sürekli veya aralıklı alt karında ağrı şeklindedir (18). Uluslararası Ağrı İnceleme Birliği, jinekolojik orijinli ancak belirli bir lezyon veya nedeni bulunamayan kronik

veya tekrarlayan pelvik ağrı için ‘açık bir patolojisi olmayan KPA’ adıyla özel bir tanım yapmıştır (68).

2.2.2. Epidemiyolojisi

KPA erkeklerde de görülmesine rağmen, yaygın olarak bir jinekolojik hastalık olarak kabul edilmektedir. KPA üreme çağındaki kadınlar arasında daha yaygın olmakla birlikte, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir (71). 18-50 yaş arası kadınların yaklaşık %15-20'si en az bir yıl süren KPA'ya sahiptir (18). Kadınların yaklaşık %14'ü hayatları boyunca en az bir kez kronik pelvik ağrı çekmektedir (19). Kronik pelvik ağrı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında oldukça sık karşılaşılan bir sorundur. Birinci basamağa başvuran 18-50 yaş arası kadınlarda KPA sıklığı 37/1000 olarak bildirilmiştir. KPA, birinci basamakta migren (21/1000), astım (37/1000) veya sırt ağrısı (41/1000) kadar yaygın görülmektedir (18).

Kronik pelvik ağrının tanımı yapılan çalışmalarda değişkenlik gösterdiğinden dolayı prevalansı da değişkenlik göstermektedir (72). Latthe tarafından yapılan 2004 yılına kadar olan literatürü kapsayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sistematik derlemesine göre non-siklik pelvik ağrı prevalansı %4.0-43.4 arasında bildirilmektedir (73). DSÖ'nün 2006 yılında yaptığı derleme, 2014 yılında Ahangari tarafından güncellenmiştir. 2005-2012 yıllarını kapsayan bu derlemeye göre kronik pelvik ağrının prevalansı dünya genelinde %5.7-26.6 arasında değişmektedir (19). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 15-49 yaş grubundaki kadınlarda kronik pelvik ağrı sıklığı %12.2 olarak rapor edilmiştir (20). Literatürde mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrı prevalansını bildiren bir çalışma bulunamadı. Ancak Lübnan’da Suriyeli mülteci kadınlarda yapılan bir çalışmada pelvik ağrı veya dismenorenin sıklığı %51.6 olarak bildirilmiştir (10).

KPA'nın doğurgan yaş grubundaki kadınlarda, doğurganlık çağı sonrasındaki kadınlara göre daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (74). Başka bir çalışmada ise KPA prevalansının 30 yaş civarında en yüksek olduğu rapor edilmiştir (75). Daha düşük öğrenim düzeyinin daha şiddetli kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu yapılan bazı çalışmalarda belirtilmiştir (76,77). Erken yaşta evlenenlerde, evlilik sorunları olanlarda ve boşananlarda da KPA riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (78).

KPA ile psikolojik stres arasında güçlü bir ilişki vardır. Çocuklukta veya erişkinlikte fiziksel veya cinsel istismar öyküsü KPA için önemli bir risk faktörüdür.

Genel popülasyonda yapılan çalışmalara göre, kronik pelvik ağrısı olan kadınların %25-50'sinde istismar öyküsü olması beklenebilir (21,30). Çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismara uğramanın KPA riskini arttırdığı ancak yetişkin çağda cinsel istismara uğramanın KPA için daha güçlü bir predispozan etkisinin olduğu belirtilmektedir (79).

Abdominal cerrahi geçirenlerde kronik pelvik ağrı riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (78). Yapılan bir sistematik derleme çalışmasında ise bu faktörlere ek olarak düşük öyküsü, sezeryan geçirmiş olma, pelvik adezyonlar, uzun süren menstruel kanama, anksiyete, depresyon ve somatizasyonun non-siklik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (80). İnfertilite öyküsü, ektopik gebelik, düşük, gebelik terminasyonu, en az bir sezaryen geçirmiş olma ve nulliparite KPA için potansiyel risk faktörleri olarak saptanmıştır (74).

Sigaranın kronik ağrı sendromları için bir risk faktörü olabileceği daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (81). Sigara içme ile kronik ağrı arasındaki ilişkiyi açıklayan çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Sigara içmenin kas-iskelet sistemi ağrısına yol açabilecek kronik bir öksürük nedeni olması veya nikotinin ağrı yolları üzerindeki etkisi bu ilişkiyi açıklayan teoriler arasında sayılabilir (82, 83).

2.2.3. Patofizyolojisi

Kronik pelvik ağrının patofizyolojisinde nosiseptif, inflamatuvar ve nöropatik kökenli olmak üzere başlıca üç teori öne sürülmektedir. Zararlı bir uyarının indüklemesi sonucu oluşan doku hasarı, nosiseptif ağrıya neden olur. Nosiseptif visseral ağrı organlarda distansiyon, spazm, kanama, iltihaplanma, mezenter traksiyonu ve neoplazmdan kaynaklanabilir. KPA'nın etyolojisinde yer alan endometriozisin nosiseptif visseral ağrıya neden olabileceği düşünülmektedir (84).

İnflamatuvar ağrı ise, doku hasarına cevap olarak gelişen inflamatuvar süreçten kaynaklanır. İnflamasyon hasar bölgesinde oluşan fizyolojik bir cevaptır. Fakat zaman geçtikçe inflamasyonun sürmesi sessiz nosiseptörlerde sensitizasyona yol açmakta ve kronik inflamatuvar mediatörler ağrı ileten nöronlara bağlanarak fonksiyonlarını değiştirmektedir. Bu fonksiyon değişikliği, uyarılabilirliğin artmasına (allodini), ağrıyı daha fazla hissetmeye (hiperaljezi) ve periferal sensitizasyonda artışa neden olmaktadır (85).

Nöropatik ağrı, santral veya periferik sinir sistemindeki disfonksiyona bağlı olarak ortaya çıkar. KPA'ya sebep olan durumlardan olan endometriozis, interstisyel sistit ve inflamatuvar barsak sendromu bu tip ağrıya yol açmaktadır (85).

Nosiseptif, inflamatuvar ve nöropatik ağrı dışında KPA'nın patofizyolojisinde psikojenik kökenli ağrı da öne sürülmektedir. KPA bu dört ağrının birleşiminden oluşan mikst tipte bir ağrı olarak da nitelendirilebilir. Hastanın ağrısını açıklayacak bir sebep bulunamazsa, semptomların psikojenik kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Psikolojik ve davranışsal faktörlerin ağrı deneyimi üzerine etkili oldukları düşünülmektedir (86). Hastaların duygusal ve psişik olarak hissettikleri ağrıyı fiziksel olarak gösterebildikleri de bilinmektedir. Ayrıca kişilik bozuklukları ağrıya karşı kişinin verdiği cevabı etkilemekte ve tedaviye karşı yanıt üzerine etkili olmaktadır (85).

Bunlara ek olarak son dönemde kronik pelvik ağrının nöroendokrin mekanizmalarının da olduğu gösterilmiştir. Kronik pelvik ağrı, hipotalamohipofizer aksı aktive etmektedir. Hipotalamohipofizer aks aktivasyonu kronik strese neden olarak ağrıyı daha da arttırmaktadır (85). Bir çalışmada ise santral ağrı sistemindeki değişikliklerin kronik pelvik ağrının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir. Kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda, sol talamus, sol singulat gyrus, sağ putamen ve sağ insula dahil olmak üzere ağrı algısında yer alan beyin bölgelerinde gri madde hacminin azaldığı saptanmıştır (87).

2.2.4. Etyolojisi

Kronik pelvik ağrı, olası nedenleri oldukça çeşitli ve heterojen bir problem olup çoğu vakada etiyojoloji belirsiz olduğu için teşhis ve tedavisi en zorlu sendromlardan biridir. Toplumda kronik pelvik ağrısı olan kadınların %60'ının belirli bir tanı alamadığı ve %20'sinin ise herhangi bir muayeneden geçmediği bildirilmiştir (88). Kronik pelvik ağrının etiyojoloji multifaktöriyel olmakla birlikte en sık jinekolojik kökenlidir. Ayrıca jinekolojik, gastrointestinal, üriner, kas iskelet sistemine ait patolojiler ve psikiyatrik bozukluklar da etiyojijide rol oynamaktadır (21). KPA'nın etiyojijisinin aydınlatılmasında etnisite ve genetik faktörler de önemli yer tutmaktadır (84,89).

Kronik pelvik ağrının başlıca jinekolojik nedeni endometriyozistir (22). Endometriyozise en sık atfedilen ağrı semptomları arasında dismenore, dispareni ve

kronik pelvik ağrı vardır. Kronik pelvik ağrısı olan kadınların üçte birinde laparoskopi sırasında endometriozis lezyonları bulunmuştur (90). Başka bir çalışmada da KPA için laparoskopi yapılan kadınlarda endometriozis prevalansının % 30'dan fazla olduğu bildirilmiştir (91). Kronik pelvik ağrılı kadınlarda yaygın olan diğer laparoskopik bulgu ise pelvik adezyonlardır (92). KPA'nın etyolojisinde yer alan pelvik inflamatuvar hastalık da yaygın bir jinekolojik problemdir. KPA pelvik inflamatuvar hastalığın uzun dönem komplikasyonu olarak kabul edilmektedir (93). Pelvik inflamatuvar hastalık sonrasında kadınların %30'unda kronik pelvik ağrı ortaya çıktığı bildirilmektedir (22). Kronik pelvik ağrının diğer jinekolojik nedenleri arasında ise adenomiyozis, over kisti, jinekolojik maligniteler, rezidüel over sendromu, overyan kalıntı, pelvik konjesyon, miyomlar ve tüberküloz salpenjit sayılmaktadır (21,22).

KPA'nın üriner nedenlerinden olan interstisyel sistit, kronik pelvik, suprapubik, perineal ve vulvovajinal ağrı ile karakterizedir (94). Üriner sistem enfeksiyonları, mesane taşı, mesane neoplazmı kronik pelvik ağrının diğer ürolojik nedenleri arasında yer almaktadır (21).

KPA'nın gastrointestinal nedenleri arasında en sık olanı irritabl bağırsak sendromudur (95). Kronik pelvik ağrısı ve irritabl bağırsak sendromu olan kadınların kişilik özellikleri, stresli yaşam olayları, fiziksel veya cinsel istismar öyküsü gibi benzer psikososyal özellikleri olduğu (96) ve bu hastalıkların sık birliktelik gösterdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (97,98). Howard'ın çalışmasında KPA'lı hastaların %80'inin irritabl bağırsak sendromu ile ilgili şikayetlerden muzdarip olabileceği bildirilmiştir (99). Kronik pelvik ağrının diğer gastrointestinal nedenleri arasında kronik konstipasyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kolon kanseri, divertiküler hastalık, çölyak hastalığı bulunmaktadır (22,30).

Miyofasiyal bozuklukların neden olduğu kronik pelvik ağrı da yaygın görülen bir sorundur. Levator ani ve piriformis kaslarında hasar, dejeneratif lomber disk değişiklikleri gibi sorunlar da KPA'ya neden olabilmektedir (100-102). Kronik pelvik ağrının muskuloskeletal nedenleri olarak miyofasyal ağrı, pelvik taban kas ağrısı ve spazmları, fibromiyalji, bel ağrısı, disk hastalığı, fitiklar bildirilmektedir (21,22).

Kronik pelvik ağrısı olan birçok kadında, bu ağrıyı açıklayabilecek belirgin bir patolojik bulgu bulunamamaktadır. Geleneksel bir yaklaşım olarak, bu kadınlarda ağrı çoğu zaman psikolojik faktörlere bağlanmaktadır (103). Kronik pelvik ağrının

etyolojisinde yer alan psikiyatrik etmenler; somatizasyon bozukluğu, depresyon, anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, fiziksel veya cinsel taciz, uyku bozukluğu, psikolojik stres (evlilik, iş), madde bağımlılığı (alkol, narkotik, diğer ilaçlar) olarak bildirilmektedir (21-23). Kronik pelvik ağrı yaşayan hastalarda şiddetli düzeyde depresyon ve anksiyete görülür, ancak bunlar genel olarak pelvik ağrıya özgü değil, kronik ağrı durumlarının yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyon ve anksiyete kronik ağrının nörobiyolojisinde rol oynamakla birlikte duygudurum bozukluklarına da yol açabilir, ancak bu durumun tersi de geçerlidir; negatif ruh hali, ağrıyı şiddetlendirebilir. Depresyonu olan hastaların kronik ağrı gelişimi olasılığı üç kat daha fazladır ve kronik ağrısı olan hastaların majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu insidansı daha yüksektir. Depresyonun, norepinefrin, serotonin, P maddesi gibi nörotransmitterlerde değişiklik meydana getirerek veya hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı aktive ederek, hem somatik hem de visseral ağrı eşliğini azalttığı düşünülmektedir (104). Yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemede, KPA'sı olan kadınların yaklaşık %38'inin başta depresyon ve anksiyete olmak üzere psikiyatrik bozukluklara sahip oldukları rapor edilmiştir (105).

Sonuç olarak kronik pelvik ağrı multifaktöriyel bir etyopatogeneze sahiptir. Bu durum kronik pelvik ağrının yönetimi için multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır (84).

2.2.5. Sosyal ve ekonomik yükü

Kronik pelvik ağrı kadınların günlük aktivitelerini, aile içi sorumluluklarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek bireye ekonomik ve sosyal açıdan bir yük getirir (16). KPA'sı olan kadınların %58'i ağrı nedeniyle günlük aktivitelerinin etkilendiğinden ve analjezik almadan veya dinlenmeden aktivitelerine devam edemediklerinden yakınmıştır (106). KPA, aynı zamanda kadınların hem duygudurumunu hem de cinsel işlevselliğini bozar, düşük benlik saygısı, evlilik doyumunda azalma, depresyon, anksiyete ve uyku problemlerine neden olur (107, 108). KPA'sı olan hastalarda iş kaybı, boşanma, sosyal izolasyon ve azalmış fiziksel aktivite yaygındır (27). KPA'sı olan kadınların %67.8'inin seksüel disfonksiyon yaşadığı ortaya konmuştur (28). Ayrıca bu hastaların %80'inin uyku kalitesinin zayıf olduğu bildirilmiştir (109). KPA kadınların çalışma hayatını da etkileyerek iş gücünü ve verimliliğini azaltmaktadır (110).

Kronik pelvik ağrının multifaktöriyel etyolojisi, tanı ve etkili tedavisinin güçlüğü nedeniyle birinci basamak hekimleri ve jinekologlar açısından yönetimi zorlu bir sağlık problemidir. KPA nedeniyle stres ve günlük fonksiyonlarında bozulma ile yüzleşen hasta sayısının çokluğu göz önüne alındığında, bu hastalar sağlık hizmet sunumunda önemli bir yük oluşmasında neden olmaktadır (111). Kadınların KPA nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığının %15 olduğu ve bunların % 40'ının uzmanlara yönlendirildiği bildirilmiştir (112). KPA'sı olan kadınların sağlıklı olanlara göre 3 kat daha fazla ilaç tükettiği, 4 kat daha fazla nonjinekolojik ameliyat geçirdiği, 5 kat daha fazla histerektomi geçirdiği saptanmıştır (113). Bir çalışmada kronik pelvik ağrısı olan kadınların %58.4'ünün reçetesiz olarak haftalık veya günlük olarak analjezik ve/veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaç kullandıkları bildirilmektedir (114). KPA'nın laparoskopilerin yaklaşık % 40'ına ve histerektomilerin ise % 10-15'ine neden olduğu ortaya konmuştur (115). Bununla birlikte, kronik pelvik ağrısı olan kadınların, uygulanan cerrahi veya cerrahi olmayan tedavilerden sonra ağrı ve depresyon semptomlarında genellikle az bir miktar iyileşme yaşadıkları (116), birçok kadının aldıkları tedaviden memnun kalmadıkları ve süregelen ağrıya rağmen tedavi arayışından kaçındıkları bildirilmiştir (117).

ABD'de 1996 yılında yapılan bir çalışmada 18-50 yaş arasındaki kadınların kronik pelvik ağrı için ayaktan tedavi masraflarının yılda 881.5 milyon dolara mal olduğu bildirilmiştir. İşten ayrılmalar nedeniyle indirekt maliyeti 555.3 milyon dolardır. Çalışan kadınların %15'i zaman kaybına, %45'i iş verimliliğinde azalmaya neden olduğunu bildirmiştir (25). Bu iş üretkenliği kaybının, kadın başına haftalık Nijerya'da 4 ABD Doları ile İtalya'da 456 ABD Doları arasında değişen önemli bir maliyete sebep olduğu tahmin edilmektedir (118). 1992 yılında yapılan bir çalışmada İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetinde kronik pelvik ağrının yönetimi (tanı ve tedavi hizmetleri) için yılda yaklaşık 158 milyon £ harcandığı rapor edilmiştir (26). Günümüzde eşdeğer maliyetin, hastane ve toplum hizmetleri endeksindeki enflasyon endekslerine dayanarak yaklaşık 326 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir (119).

Kronik ağrılar, bireyin yaşam kalitesini de önemli ölçüde düşürür (107). KPA'sı olan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur (25, 110, 120). Fiziksel, psikolojik ve sosyal alt alanlarda yaşam kalitesinin kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda olmayan kadınlara göre daha

düşük olduğu bildirilmiştir (29). Başka bir çalışmada ise sadece fiziksel ve sosyal alt alanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir. Ayrıca kronik pelvik ağrının şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (121).

2.3. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla sağlığı ve sağlık hizmetlerini, sadece hastalıkların sıklığında veya ciddiyetindeki değişimin ölçümü ile değerlendirmek eksik ve yanlış bir yaklaşımdır. Aynı zamanda bireyin iyilik halinin değerlendirilmesi de gerekir ve bu, yaşam kalitesindeki iyileşmenin ölçülmesi ile belirlenebilir. Hastalıkların sıklığını ve şiddetini ölçmek için genellikle objektif yöntemler olmasına rağmen, yaşam kalitesi ölçümü söz konusu olduğunda durum böyle değildir. Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini “bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumuyla ilgili algısı” olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevrelerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (122).

Yaşam kalitesine sıklıkla dört boyut dahil edilmektedir:

1. Fiziksel sağlık; somatik duyumlar, hastalık belirtileri, tedavinin yan etkileri
2. Ruh sağlığı; olumlu bir iyi oluş hali duygusundan patolojik olmayan formlarına kadar teşhis edilebilen psikiyatrik bozukluklara kadar değişen ruh sağlığı
3. Sosyal; sosyal temasların ve etkileşimlerin hem nicel hem de nitel yönlerinin değerlendirilmesi
4. İşlevsel sağlık; özbakım, hareketlilik, fiziksel aktivite düzeyini içeren fiziksel işlevsellik ve aile veya iş ile ilgili sosyal rol işlevleri (123)

Yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin içerikleri benzerlik göstermektedir. Fitzpatrick ve arkadaşları, yaşam kalitesi ölçeklerindeki ortak noktaları şöyle gruplandırmıştır: Fiziksel işlev (örneğin, mobilite, kişisel bakım), Duygusal işlev (örneğin, depresyon, anksiyete), Sosyal işlev (örneğin sosyal destek, sosyal ilişkiler), İş yaşamı veya ev işlerindeki performans, ağrı

ve diğ er semptomlar (yorgunluk, hastalı ğ a spesifik semptomlar). Yaş am kalitesi ölç ekleri sa ğ lık hizmetlerinde birç ok alanda kullanılmaktadır. Bu ölç eklerin kullanım amaçları; hasta bakımında psikososyal problemlerin taranması ve izlenmesi, algılanan sa ğ lık sorunlarına iliş kin nüfus araç tırmaları, sa ğ lık hizmetlerinde veya araç tırmalarda sonuçların de ğ erlendirilmesi, klinik ç alış malar, maliyet-yararlanım analizleri olarak ö zetlenabilir (124).

Sa ğ lıkla iliş kili yaş am kalitesi, bütüncül olan yaş am kalitesinin bir alt bileş enidir. Sa ğ lıkla iliş kili yaş am kalitesi, belirli bir hastalık veya tedaviyle ilgili fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri kapsayan subjektif bir ölç üdür. Bir toplumun kültürel ve tarihsel faktörlerinin bireyin algısını etkileyerek bir hastalı ğ ın yaş am kalitesine etkisini belirlemede rol oynadı ğ ına inanılmaktadır (125). Sa ğ lıkla iliş kili yaş am kalitesi kavramı, hastayı bütüncül olarak ele alma ve fiziksel, mental ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölç me giriş imi olarak ortaya ç ıkmış tır (126). Sa ğ lıkla iliş kili yaş am kalitesinin de ğ erlendirmesinde kullanılan ölç ekler hastalı ğ a ö zğ ü ve jenerik olmak üzere iki ç eř ittir (124). Dünya Sa ğ lık Ö rgütü Yaş am Kalitesi Ölç e ğ i (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL) en yaygın kullanılan jenerik ölç ekler arasındadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 15.05.2019-15.11.2019 tarihleri arasında Sivrihisar Aile Sağlığı Merkezine başvuran yerel kadınlar ve ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezine başvuran mülteci kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Sivrihisar ilçesi İç Anadolu Bölgesinin kuzeybatısında yer alan yarı kırsal bir bölge olup Eskişehir il merkezine 90 km uzaklıktadır. Sivrihisar'da yaşayan halkın temel geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2019 verilerine göre Sivrihisar ilçe nüfusu 20.330'dur. İlçedeki kadın nüfusu 10.005 olup 15-49 yaş grubu kadın nüfusu 8.479'dur (127). Sivrihisar Aile Sağlığı Merkezi (ASM), "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Bölgesi"nde bulunan dört ASM'den biridir. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalı İş Birliği Protokolüne istinaden faaliyet gösteren "Eğitim Araştırma Bölgesi" toplum tabanlı epidemiyolojik araştırmaların yapıldığı bir bölge olarak tanımlanmaktadır.

ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi tarafından Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü işbirliğinde Avrupa Birliği Sivil Koruma ve İnsani Yardım'ın finansal desteği ile yürütülmektedir. Kadın Sağlığı Danışma Merkezi mültecilere ücretsiz sağlık ve eğitim hizmeti veren bir merkezdir. Merkezin ana faaliyet alanları, cinsel sağlık, üreme sağlığı, aile planlaması hizmetleri, psikososyal destek, toplumsal cinsiyete dayalı şiddeti önleme çalışmaları, Türkçe dil kursu, ilk okuma yazma kursu, müzik ve resim kursu gibi kadınları güçlendirme çalışmalarından oluşmaktadır.

3.3. Çalışma Grubu

Çalışmada örnek büyüklüğü güven aralığı %95, hata payı %5, kronik pelvik ağrı sıklığı %20 alınarak mülteci ve yerel grubun her biri için minimum 246 kişi olarak hesaplandı.

Çalışma süresince Sivrihisar ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş arası evli kadınlar yerel çalışma grubunu oluşturdu. Çalışma süresince ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezi'ne herhangi bir nedenle gelen 18-49 yaş arası evli kadınlar mülteci çalışma grubunu oluşturdu. Kronik pelvik ağrı üzerine yapılan toplum tabanlı çalışmalar, çoğunlukla üreme çağındaki kadınlarda gerçekleştirilmiştir (74). Bu nedenle 18-49 yaş arasındaki evli kadınlar çalışmaya dahil edildi. Gebe olanlar ve son 6 ay içinde doğum yapmış olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Çalışma İzinleri

Çalışmanın yapılabilmesi için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22 Ocak 2019 tarih ve 11 sayılı Etik Kurul onayı alındı. Yabancı uyruklu bireylerin çalışmaya dahil edilebilmesi için T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı'ndan 05.12.2018 tarih ve 62103649-604.02.02-57002 sayılı yazılı izin alındı. Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden 09.05.2019 tarih ve 49654233-604.02 sayılı onay alındı. ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezi yetkililerinden yazılı izin alındı.

3.5. Çalışma Prosedürü

ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezi'ne ve Sivrihisar ASM'ye başvuran kadınlar çalışmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onamları alındı. Anket formların gözlem altında doldurulması sağlandı. Okuma yazma bilmeyen yerel gruptaki kadınların anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Okuma yazma bilmeyen mülteci kadınların anket formu ESOGÜ Kadın Sağlığı Danışma Merkezi'nde bulunan tercüman tarafından veya Arapça okuma yazma bilen bir yakınları tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Anket formların doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

3.6. Çalışmada Kullanılan Anket Form ve Ölçekler

Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden de faydalanılarak yerel grup için Türkçe, mülteci grup için Arapça olarak anket formlar hazırlandı (20, 75, 113,114). Anket formun Arapça diline çevirisi tercüman (E.E.) tarafından yapıldı. Kullanılan ölçeklerin Arapça geçerlilik güvenilirliği yapılmış olan formu temin edildi.

Anket formun ilk bölümü kadınların bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, temel gelir kaynağı, kronik hastalık öyküsü, günlük çay kahve tüketim sıklığı), kronik pelvik ağrı varlığı ve şiddetini değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Mülteci grup için hazırlanan anket formunda ek olarak geldikleri ülke ve ne kadar zamandır Türkiye’de oldukları ile ilgili sorular da vardı.

Anket formun ikinci bölümü kronik pelvik ağrı ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlerden (ilk adet yaşı, adetler arası süre, adet kanama süresi, dismenore, istemsiz idrar kaçırma şikayeti, bel ağrısı, disparoni, kontraseptif yöntem kullanma, gebelik sayısı, düşük sayısı, sezaryen öyküsü, jinekolojik ameliyat öyküsü, jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü, uyku bozukluğu, kabızlık, ishal, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti, pelvik inflamatuvar hastalık) oluşmaktaydı.

Anket formun üçüncü bölümü ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS-21) sorularından oluşmaktadır.

3.6.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF ölçeği, 1998 yılında WHOQOL-Group tarafından geliştirilmiş olup, yüz sorudan oluşan daha geniş bir değerlendirme aracı (WHOQOL-100) içinden seçilen 26 sorudan oluşmaktadır. WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu alanlar: fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarıdır. Fiziksel sağlık alanında ağrı, uyku, enerji ve yorgunluk, günlük aktiviteleri yürütebilme, tıbbi tedaviye bağlı olma, hareketlilik düzeyi, çalışma kapasitesi değerlendirilmektedir. Psikolojik alanda olumlu ve olumsuz duygular, konsantrasyon, öz saygı, beden imajı, kişisel inançlar; sosyal ilişkiler alanında, diğer bireylerle iletişim, sosyal destek ve cinsellik; çevre boyutunda, yaşam koşulları, güvenlik, ekonomik olanaklar, sosyal faaliyetler, fiziki çevre ve ulaşım değerlendirilmektedir. Ölçek 5’li likert tipinde olup ölçekten alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (128). WHOQOL-BREF’in alan ve bölümleri Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. WHOQOL-BREF'in alan ve bölümleri

Fiziksel sağlık (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. sorular)	Gündelik işleri yürütebilme
	İlaçlara veya tedaviye bağımlılık
	Canlılık ve bitkinlik
	Hareketlilik
	Ağrı ve rahatsızlık
	Uyku ve dinlenme
	Çalışabilme gücü
Psikolojik (5, 6, 7, 11, 19, 26. sorular)	Beden imgesi ve dış görünüş
	Olumsuz duygular
	Benlik saygısı
	Olumlu duygular
	Maneviyat, din, kişisel inançlar
	Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama
Sosyal ilişkiler (20,21,22. sorular)	Diğer kişilerle ilişkiler
	Sosyal destek
	Cinsel yaşam
Çevre (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. sorular)	Maddi kaynaklar
	Fiziksel güvenlik ve emniyet
	Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım
	Ev ortamı
	Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları
	Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme
	Fiziksel çevre
	Ulaşım

Ölçeğin Arapça geçerlilik ve güvenilirliği 2009 yılında Ohaeri ve Awadalla tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayıları fiziksel sağlık alanı için 0.80, psikolojik sağlık alanı için 0.77, sosyal ilişkiler alanı için 0.69, çevre alanı için

0.83 olarak bulunmuştur (129). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçek alt alanlarının Cronbach's alpha değerleri fiziksel sağlık için 0.83, psikolojik sağlık için 0.66, sosyal ilişkiler için 0.53, çevre için 0.73 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle, WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmuştur. Ulusal soru dahil edildiğinde Çevre-TR skoru da hesaplanır (130). Çalışmada ölçeğin Arapça ve Türkçe versiyonu kullanıldığı ve puanları karşılaştırıldığı için Çevre-TR skoru hesaplanmadı.

3.6.2. Depresyon Anksiyete Stres Skalası (DASS-21)

Depresyon Anksiyete Stress Skalası (DASS-42) Lovibond tarafından 1995 yılında geliştirilmiş olup 42 sorudan oluşmaktadır (131). Antony ve arkadaşları tarafından 1998 yılında ölçeğin 21 soruluk formu oluşturulmuştur (132). Depresyon Anksiyete Stress Skalası - kısa formunun (DASS-21) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha değeri depresyon alt boyutu için 0.82, anksiyete alt boyutu için 0.81, stres alt boyutu için 0.75 olarak bulunmuştur (133). Ölçeğin Arapça geçerlilik ve güvenilirliği ise Taouk ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (134). DASS-21, klinik ve klinik olmayan örneklemede her biri 7 maddeden oluşan anksiyete, depresyon ve stres boyutlarını inceleyen 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğe verilen cevaplar "bana hiç uygun değil" 0 puan, "bana biraz uygun" 1 puan, "bana genellikle uygun" 2 puan, "bana tamamen uygun" 3 puan şeklinde puanlanmaktadır. Her bir alt boyuttan alınabilecek puanlar 0 ile 21 arasında değişmektedir ve alt boyutlardan alınan puan arttıkça depresyon, anksiyete veya stresin düzeyi artmaktadır.

3.7. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar

Kronik pelvik ağrı "son altı aydır adet dönemi, gebelik veya cinsel ilişki ile ilişkili olmayan alt karın ve kasık bölgesinde sürekli veya aralıklı ağrı" olarak tanımlandı. Kronik pelvik ağrının şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. VAS, bir ucunda '0 - ağrı yok', diğer ucunda '10 - en şiddetli ağrı' yazan eşit aralıklarla ölçeklendirilmiş bir skaladır (135).

Aile gelir durumu kadınların kendi algılarına göre 'kötü', 'orta', 'iyi' olarak değerlendirildi.

Gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalışanlar 'çalışıyor' kabul edildi.

Dismenore ‘adet döneminde karın veya bel bölgesinde ağrı’ olarak tanımlandı (136).

Disparoni ‘cinsel ilişki sırasında veya ilişkiden sonra 24 saat içinde ağrı’ olarak tanımlandı (75).

Uyku bozukluğu şikayeti, ‘uykuya dalmada güçlük, sık sık uykudan uyanma, uykudan sonra dinlenmiş hissetmeme’ olarak tanımlandı (137).

Kabızlık ve ishal şikayeti ‘son 6 aydır’ olanlar ‘var’ kabul edildi.

Pelvik inflamatuvar hastalık ‘son 6 ay içinde üst üreme organları (yumurtalık, tüpler) enfeksiyonu geçirme’ şeklinde sorgulandı (138).

3.8. İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistik paket programında değerlendirildi. Çalışma grubunun tanımlayıcı verileri sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve uç (min-max) değerleriyle sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tek değişkenli analizler sonucunda kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle çoklu lojistik regresyon analizi backward wald metodu ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubu 283 (%50.4)'ü yerel, 278 (%49.6)'i mülteci olmak üzere toplamda 561 kadından oluşmaktadır. Çalışma grubunu oluşturan mülteci kadınların 34 (%12.2)'ü Suriye, 207 (%74.5)'si Irak, 33 (%11.9)'ü Afganistan, 4 (%1.4)'ü diğer ülkelerden gelmişti. Mülteci kadınların %6.8'i altı aydan az, %29.5'i altı ay ile iki yıl arası, %63.7'si iki yıldan fazla süredir Türkiye'de olduğunu bildirdi.

Çalışma grubunu oluşturan yerel kadınların yaşları 19-49 arasında değişmekte olup ortalama 37.2 ± 8.1 yıl iken, mülteci kadınların yaşları 18-49 arasında değişmekte olup ortalama 31.9 ± 8.9 yıl idi. Mülteci kadınların %19.4'ü okulsuz, %34.5'i ilkökul öğrenim düzeyinde iken, yerel gruptaki kadınların %5.0'i okulsuz, %39.9'u ilkökul öğrenim düzeyine sahipti. Mülteci kadınların %45.7'si aile gelir durumunu kötü, %49.3'ü orta, %5.0'i iyi olarak bildirdi. Yerel kadınlarda ise %10.3'ü aile gelir durumunu kötü, %76.3'ü orta, %13.4'ü iyi olarak bildirdi. Mülteci kadınların %5.4'ü temel gelir kaynağını kendisi temin ettiğini bildirirken, yerel kadınların %17.3'ü kendisi temin ettiğini bildirdi. Çalışma grubunu oluşturan yerel ve mülteci kadınların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4.1. Yerel ve mülteci grubun bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyodemografik, Özgeçmiş özellikleri ve Alışkanlıkları	Yerel Grup n(%) ^a	Mülteci Grup n(%) ^a	Test değeri x ² ; p
Yaş			
18-29	56(19.8)	127(45.7)	46.142;<0.001
30-39	107(37.8)	86(30.9)	
40-49	120(42.4)	65(23.4)	
Öğrenim durumu			
Okulsuz	14(5.0)	54(19.4)	44.863;<0.001
İlkokul	113(39.9)	96(34.5)	
Ortaokul	41(14.5)	58(20.9)	
Lise	73(25.8)	31(11.2)	
Üniversite	42(14.8)	39(14.0)	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	211(74.6)	241(86.7)	13.186;<0.001
Çalışıyor	72(25.4)	37(13.3)	
Aile gelir durumu			
Kötü	29(10.3)	127(45.7)	90.284;<0.001
Orta	216(76.3)	137(49.3)	
İyi	38(13.4)	14(5.0)	
Temel gelir kaynağı			
Kendisi	49(17.3)	15(5.4)	46.206;<0.001
Eşi/Ailesi	221(78.1)	206(74.1)	
Diğer (yardım kuruluşu, dernek)	13(4.6)	57(20.5)	
Kronik hastalık öyküsü			
Yok	199(70.3)	204(73.4)	0.650;0.420
Var	84(29.7)	74(26.6)	
Günlük çay-kahve tüketimi			
Yok	8(2.8)	28(10.1)	91.141;<0.001
Bir bardak	24(8.5)	95(34.2)	
İki bardak	61(21.6)	67(24.1)	
Üç ve üzeri	190(67.1)	88(31.6)	
Toplam	283 (100)	278 (100)	

a: sütun yüzdesi

Dismenore yerel gruptaki kadınların %77.4'ünde, mülteci kadınların %75.5'inde; idrar kaçırma şikayeti yerel grubun %23.7'sinde, mülteci grubun %22.3'ünde saptandı. Yerel gruptaki kadınların %17.3'ünde, mülteci kadınların %23.4'ünde dispareni şikayeti vardı. Kontraseptif yöntem kullanma sıklığı yerel grupta %65.4, mülteci grupta %58.3 idi. Gebelik sayısı ortancası (min-max) yerel

grupta 2.0(0.0-7.0), mülteci grupta 3.0(0.0-7.0) idi. Mülteci kadınların %7.0'sinde, yerel kadınlarının %2.5'inde düşük sayısı üç ve üzerindedir. Yerel ve mülteci grubun KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışma grubunun KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Yerel Grup n(%)^a	Mülteci Grup n(%)^a	Test değeri x² ; p
İlk adet yaşı			
≤12 yaş	51(18.0)	32(11.5)	7.275;0.026
13-15 yaş	206(72.8)	206(74.1)	
≥15 yaş	26(9.2)	40(14.4)	
Adetler arası süre			
<21 gün	49(17.3)	60(21.6)	1.896;0.387
21-35 gün	208(73.5)	197(70.9)	
≥35 gün	26(9.2)	21(7.5)	
Adet kanama süresi			
1-3 gün	40(14.1)	45(16.2)	1.426;0.490
4-7 gün	204(72.1)	203(73.0)	
>7 gün	39(13.8)	30(10.8)	
Dismenore			
Yok	64(22.6)	68(24.5)	0.265;0.606
Var	219(77.4)	210(75.5)	
İdrar kaçırma			
Yok	216(76.3)	216(77.7)	0.149;0.699
Var	67(23.7)	62(22.3)	
Bel ağrısı			
Yok	103(36.4)	100(36.0)	0.011;0.917
Var	180(63.6)	178(64.0)	
Disparoni			
Yok	234(82.7)	213(76.6)	3.188;0.074
Var	49(17.3)	65(23.4)	
Kontraseptif yöntem kullanma			
Kullanmıyor	98(34.6)	116(41.7)	2.994;0.084
Kullanıyor	185(65.4)	162(58.3)	
Gebelik sayısı ortancası (min-max)	2.0 (0.0-7.0)	3.0 (0.0-7.0)	26.090;<0.001*
Düşük sayısı			
<3	276(97.5)	258(92.8)	6.822;0.009
≥3	7(2.5)	20(7.2)	
Sezaryen öyküsü			
Yok	191(67.5)	203(73.0)	2.052;0.152
Var	92(32.5)	75(27.0)	

Tablo 4.2. “Devam” Çalışma grubunun KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Yerel Grup n(%) ^a	Mülteci Grup n(%) ^a	Test değeri χ^2 ; p
Jinekolojik ameliyat öyküsü			
Yok	245(86.6)	237(85.3)	0.202;0.658
Var	38(13.4)	41(14.7)	
Jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü			
Yok	246(86.9)	240(86.3)	0.043;0.836
Var	37(13.1)	38(13.7)	
Uyku bozukluğu			
Yok	154(54.4)	157(56.5)	0.240;0.624
Var	129(45.6)	121(43.5)	
Kabızlık şikayeti			
Yok	195(68.9)	206(74.1)	1.857;0.173
Var	88(31.1)	72(25.9)	
İshal şikayeti			
Yok	245(86.6)	246(88.5)	0.472;0.492
Var	38(13.4)	32(11.5)	
Sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti			
Yok	205(72.4)	194(69.8)	0.481;0.488
Var	78(27.6)	84(30.2)	
Pelvik inflamatuvar hastalık			
Yok	269(95.1)	201(72.3)	53.413;<0.001
Var	14(4.9)	77(27.7)	
Toplam	283 (100)	278 (100)	

a: sütun yüzdesi, *:Mann Whitney U testi

4.2. Çalışma Grubunda Kronik Pelvik Ağrı Sıklığı ve Şiddeti

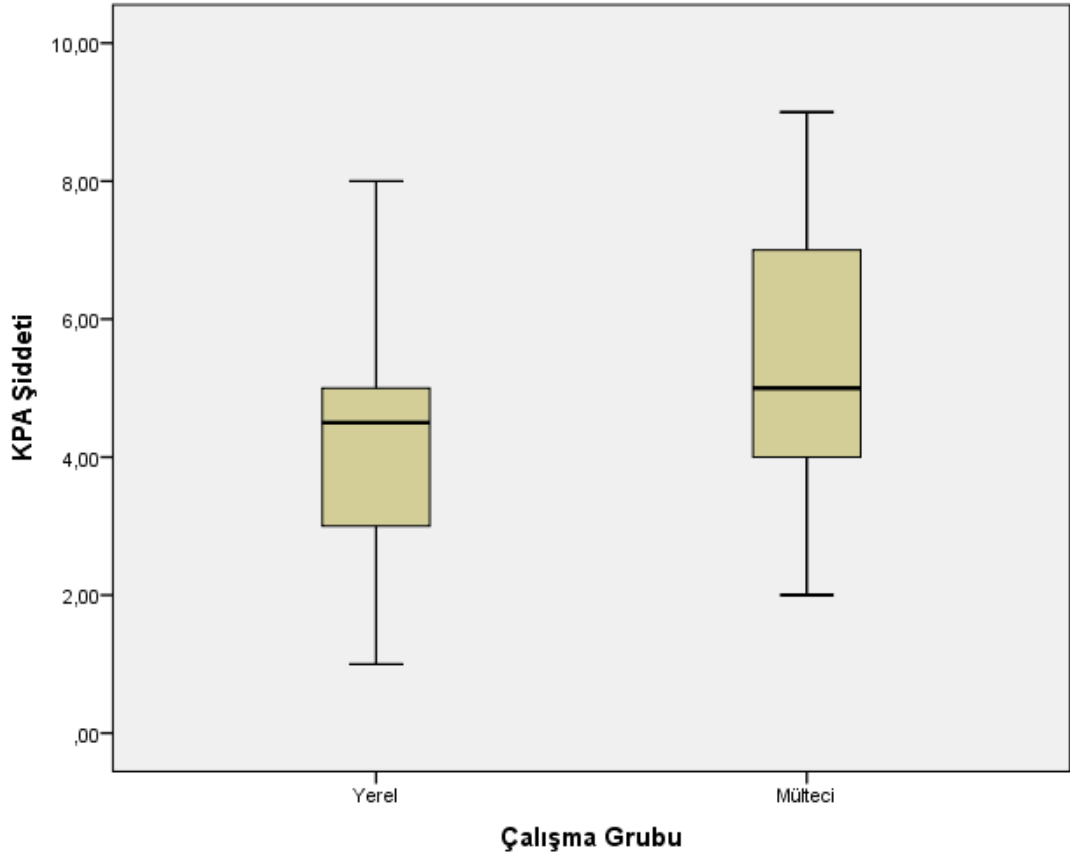
Kronik pelvik ağrı sıklığı mülteci kadınlarda %41.0 (n=114.), yerel kadınlarda %19.1 (n=54) olarak bulundu. Çalışma grubunda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların yerel ve mülteci gruba göre dağılımı Tablo 4.3’de verildi.

Tablo 4.3. Çalışma grubunda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların yerel ve mülteci gruba göre dağılımı

Çalışma grubu	Kronik Pelvik Ağrı		Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	
Yerel	229(80.9)	54(19.1)	32.137;<0.001
Mülteci	164(59.0)	114(41.0)	
Toplam	393(70.1)	168(29.9)	

a: satır yüzdesi

Kronik pelvik ağrısı olan mülteci kadınlarda, VAS'a göre kronik pelvik ağrı şiddetinin ortalaması 5.4 ± 1.9 , ortancası (min-max) 5.0(2.0-9.0) idi. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda ise kronik pelvik ağrı şiddetinin ortalaması 4.2 ± 1.6 , ortancası (min-max) 4.5 (1.0-8.0) saptandı. Mülteci grupta kronik pelvik ağrının şiddeti yerel gruptan daha yüksek bulundu ($z:4.118$; $p<0.001$). Kronik pelvik ağrısı olan yerel ve mülteci grupta kronik pelvik ağrı şiddetinin dağılımı Grafik 4.1'de verildi.



Grafik 4.1. Kronik pelvik ağrısı olan yerel ve mülteci grupta kronik pelvik ağrı şiddetinin dağılımı

4.3. Çalışma Grubunda Yer Alan Mülteci Kadınların Kronik Pelvik Ağrı İle İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlere Göre Dağılımı

Mülteci kadınlarda aile gelir durumunu kötü olarak bildirenlerde kronik pelvik ağrı sıklığı daha yüksek saptandı ($p:0.001$). Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.4’de verildi.

Tablo 4.4. Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyodemografik, Özgeçmiş özellikleri ve Alışkanlıkları	Mülteci Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
Yaş				
18-29	80(63.0)	47(37.0)	127(45.7)	1.625;0.444
30-39	47(54.7)	39(45.3)	86(30.9)	
40-49	37(56.9)	28(43.1)	65(23.4)	
Öğrenim durumu				
Okulsuz	30(55.6)	24(44.4)	54(19.4)	5.358;0.253
İlkokul	64(66.7)	32(33.3)	96(34.5)	
Ortaokul	29(50.0)	29(50.0)	58(20.9)	
Lise	20(64.5)	11(35.5)	31(11.2)	
Üniversite	21(53.8)	18(46.2)	39(14.0)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	114(59.8)	97(40.2)	241(86.7)	0.430;0.512
Çalışıyor	20(54.1)	17(45.9)	37(13.3)	
Aile gelir durumu				
Kötü	60(47.2)	67(52.8)	127(45.7)	14.219;0.001
Orta	96(70.1)	41(29.9)	137(49.3)	
İyi	8(57.1)	6(42.9)	14(5.0)	
Türkiye’de bulunduğu süre				
6 aydan az	12(63.2)	7(36.8)	19(6.8)	0.866;0.649
6 ay-2 yıl	45(54.9)	37(45.1)	82(29.5)	
2 yıldan fazla	107(60.5)	70(39.5)	177(63.7)	
Kronik hastalık öyküsü				
Yok	122(59.8)	82(40.2)	204(73.4)	0.208;0.648
Var	42(56.8)	32(43.2)	74(26.6)	
Günlük çay-kahve tüketimi				
Yok	20(71.4)	8(28.6)	28(10.1)	2.372;0.499
Bir bardak	57(60.0)	38(40.0)	95(34.2)	
İki bardak	38(56.7)	29(43.3)	67(24.1)	
Üç ve üzeri	49(55.7)	39(44.3)	88(31.6)	
Toplam	164(59.0)	114(41.0)	278 (100)	

a: satır yüzdesi, b: sütun yüzdesi

Mülteci grupta dismenoreesi olanlarda (p:0.001), bel ağrısı olanlarda (p<0.001), dispareonisi olanlarda (p<0.001), düşük sayısı 3 ve üzerinde olanlarda (p:0.024), sezaryen öyküsü olanlarda (0.005), jinekolojik ameliyat öyküsü olanlarda (p:0.002), jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü olanlarda (p<0.001), uyku bozukluğu olanlarda (p<0.001), kabızlık (p<0.001), ishal (p:0.003), sık idrar yolu

enfeksiyonu şikayeti olanlarda ($p<0.001$), pelvik inflamatuvar hastalığı olanlarda ($p<0.001$) KPA sıklığı daha yüksek saptandı. Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.5'de verildi.

Tablo 4.5. Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Mülteci Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
İlk adet yaşı				
≤12 yaş	18(56.3)	14(43.8)	32(11.5)	0.743;0.690
13-15 yaş	120(58.3)	86(41.7)	206(74.1)	
≥15 yaş	26(65.0)	14(35.0)	40(14.4)	
Adetler arası süre				
<21 gün	36(60.0)	24(40.0)	60(21.6)	0.639;0.726
21-35 gün	114(57.9)	83(42.1)	197(70.9)	
≥35 gün	14(66.7)	7(33.3)	21(7.5)	
Adet kanama süresi				
1-3 gün	27(60.0)	18(40.0)	45(16.2)	0.315;0.854
4-7 gün	118(58.1)	85(41.9)	203(73.0)	
>7 gün	19(63.3)	11(36.7)	30(10.8)	
Dismenore				
Yok	52(76.5)	16(23.5)	68(24.5)	11.367;0.001
Var	112(53.3)	98(46.7)	210(75.5)	
İdrar kaçırma				
Yok	131(60.6)	85(39.4)	216(77.7)	1.097;0.295
Var	33(53.2)	29(46.8)	62(22.3)	
Bel ağrısı				
Yok	74(74.0)	26(26.0)	100(36.0)	14.540;<0.001
Var	90(50.6)	88(49.4)	178(64.0)	
Disparoni				
Yok	143(67.1)	70(32.9)	213(76.6)	24.972;<0.001
Var	21(32.3)	44(67.7)	65(23.4)	
Kontraseptif yöntem kullanma				
Kullanmıyor	65(56.0)	51(44.0)	116(41.7)	0.720;0.396
Kullanıyor	99(61.1)	63(38.9)	162(58.3)	
Gebelik sayısı ortancası (min-max)	3.0(0.0-7.0)	3.0(0.0-7.0)	3.0 (0.0-7.0)	10.058;0.277*
Düşük sayısı				
<3	157(60.9)	101(39.1)	258(92.8)	5.128;0.024
≥3	7(35.0)	13(65.0)	20(7.2)	

Tablo 4.5. “Devam” Mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Mülteci Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
Sezaryen öyküsü				
Yok	130(64.0)	73(36.0)	203(73.0)	7.922;0.005
Var	34(45.3)	41(54.7)	75(27.0)	
Jinekolojik ameliyat öyküsü				
Yok	149(62.9)	88(37.1)	237(85.3)	9.982;0.002
Var	15(36.6)	26(63.4)	41(14.7)	
Jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü				
Yok	153(63.8)	87(36.2)	240(86.3)	16.425;<0.001
Var	11(28.9)	27(71.1)	38(13.7)	
Uyku bozukluğu				
Yok	109(69.4)	48(30.6)	157(56.5)	16.233;<0.001
Var	55(45.5)	66(54.5)	121(43.5)	
Kabızlık şikayeti				
Yok	138(67.0)	68(33.0)	206(74.1)	21.029;<0.001
Var	26(36.1)	46(63.9)	72(25.9)	
İshal şikayeti				
Yok	153(62.2)	93(37.8)	246(88.5)	9.059;0.003
Var	11(34.4)	21(65.6)	32(11.5)	
Sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti				
Yok	134(69.1)	60(30.9)	194(69.8)	26.963;<0.001
Var	30(35.7)	54(64.3)	84(30.2)	
Pelvik inflamatuvar hastalık				
Yok	132(65.7)	69(34.3)	201(72.3)	13.381;<0.001
Var	32(41.6)	45(58.4)	77(27.7)	
Toplam	164(59.0)	114(41.0)	278 (100)	

a: satır yüzdesi, b: sütun yüzdesi, *:Mann Whitney U testi

4.4. Çalışma Grubunda Yer Alan Yerel Kadınların Kronik Pelvik Ağrı ile İlişkili Olabilecek Değişkenlere Göre Dağılımı

Yerel gruptaki kadınlarda kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.6’da verildi.

Tablo 4.6. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların bazı sosyodemografik, özgeçmiş özellikleri ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Sosyodemografik, Özgeçmiş özellikleri ve Alışkanlıkları	Yerel Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
Yaş				
18-29	48(85.7)	8(14.3)	56(19.8)	1.28;0.539
30-39	84(78.5)	23(21.5)	107(37.8)	
40-49	97(80.8)	23(19.2)	120(42.4)	
Öğrenim durumu				
Okulsuz	10(71.4)	4(28.6)	14(5.0)	6.256;0.181
İlkokul	86(76.1)	27(23.9)	113(39.9)	
Ortaokul	36(87.8)	5(12.2)	41(14.5)	
Lise	59(80.8)	14(19.2)	73(25.8)	
Üniversite	38(90.5)	4(9.5)	42(14.8)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	166(78.7)	45(21.3)	211(74.6)	2.709;0.100
Çalışıyor	63(87.5)	9(12.5)	72(25.04)	
Aile gelir durumu				
Kötü	22(75.9)	7(24.1)	29(10.3)	1.362;0.506
Orta	174(80.6)	42(19.4)	216(76.3)	
İyi	33(86.8)	5(13.2)	38(13.4)	
Kronik hastalık				
Yok	161(80.9)	38(19.1)	199(70.3)	0.000;0.993
Var	68(81.0)	16(19.0)	84(29.7)	
Günlük çay-kahve tüketimi				
Yok	6(75.0)	2(25.0)	8(2.8)	1.014;0.798
Bir bardak	18(75.0)	6(25.0)	24(8.5)	
İki bardak	51(83.6)	10(16.4)	61(21.6)	
Üç ve üzeri	154(81.1)	36(18.9)	190(67.1)	
Toplam	229(80.9)	54(19.1)	283(100)	

a: satır yüzdesi, b: sütun yüzdesi

Yerel grupta idrar kaçırma şikayeti olanlarda (p:0.01), bel ağrısı olanlarda (p<0.001), dispareni olanlarda (p:0.001), kontraseptif yöntem kullananlarda (p:0.033), düşük sayısı üç ve üzerinde olanlarda (p:0.027), jinekolojik ameliyat öyküsü olanlarda (p:0.003), uyku bozukluğu şikayeti olanlarda (p<0.001), kabızlık (p:0.003), ishal (p:0.011), sık idrar yolu enfeksiyonu (p:0.002) şikayeti olanlarda, pelvik inflamatuvar hastalığı olanlarda (p:0.032) KPA sıklığı daha yüksek saptandı. Yerel

grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Yerel Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
İlk adet yaşı				
≤12 yaş	41(80.4)	10(19.6)	51(18.0)	1.212;0.546
13-15 yaş	169(82.0)	37(18.0)	206(72.8)	
≥15 yaş	19(73.1)	7(26.9)	26(9.2)	
Adetler arası süre				
<21 gün	41(83.7)	8(16.3)	49(17.3)	0.513;0.774
21-35 gün	168(80.8)	40(19.2)	208(73.5)	
≥35 gün	20(76.9)	6(23.1)	26(9.2)	
Adet kanama süresi				
1-3 gün	32(80.0)	8(20.0)	40(14.1)	0.101;0.951
4-7 gün	166(81.4)	38(18.6)	204(72.1)	
>7 gün	31(79.5)	8(20.5)	39(13.8)	
Dismenore				
Yok	55(85.9)	9(14.1)	64(22.6)	1.349;0.245
Var	174(79.5)	45(20.5)	219(77.4)	
İdrar kaçırma				
Yok	182(84.3)	34(15.7)	216(76.3)	6.594;0.01
Var	47(70.1)	20(29.9)	67(23.7)	
Bel ağrısı				
Yok	95(92.2)	8(7.8)	103(36.4)	13.426;<0.001
Var	134(74.4)	46(25.6)	180(63.6)	
Disparoni				
Yok	198(84.6)	36(15.4)	234(82.7)	11.961;0.001
Var	31(63.3)	18(36.7)	49(17.3)	
Kontraseptif yöntem kullanma				
Kullanmıyor	86(87.8)	12(12.2)	98(34.6)	4.538;0.033
Kullanıyor	143(77.3)	42(22.7)	185(65.4)	
Gebelik sayısı ortancası (min-max)	2.0(0.0-7.0)	3.0(0.0-7.0)	2.0 (0.0-7.0)	7.075;0.09*
Düşük sayısı				
<3	226(81.9)	50(18.1)	276(97.5)	6.711;0.027**
≥3	3(42.9)	4(57.1)	7(2.5)	
Sezaryen öyküsü				
Yok	154(80.6)	37(19.4)	191(67.5)	0.032;0.858
Var	75(81.5)	17(18.5)	92(32.5)	

Tablo 4.7. “Devam” Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların KPA ile ilişkili olabilecek değişkenlere göre dağılımı

KPA ile ilişkili olabilecek değişkenler	Yerel Grupta Kronik Pelvik Ağrı			Test değeri χ^2 ; p
	Yok n(%) ^a	Var n(%) ^a	Toplam n(%) ^b	
Menopoz varlığı				
Yok	192(79.3)	50(20.7)	242(85.5)	2.691;0.132
Var	37(90.2)	4(9.8)	41(14.5)	
Jinekolojik ameliyat öyküsü				
Yok	205(83.7)	40(16.3)	245(86.6)	8.968;0.003
Var	24(63.2)	14(36.8)	38(13.4)	
Jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü				
Yok	201(81.7)	45(18.3)	246(86.9)	0.758;0.384
Var	28(75.7)	9(24.3)	37(13.1)	
Uyku bozukluğu				
Yok	138(89.6)	16(10.4)	154(54.4)	16.530;<0.001
Var	91(70.5)	38(29.5)	129(45.6)	
Kabızlık şikayeti				
Yok	167(85.6)	28(14.4)	195(68.9)	9.057;0.003
Var	62(70.5)	26(29.5)	88(31.1)	
İshal şikayeti				
Yok	204(83.3)	41(16.7)	245(86.6)	6.507;0.011
Var	25(65.8)	13(34.2)	38(13.4)	
Sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti				
Yok	175(85.4)	30(14.6)	205(72.4)	9.527;0.002
Var	54(69.2)	24(30.8)	78(27.6)	
Pelvik inflamatuvar hastalık				
Yok	221(82.2)	48(17.8)	269(95.1)	5.373;0.032**
Var	8(57.1)	6(42.9)	14(4.9)	
Toplam	229(80.9)	54(19.1)	283(100)	

a: satır yüzdesi, b: sütun yüzdesi, *:Mann Whitney U testi , **: Fisher’s Exact Test

4.5. Çalışma Grubunun DASS-21 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Mülteci kadınların DASS-21 ölçeği depresyon, anksiyete ve stres alt alanlarından aldıkları puanlar yerel kadınlarının aldıkları puanlardan daha yüksek saptandı (her bir alt alan için $p < 0.001$). Mülteci ve yerel grubun DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı Tablo 4.8’de verildi.

Tablo 4.8. Mülteci ve yerel grubun DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı

DASS-21 alt alanları	Yerel Grup	Mülteci Grup	Test değeri z ; p
Depresyon puan ortancası (min-max)	4.0(0.0-16.0)	9.0(0.0-21.0)	p<0.001
Anksiyete Puan Ortancası (min-max)	4.0(0.0-16.0)	7.0(0.0-21.0)	p<0.001
Stres Puan Ortancası (min-max)	6.0(0.0-20.0)	9.0(0.0-21.0)	p<0.001

4.6. Kronik Pelvik Ağrısı Olan ve Olmayanların DASS-21 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olanların DASS-21 ölçeği anksiyete, depresyon, stres alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksek saptandı (her bir alt alan için $p<0.001$). İki grup için kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı Tablo 4.9'da verildi.

Tablo 4.9. Kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı

DASS-21 Alt Alanları	Mülteci Grup		Test değeri z ; p	Yerel Grup		Test değeri z ; p
	Kronik Pelvik Ağrı			Kronik Pelvik Ağrı		
	Yok	Var		Yok	Var	
Depresyon puan ortancası (min-max)	7.0 (0.0- 20.0)	12.0 (1.0- 21.0)	13.113;0.000	4.0(0.0- 14.0)	6.0(0.0- 16.0)	7.553;0.011
Anksiyete puan ortancası (min-max)	6.0 (0.0- 20.0)	10.0 (1.0- 21.0)	13.434;0.000	3.0(0.0- 16.0)	6.0(0.0- 16.0)	8.369;<0.001
Stres puan ortancası (min-max)	7.0 (0.0- 19.0)	11.0 (2.0- 21.0)	13.708;0.000	5.0(0.0- 20.0)	6.5(1.0- 18.0)	7.342;0.031

Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan kadınların VAS'dan aldıkları puanlar ile DASS-21 ölçeği alt alanlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı (her bir alt alan için $p < 0.05$). Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olanlarda kronik pelvik ağrının şiddeti ile DASS-21 ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olanlarda kronik pelvik ağrının şiddeti ile DASS-21 ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları

DASS-21 Ölçeği Alt Alanları	Mülteci grupta KPA şiddeti		Yerel grupta KPA şiddeti	
	r	p	r	p
Depresyon puanı	-0.049	0.605	0.272	0.046
Anksiyete puanı	0.107	0.256	0.325	0.016
Stres puanı	0.006	0.948	0.440	0.001

4.7. Çalışma Grubunun WHOQOL-BREF Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Çalışma grubunu oluşturan mülteci kadınların WHOQOL-BREF ölçeği ‘Fiziksel Sağlık’, ‘Psikolojik’ ve ‘Çevre’ alt alanlarından aldıkları puanlar yerel gruptakilerin aldıkları puanlardan daha düşük saptandı (her bir alt alan için $p<0.001$). Mülteci ve yerel grubun WHOQOL-BREF ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı Tablo 4.11’de verildi.

Tablo 4.11. Mülteci ve yerel grubun WHOQOL-BREF ölçeği alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı

WHOQOL-BREF Alt Alanları	Yerel Grup	Mülteci Grup	Test değeri z ; p
Fiziksel sağlık puan ortancası (min-max)	69.0(25.0-100.0)	56.0(13.0-100.0)	24.322;<0.001
Psikolojik Puan Ortancası (min-max)	63.0(13.0-100.0)	56.0(6.0-88.0)	27.293;<0.001
Sosyal İlişkiler Puan Ortancası (min-max)	69.0(0.0-100.0)	69.0(0.0-100.0)	36.652;0.158
Çevre Puan Ortancası (min-max)	63.0(25.0-100.0)	50.0(6.0-88.0)	21.602;<0.001

4.8. Kronik Pelvik Ağrısı Olan ve Olmayanların WHOQOL-BREF Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Mülteci kadınlarda ve yerel gruptaki kadınlarda kronik pelvik ağrısı olanların WHOQOL-BREF ölçeğinin bütün alt alanlarından aldıkları puanlar daha düşük saptandı ($p<0.05$). Mülteci ve yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların WHOQOL-BREF alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı Tablo 4.12 ve 4.13’de verildi.

Tablo 4.12. Mülteci grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların WHOQOL-BREF alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı

WHOQOL-BREF Alt Alanları	Mülteci Grupta Kronik Pelvik Ağrı		Test değeri z ; p
	Yok	Var	
Fiziksel sağlık puan ortancası (min-max)	63.0(13.0-100.0)	50.0(13.0-100.0)	5.198;<0.001
Psikolojik Puan Ortancası (min-max)	56.0(19.0-88.0)	50.0(6.0-81.0)	6.729;<0.001
Sosyal İlişkiler Puan Ortancası (min-max)	69.0(6.0-100.0)	56.0(0.0-100.0)	6.720;<0.001
Çevre Puan Ortancası (min-max)	56.0(6.0-88.0)	44.0(13.0-81.0)	6.423;<0.001

Tablo 4.13. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan ve olmayanların WHOQOL-BREF alt alanlarından aldıkları puan ortancalarının dağılımı

WHOQOL-BREF Alt Alanları	Yerel Grupta Kronik Pelvik Ağrı		Test değeri z ; p
	Yok	Var	
Fiziksel sağlık puan ortancası (min-max)	69.0(25.0-100.0)	63.0(38.0-94.0)	4.563;0.002
Psikolojik Puan Ortancası (min-max)	63.0(13.0-100.0)	56.0(25.0-81.0)	4.804;0.01
Sosyal İlişkiler Puan Ortancası (min-max)	69.0(0.0-100.0)	62.5(19.0-94.0)	5.066;0.036
Çevre Puan Ortancası (min-max)	63.0(25.0-100.0)	63.0(38-100.0)	4.881;0.015

4.9. Çalışma Grubunda KPA ile İlişkili Olduğu Saptanan Değişkenlerle Oluşturulan Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

Mülteci grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan aile gelir durumu, dismenore, bel ağrısı, disparoni, düşük sayısı, sezaryen öyküsü, jinekolojik ameliyat öyküsü, jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü, uyku bozukluğu şikayeti, kabızlık, ishal şikayeti, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti, pelvik inflamatuvar hastalık ve DASS-21 alt alanlarından alınan puanlar ile oluşturulan Lojistik Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Mülteci grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)

Değişkenler	β	SE	p	OR	%95 GA
Aile gelir durumu (referans: Orta)					
İyi	1.245	0.748	0.096	3.47	0.80-15.04
Kötü	1.265	0.328	<0.001	3.54	1.86-6.74
Dismenore (referans: Yok)					
Var	0.833	0.385	0.031	2.30	1.08-4.89
Bel ağrısı (referans: Yok)					
Var	0.635	0.335	0.058	1.89	0.98-3.64
Disparoni (referans: Yok)					
Var	1.293	0.374	0.001	3.64	1.75-7.58
Düşük sayısı (referans: <3)					
≥ 3	1.097	0.619	0.076	2.99	0.89-10.07
Jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü (referans: Yok)					
Var	1.095	0.493	0.026	2.99	1.14-7.86
Sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti (referans: Yok)					
Var	0.724	0.346	0.036	2.06	1.04-4.06
DASS-21 ölçeği anksiyete alt alanı puanı	0.182	0.038	<0.001	1.20	1.11-1.29

SE: Standard hata, OR : Odd's ratio, GA: Güven aralığı

Yerel grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan idrar kaçırma, bel ağrısı, disparoni, kontraseptif yöntem kullanma, düşük sayısı, jinekolojik ameliyat öyküsü, uyku bozukluğu şikayeti, kabızlık, ishal şikayeti, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti, pelvik inflamatuvar hastalık, DASS-21 alt alanlarından alınan puanlar ile oluşturulan Lojistik Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4.15'de verilmiştir.

Tablo 4.15. Yerel grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)

Değişkenler	β	SE	p	OR	%95 CI
Bel ağrısı (referans: Yok)					
Var	0.896	0.439	0.041	2.45	1.03-5.78
Disparoni (referans: Yok)					
Var	0.908	0.413	0.028	2.48	1.10-5.57
Kontraseptif yöntem kullanma (referans: kullanmıyor)					
Kullanıyor	0.916	0.389	0.018	2.50	1.16-5.36
Jinekolojik ameliyat öyküsü (referans: Yok)					
Var	1.106	0.442	0.012	3.02	1.27-7.18
Uyku bozukluğu şikayeti (referans: Yok)					
Var	0.705	0.369	0.056	2.02	0.98-4.17
İshal (referans: Yok)					
Var	0.929	0.432	0.031	2.53	1.08-5.90
DASS-21 ölçeği anksiyete alt alanı puanı	0.153	0.054	0.005	1.16	1.05-1.29

SE: Standard hata, OR : Odd's ratio, GA: Güven aralığı

Çalışma grubunu oluşturan tüm kadınlarda (yerel ve mülteci grup) kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan aile gelir durumu, dismenore, idrar kaçırma, bel ağrısı, disparoni, gebelik sayısı, düşük sayısı, jinekolojik ameliyat öyküsü, jinekolojik ameliyat dışı batından ameliyat öyküsü, uyku bozukluğu şikayeti, kabızlık, ishal şikayeti, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti, pelvik inflamatuvar hastalık ve DASS-21 alt alanlarından alınan puanlar ile oluşturulan Lojistik Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4.16'da verilmiştir. Lojistik Regresyon Analizi sonucunda mülteci olmanın kronik pelvik ağrı sıklığını 1.68 kat arttırdığı saptandı (OR: 1.68, p: 0.047). Mülteci olmak, aile gelir durumunun kötü olması, bel ağrısı, disparoni, 3 ve üzerinde düşük sayısı, jinekolojik ameliyat öyküsü, ishal şikayeti, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti ve anksiyete tüm çalışma grubunda kronik pelvik ağrı riskini arttıran faktörler olarak saptandı (p<0.05).

Tablo 4.16. Tüm grupta kronik pelvik ağrı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları (step final)

Değişkenler	β	SE	p	OR	%95 GA
Çalışma grubu (referans: Yerel)					
Mülteci	0.519	0.262	0.047	1.68	1.01-2.81
Aile gelir durumu (referans: Orta)					
İyi	0.427	0.421	0.311	1.53	0.67-3.49
Kötü	0.736	0.259	0.004	2.09	1.26-3.46
Dismenore (referans: Yok)					
Var	0.520	0.297	0.08	1.68	0.94-3.01
Bel ağrısı (referans: Yok)					
Var	0.702	0.259	0.007	2.02	1.21-3.35
Disparoni (referans: Yok)					
Var	1.085	0.268	<0.001	2.96	1.75-4.99
Düşük sayısı (referans: < 3)					
≥3	1.124	0.488	0.021	3.07	1.18-8.01
Jinekolojik ameliyat öyküsü (referans: Yok)					
Var	0.894	0.311	0.004	2.44	1.33-4.50
Kabızlık şikayeti (referans: Yok)					
Var	0.444	0.248	0.073	1.56	0.9-2.53
İshal şikayeti (referans: Yok)					
Var	0.697	0.320	0.03	2.01	1.07-3.76
Sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti (referans: Yok)					
Var	0.507	0.25	0.042	1.66	1.02-2.71
DASS-21 ölçeği anksiyete alt alanı puanı	0.159	0.03	<0.001	1.17	1.10-1.24

SE: Standard hata, OR: Odd's ratio, GA: Güven aralığı

5. TARTIŞMA

Kronik pelvik ağrı sık görülen, kadınların günlük aktivitelerini büyük ölçüde etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir sağlık sorunudur. Mülteci kadınlarda jinekolojik problemlerin yaygın olduğu bilinmektedir. Bu açıdan kronik pelvik ağrının mülteci kadınlardaki sıklığının ve kronik pelvik ağrı ile ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi önemlidir.

Çalışmada kronik pelvik ağrı sıklığı mülteci kadınlarda %41.0, yerel gruptaki kadınlarda %19.1 bulundu (<0.001). Türkiye’de daha önce Özdemir ve arkadaşları tarafından Sakarya’nın bir bölgesindeki haneler kapı kapı dolaşılarak yapılan çalışmada, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda kronik pelvik ağrı sıklığının %12.2 bulunduğu belirtilmiştir (20). Bizim çalışmamız ASM’ye başvuran kadınlar üzerinde yapıldığı için yerel kadınlarda saptadığımız KPA oranı, Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında bildirilenden daha yüksek bulunmuş olabilir. Literatürde mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrı prevalansını bildiren bir çalışma bulunamamış olup yapılan bir çalışmada mültecilerin birinci basamağa en sık başvuru nedenlerinden birinin ağrı sorunları olduğu ve kadınlarda pelvik ağrının da bu ağrı nedenleri içerisinde önemli bir yer tuttuğu belirtilmektedir (139). Masterson ve arkadaşlarının Lübnan’da yaptığı çalışmada, Suriyeli mültecilerde ciddi pelvik ağrı veya dismenore sıklığı %51.6 olarak bildirilmiştir (10). Ancak bizim çalışmamızda mülteci grupta saptadığımız KPA sıklığının (%41.0) Masterson’un çalışmasındakinden daha düşük olmasının nedenlerinden birisi olarak kronik pelvik ağrının tanımında dismenorenin dışlanmış olması sayılabilir. Dünya genelinde ise kronik pelvik ağrının güncel prevalansının, 2005-2012 yıllarını kapsayan derlemeye göre % 5.7 - 26.6 olarak saptandığı rapor edilmiştir (19). Danimarka’da 2014 yılında yapılan toplum tabanlı bir çalışmada doğurganlık çağındaki kadınlarda KPA prevalansının %13.6 saptandığı (140), Brezilya’da 2014 yılında yapılan kesitsel çalışmada ise %19.0 (114) olarak saptandığı bildirilmiştir. Birleşik Krallık’ta 2017’de yapılan çalışmada doğurganlık çağındaki kadınlarda KPA sıklığının %20.5 (74) saptandığı belirtilmektedir. Dünya genelinde yapılan çeşitli çalışmalarda bildirilen prevalans değerlerine göre yerel grupta saptadığımız KPA sıklığı literatür ile uyumlu, ancak mülteci grupta saptadığımız KPA sıklığı çok daha yüksek düzeydedir.

Çalışmamızda yapılan lojistik regresyon analizi sonucuna göre mülteci grupta yer almak kronik pelvik ağrı sıklığını yerel gruba göre 1.68 kat arttırmaktaydı (OR: 1.68;1.01-2.81). Kronik ağrıların mültecilerde çok yaygın bir sorun olduğu bilinmektedir. Bu durum mültecilerde travma öyküsü ile de ilişkilendirilmektedir ve yapılan çalışmalarda mültecilerin fiziksel kaynaklı olduğuna inandıkları ağrılarının aslında duygusal sıkıntılarının bir yansıması sonucu ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (141-143). Mülteci ve yerel grupta KPA sıklığındaki farklılığın nedenlerinden biri de genetik faktörler ve etnisite farklılığı olabilir. KPA'nın genetik faktörle ilişkisi Zondervan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ele alınmış olup bu kalıtsallığın endometriozis, fibroidler, dismenore ve somatik ağrı altında yatan genetik varyans ile açıklanabileceği gösterilmiştir (89). Ek olarak, farklı etnik gruplarda ağrı algısı ve ifadesi değişkenlik gösterdiği için yerel ve mülteci gruptaki KPA sıklığının farklılığında kültürel faktörler de etkili olmuş olabilir (141).

Kronik pelvik ağrının etyolojisinde benzer fizyolojik faktörler sorumlu tutulsa bile, teşhisi aynı olan hastalarda ağrının şiddeti oldukça değişkenlik gösterebilir (76). Ayrıca kişinin şiddetli ağrı tariflemesinde somatizasyon durumu, düşük ağrı eşiği ve genetik faktörler de etkili olabilir (144). Çalışmada kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda VAS'a göre kronik pelvik ağrının şiddeti mülteci grupta (5.5 ± 2.0) yerel gruba (4.2 ± 1.6) göre daha yüksek saptandı ($p < 0.001$). Yosef ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailede kronik ağrı öyküsünün bulunması ile kronik pelvik ağrının şiddetinin ilişkili bulunduğu ve bu ilişkinin de kronik ağrı algı ve davranışını sürdüren bazı ailesel dinamikler ile bağlantılı olabileceğinin düşünüldüğü bildirilmiştir (145). Mültecilerin KPA şiddetini daha yüksek bildirmelerinin nedenleri arasında kültürel özellikler, ailelerinde gözlemledikleri öğrenilmiş davranışlar gibi ağrı algısını etkileyen faktörler sayılabilir. Belki de mülteci grupta KPA'nın altında yatan patolojiler yerel gruba göre farklılık göstermektedir ve bu patolojilerin yarattığı ağrının şiddeti de farklı hissedilmektedir.

Çalışma grubunda yaş ile kronik pelvik ağrı arasında ilişki bulunamadı. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (114,146). Zondervan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yaş ile birlikte KPA prevalansının arttığı rapor edilmiş (147). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında 25-34 yaş grubunda KPA riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20). Başka bir çalışmada ise 36-40 yaş

grubunda KPA'nın daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (106). Hassan ve arkadaşlarının çalışmasında doğurgan yaş grubundaki kadınlarda pelvik ağrı da dahil olmak üzere kronik ağrılarının arttığı ve bunun nedenleri arasında üreme sisteminde meydana gelen yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin etkisinin sayılabileceği vurgulanmıştır. Ovaryan hormonların birçok kronik ağrı durumunun modülasyonunda rol oynadığı düşünülmeyle birlikte kronik ağrı durumlarında etkili olduğu mekanizma östrojene oldukça bağımlı olduğu bilinen endometriyozis dışında yetersizdir (148). Kronik pelvik ağrının genel olarak doğurgan yaş grubuna ait bir sorun olduğu düşünüldüğünde, çalışmanın bu yaş grubundaki kadınlar üzerinde yapılmış olması nedeniyle yaş grupları arasında fark bulunamamış olabilir.

Çalışmada öğrenim durumu ve çalışma durumu ile KPA arasında bir ilişki bulunamadı. Latthe ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede de öğrenim durumu ve çalışma durumu ile KPA arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (80). Literatürde çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (25,106,114,149). Bununla birlikte KPA ile öğrenim durumu veya çalışma durumu arasında ilişki saptayan çalışmalar da mevcuttur. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, çalışmayan kadınlarda KPA açısından riskin daha yüksek olduğunun saptandığı belirtilmiştir (20). Silva ve arkadaşlarının çalışmasında ise düşük eğitim düzeyinin KPA riskini arttırdığı (146), Roth ve arkadaşlarının çalışmasında ise düşük eğitim düzeyinin daha şiddetli KPA ile ilişkili olduğu (76) rapor edilmiştir.

Çalışmada, mülteci grupta aile gelir durumunu kötü olarak bildirenlerde KPA, orta olarak bildirenlere göre 3.54 kat daha yüksek saptandı (OR:3.54 ; 1.86-6.74). Tüm çalışma grubunda, aile gelir durumunu kötü olarak bildirenlerde KPA, orta olarak bildirenlere göre 2.09 kat daha yüksek saptandı (OR:2.09 ; 1.26-3.46). Başka bir çalışmada ise KPA, gelir durumu kötü olanlarda orta olanlara göre 1.8 kat; iyi olanlarda orta olanlara göre 2.9 kat daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (20). Coelho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (114) ve Barcelos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (150) aylık geliri daha düşük olanlarda KPA sıklığının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, başka bir çalışmada gelir düzeyi düşük olanlarda KPA şiddetinin de daha yüksek olduğu bildirilmektedir (145). Yeni Zelanda'da ve Brezilya'da yapılan çalışmalarda ise gelir düzeyi ile KPA arasında bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (75,149). Silva ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada,

gelir düzeyi ile KPA sıklığı arasında tek değişkenli analizde ilişkili bulunmuş iken çok değişkenli analizde bu ilişkinin anlamlılığını yitirdiği bildirilmiştir (146). Literatürde bildirilen farklı sonuçların nedenleri arasında çalışmaların yapıldığı ülkelerin sosyoekonomik düzeylerinin farklılığı ve gelir düzeyinin değerlendirilmesinde standart bir yöntem kullanılmamış olması sayılabilir. Ayrıca bizim çalışmamızda kişilerin aylık gelir miktarı değil kendi algısına göre gelir durumu sorgulandığı için kişilerin olumlu veya olumsuz bakış açısı gibi farklı faktörler de bu durumun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmada hekim tanımlı kronik hastalık varlığı ile kronik pelvik ağrı sıklığı arasında bir ilişki saptanamadı. Luz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hipertansiyonu olan ve olmayanlarda ve diyabeti olan ve olmayanlarda KPA açısından bir fark bulunamadığı rapor edilmiştir (149).

Kronik pelvik ağrının tedavisinde kafein alımının azaltılması gibi diyet değişikliği önerileri yardımcı olabilmektedir. Kafein, KPA'nın nedenlerinden birisi olan interstisyel sistit için tetikleyici olarak düşünülmektedir. KPA'ya yol açan diğer bir neden olan, kabızlık veya ishale seyreden irritabl bağırsak hastaları da kafein alımının azaltılmasından özellikle fayda görebilmektedir (151). Ancak çalışmamızda günlük çay/kahve tüketim miktarı ile KPA arasında bir ilişki bulunamadı. Yosef ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da günlük kafein alımı ile KPA şiddeti arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (145). Coelho ve arkadaşlarının çalışmasında yapılan tek değişkenli analiz sonucunda KPA'sı olan kadınlarda kafein alımı olmayanlara göre daha yüksek saptanmış, ancak kafein alımının KPA için bir risk faktörü olarak saptanamadığı rapor edilmiştir (114). Başka bir çalışmada da günde 6 bardaktan fazla kahve tüketenlerde KPA sıklığının daha yüksek bulunduğu ancak lojistik regresyon analizinde bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (146). Magurean ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kafeinin ürolojik nedenli kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak saptandığı bildirilmiştir (152).

Erken menarş ve uzamış adet kanaması kronik pelvik ağrının nedenlerinden biri olan endometriozis için riski arttırmaktadır (18,153). Çalışmada ilk adet yaşı ile ve adet kanama süresi ile kronik pelvik ağrı arasında ilişki saptanamadı. Başka bir çalışmada da erken menarşla KPA'nın ilişkili bulunamadığı raporlanmıştır (114). Yapılan bazı çalışmalarda ise erken menarş yaşının KPA için risk faktörü olarak

saptandığı bildirilmektedir (20,152). Kanada’da yapılan bir çalışmada geç menarş yaşı olanlarda daha şiddetli KPA saptandığı; adet kanama süresi ile KPA şiddeti arasında ise bir ilişki bulunamadığı bildirilmektedir (145). Latthe ve arkadaşlarının çalışmasında ise uzun menstrüel kanamanın KPA için bir risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (80).

Çalışma gruplarında adetler arası süre ile KPA arasında bir ilişki saptanamadı. Bazı çalışmalarda düzensiz adet kanamasının KPA için bir risk faktörü olarak bulunduğu bildirilmektedir (20,114). KPA’nın etyolojisinde yer alan pelvik konjesyon sendromunun düzensiz adet kanamalarıyla ilişkili olduğundan bahsedilmektedir (154). Parazzini’nin çalışmasında ise düzensiz adet kanamalarının KPA’lı hastalarda endometriyozis riskini azalttığı raporlanmıştır (155).

Dismenore KPA’ya sıklıkla eşlik eden bir sağlık problemidir. Dismenorenin endometriyozis ve adenomyozisle olan ilişkisi, KPA ile olan ilişkisini de açıklayabilir. Dismenore ve endometriyozis arasında nedensel bir ilişki mevcut olup endometriyozise bağlı adezyonlar ciddi dismenore sebebi olabilir. Endometriyozisin de şiddetli KPA’ya neden olduğuna dair fizyopatolojik ve histolojik argümanlar göz önüne alındığında dismenorenin KPA ile ilişkili olması beklenen bir durumdur (156). Dismenore ve KPA arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek bir başka hipotez ise KPA ve dismenoresi olan kadınlarda ağrı eşiğinin düşük olduğu varsayımdır (157). Ayrıca kronik ağrıların patofizyolojisinde yer alan santral sensitizasyon, santral sinir sistemindeki nosiseptif nöronların normal veya eşik değerin altındaki afferent uyarılara karşı artmış cevabı olarak tanımlanmaktadır (158). Bu nedenle KPA’nın neden olduğu santral sensitizasyon da dismenorenin bu hastalarda daha sık görülmesini destekleyen bir mekanizmadır (159). Mülteci grupta dismenoresi olanlarda KPA görülme sıklığı olmayanlara göre 2.3 kat daha yüksek saptandı (OR: 2.3 ; 1.08-4.89). Yerel grupta ise KPA ile dismenore arasında bir ilişki saptanamadı. Tüm grupta ise dismenoresi olanlarda KPA daha sık görülmekle birlikte çok değişkenli analizde bu ilişki saptanamadı. Türkiye’de yapılan bir çalışmada KPA sıklığının, dismenoresi olan kadınlarda 2.5 kat daha yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (20). Brezilya’da yapılan çalışmalardan birinde dismenoresi olanlarda KPA 1.7 kat (114) ve diğer çalışmada ise 2.6 kat (146) daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Literatürde KPA’sı olanlarda dismenorenin daha sık görüldüğü de çeşitli çalışmalarda rapor

edilmiştir (75,150,160). Hardi ve arkadaşları tarafından yapılan bir kohort çalışmasında dismenore başlangıcından itibaren bir yıl içinde kadınların %16.4'ünde kronik pelvik ağrı geliştiği bildirilmektedir (161). Birleşik Krallık'ta yapılan, 2304 kadını kapsayan çalışmada KPA'sı olan kadınların %81'inde dismenore saptandığı belirtilmektedir (106). KPA ve dismenore sıklıkla birliktelik gösterse de KPA ve dismenorenin ortak risk faktörleri kontrol edildiğinde bu ilişkinin ortadan kalkabileceği düşünüldü.

Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology)'nin 2004 yılında yayınladığı kronik pelvik ağrı ile ilgili kılavuzda, inkontinansın da eşlik edebildiği bir durum olan üretral ağrı sendromu, KPA çeşitlerinden biri olarak yer almaktadır. Bununla birlikte, pelvik taban aşırı aktivitesi kronik pelvik ağrıya neden olan önemli bir faktör iken pelvik taban kaslarının aktivitesindeki zayıflık üriner inkontinansla sonuçlanmaktadır (162). Bu mekanizmaya göre KPA ile üriner inkontinans durumları, pelvik taban kaslarının aktivitesindeki zıt etki sonucu ortaya çıkmaktadır dolayısıyla üriner inkontinansla KPA direkt olarak ilişkili olmayabilir. Çalışmada yerel gruptaki kadınlarda ve tüm çalışma grubunda üriner inkontinansı olan kadınlarda KPA sıklığı daha yüksek bulundu. Ancak çok değişkenli analizde, çalışma gruplarında üriner inkontinans şikayeti KPA için bir risk faktörü olarak saptanamadı. Özdemir çalışmasında bizim sonucumuza benzer sonuç bildirmiştir (20). Başka bir çalışmada ise KPA'sı olan kadınlarda inkontinansın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (114). Ayrıca, kronik pelvik ağrının, stres üriner inkontinansı nedeniyle sentetik mesh mesane askılarının implantasyonu ile tedavi edilen kadınlar arasında sık görüldüğü belirtilmektedir (163). Literatürdeki bilgilere göre üriner inkontinansın KPA için risk faktörü olup olmadığı ile ilgili mekanizma tam olarak netlik kazanmamıştır.

Bel ağrısı, KPA ile ortak etyolojik faktörlere sahiptir ve sıklıkla komorbid olarak görülebilmektedir. Bel ağrısı etyolojileri arasında kronik pelvik ağrı nedeni olabilecek en önemli sorun belin arka eklemlerini oluşturan faset eklemlerin dejeneratif osteoartritidir. Pelvik taban gerilimi miyaljisi, levator ani sendromu, piriformis sendromu, sakroiliyak eklem sendromu gibi KPA'nın muskuloskeletal nedenleri bel ağrısına da neden olabilir (164). Ek olarak, bel ağrısının etyolojisinde endometriyozis, pelvik inflamatuvar hastalık gibi pelvik organlara ait patolojiler de yer almaktadır (165). Pelvik ağrısı olan kadınlarda pelvis dışındaki bölgelerde de ağrı

duyarlılığının arttığı saptanmış olup sıklıkla farklı ağrılar KPA'ya eşlik edebilmektedir (166). Bu durum da KPA'sı olan kadınlarda bel ağrısı sıklığının yüksek olmasını açıklayabilir. Çalışmada yerel grupta ve tüm grupta bel ağrısı, kronik pelvik ağrı için prediktör bir faktör olarak saptandı. (yerel grup için OR: 2.45 ; 1.03-5.78, tüm grup için OR: 2.02 ; 1.21-3.35). Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da benzer sonuç (OR:1.7) bildirilmiştir (146). Literatürdeki bazı çalışmalarda da KPA ile bel ağrısının ilişkili olduğu raporlanmıştır (114,167).

Disparoni, KPA ile sıklıkla birliktelik gösteren ve benzer etolojiye sahip, yaygın bir sağlık sorunudur (167). Endometriyozis, pelvik inflamatuvar hastalık, irritabl bağırsak sendromu ve interstisyel sistit, hem disparoni hem KPA ile ilişkili sorunlardır (168,79). Pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü olanların disparoni için 4 kat daha yüksek, KPA için ise 13 kat daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (169). Bununla birlikte, pelvik kas hassasiyetinin hem disparoni ile hem de KPA ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (170). Çalışmada, mülteci grupta disparonisi olanlarda KPA sıklığı 3.64 kat daha yüksek saptandı (OR:3.64 ; 1.75-7.58). Yerel grupta disparonisi olanlarda KPA sıklığı 2.48 kat daha yüksek (OR:2.48 ; 1.10-5.57), tüm grupta ise 2.96 kat (OR:2.96 ; 1.75-4.99) daha yüksek saptandı. Coelho ve arkadaşlarının çalışmasında da disparonisi olanlarda KPA riskinin daha yüksek saptandığı bildirilmiştir (OR:3.94) (114). Silva ve arkadaşlarının çalışmasında ise disparonisi olanlarda KPA 11 kat (146), Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında 6 kat daha yüksek bulunmuştur (20). Fiziksel veya cinsel istismar öyküsü, duygusal stres, posttravmatik stres bozukluğu gibi psikojenik sorunlar hem kronik pelvik ağrı hem de disparoninin ortaya çıkmasında etkili olan ortak faktörlerdir (79,171). Mültecilerde bu tür psikolojik sorunların oldukça yaygın olması KPA ve disparoni arasındaki ilişkiyi güçlendirmiş olabilir.

Çalışmada, yerel grupta kontraseptif yöntem kullananlarda KPA sıklığı daha yüksek saptandı (OR:2.50 ; 1.16-5.36). Mülteci grupta ise kontraseptif yöntem kullananlarda KPA sıklığı açısından bir fark bulunamadı. Başka bir çalışmada da herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanımı ile KPA arasında bir ilişki bulunmadığı raporlanmıştır (114). Bununla birlikte, oral kontraseptiflerin, semptomatik endometriozisli kadınlarda pelvik ağrıyı büyük ölçüde azalttığı bildirilmektedir (172,173). Kondomların sürekli kullanımının cinsel yolla bulaşan

hastalıkları önlediği ve pelvik inflamatuvar hastalıkları azalttığı belirtilmektedir (174). Geçirilmiş tubal ligasyonun ise pelvik ağrıya neden olabileceği düşünülmektedir (175). Kullanılan farklı kontraseptif yöntemler, kronik pelvik ağrı açısından farklı etkiler ortaya çıkarabilmektedir. Kontraseptif yöntemlerin kullanımı ile kronik pelvik ağrının ilişkisinin ortaya konması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmada tüm gruplarda, düşük sayısı 3 ve üzeri olanlarda kronik pelvik ağrı görülme sıklığı daha yüksekti. Ancak yerel grupta ve mülteci grupta yapılan çok değişkenli analizde, 3 ve üzeri düşük sayısı kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak saptanamadı. Tüm grupta yapılan çok değişkenli analiz sonucunda ise 3 ve üzeri düşük sayısı kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak bulundu (tüm grupta OR: 3.07 ; 1.18-8.01). Yapılan bazı kesitsel çalışmalarda da düşük öyküsünün KPA için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (20,74). Latthe tarafından yapılan sistematik derlemede düşük öyküsünün KPA için predispozan bir faktör olduğu belirtilmiştir (80). Brezilya’da yapılan çalışmada 2 ve üzeri düşük öyküsü olanlarda KPA sıklığı daha yüksek saptanmış, yapılan çok değişkenli analizde KPA için prediktör olarak bulunamadığı rapor edilmiştir (146). Başka bir çalışmada ise düşük öyküsü ile KPA arasında ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir (114). Literatürde endometriyozisi olan kadınlarda düşük insidansının arttığı tespit edilmiştir (176). Bu sonuç, kronik pelvik ağrısı endometriyozise bağlı olan kadınlarda, KPA ile düşük öyküsü ilişkisini açıklayabilir. Bir başka KPA nedeni olan pelvik inflamatuvar hastalık da spontan düşükler ile ilişkilendirilmiştir (169). Daha önce yapılmış çalışmalar kronik pelvik ağrının altında yatan nedenlerin düşük açısından risk yarattığını göstermektedir.

Çalışmada mülteci grupta ve yerel grupta gebelik sayısı ile KPA arasında bir ilişki bulunamadı. Tüm grup değerlendirildiğinde gebelik sayısı yüksek olanlarda KPA sıklığı daha yüksek saptandı. Ancak yapılan lojistik regresyon analizinde gebelik sayısı ile KPA arasında ilişki saptanamadı. Tüm çalışma grubunda düşük sayısı yüksek olanlarda gebelik sayısı da yüksek olduğu için tek değişkenli analizde ilişkili bulunup çok değişkenli analizde bu ilişkinin ortadan kalkmış olabileceği düşünüldü. Yapılan bazı çalışmalarda da doğum sayısı veya gebelik sayısı ile KPA sıklığı arasında ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (113,114). Gürel’in çalışmasında grandmultiparite ve KPA’nın ilişkili olduğu bildirilmiştir (167). Bir çalışmada ise nulliparitenin KPA için risk oluşturduğu raporlanmıştır (74).

Sezaryen skar defektleri olarak adlandırılan geçirilmiş sezaryen sonrası anormal iyileşme sonucu oluşan anatomik defektler, kronik pelvik ağrıya neden olabilmektedir. Bu defektlerden olan lenfositik infiltrasyon ve alt uterin segmentin bozulması kronik pelvik ağrı ile sonuçlanabilir (177). Çalışmada, mülteci grupta sezaryen öyküsü olanlarda KPA sıklığı daha yüksek saptandı ancak çok değişkenli analiz sonucunda sezaryen öyküsünün KPA için bir risk faktörü olmadığı bulundu. Yerel grupta ise sezaryen öyküsü ile KPA arasında bir ilişki saptanamadı. Almeida tarafından yapılan bir vaka-kontrol araştırmasında sezaryen öyküsünün, KPA riskini arttırdığı bulunmuştur (OR:3.7). Bu durumun olası nedenleri; adezyonlar, pelvik yapıların anatomik olarak bozulması veya sinir demeti yaralanması ve kesi yerinde nöromların oluşmasına bağlı miyofasyal ağrının ortaya çıkması olarak bildirilmiştir (178). Yapılan çeşitli çalışmalarda da geçirilmiş sezaryen öyküsünün KPA riskini arttırdığı rapor edilmiştir (74,80,179,180).

Adezyonlar KPA'nın en sık jinekolojik nedenleri arasında sıklıkla sayılmaktadır (181). Bu bakımdan ameliyat öyküsü olanlarda KPA'nın daha sık görülmesi beklenebilir. Çalışmada, jinekolojik ameliyat dışında batından geçirilen ameliyat öyküsü olanlarda kronik pelvik ağrı sıklığı mülteci grupta 2.99 kat daha yüksek saptandı (OR: 2.99 ; 1.14-7.86). Yerel grupta jinekolojik ameliyat öyküsü olanlarda KPA sıklığı 3.02 kat (OR:3.02 ; 1.27-7.18), tüm grupta jinekolojik ameliyat öyküsü olanlarda KPA sıklığı 2.44 kat daha yüksek saptandı (OR:2.44 ; 1.33-4.50). Literatürde de batından ameliyat geçirme öyküsünün, KPA için risk faktörü olarak saptandığı bildirilmektedir (OR:2.9) (146). Coelho ve arkadaşlarının çalışmasında ise abdominal ameliyat öyküsünün KPA için risk faktörü olarak saptanamadığı bildirilmiştir (114). Danimarka'da yapılan bir çalışmada da geçirilmiş pelvik ameliyatın KPA için risk faktörü olarak bulunduğu raporlanmıştır (140). Çeşitli çalışmalarda pelvik adezyonlar da KPA için risk faktörü olarak bildirilmektedir (74,80). Adezyonlar KPA'lı kadınlarda en yaygın saptanan laparoskopik bulgulardandır (182). Geçirilmiş ameliyatlar ile KPA ilişkisinin nedenlerinden birisi de ameliyat sonrası oluşan adezyonlarla bağlantılı olabilir.

Kronik ağrı ve uyku bozukluklarının birbiriyle ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcut olmakla birlikte ilişkilerindeki nedenselliğin yönü ve ilişkilerini açıklayabilecek mekanizmalar hala tartışma konusudur. Hakim görüş karşılıklı olarak

ilişkili olduklarıdır. Kronik ağrısı olanların %67-88'inde uyku şikayetlerinin mevcut olduğu belirtilmektedir (183). Bu ilişkiyi açıklayabilecek hipotezlere bakıldığında; uyku bozuklukları olanlarda ağrı toleransının önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir (184). Aynı zamanda, kronik ağrılı hastaların polisomnografisinde azalmış delta ve artmış alfa dalgaları gözlemlendiğini ortaya koyan klinik çalışmalar vardır (185). Bir diğer potansiyel mekanizma ise dopaminin ağrı-uyku ilişkisinde etkili olabileceği yönündedir. Uyku-uyanıklık döngüsünde dopaminin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir ve ağrının dopamin sinyalinin değiştirilerek uyku kalitesini olumsuz etkileyebileceği ileri sürülmüştür (184,186). Ek olarak, uyku yoksunluğunda IL-6 seviyelerinin yükselmesi ve inflamasyon artışına yanıt olarak ağrı şiddetinin de arttığı bildirilmektedir (187). Çalışmada mülteci grupta, yerel grupta ve tüm çalışma grubunda uyku bozukluğu şikayeti olanlarda KPA görülme sıklığı daha yüksek saptandı. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda mülteci grupta ve yerel grupta uyku bozukluğu şikayeti KPA için bir risk faktörü olarak saptanamadı. Türkiye'de yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında KPA'sı olan kadınlarda uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (109). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda da kronik pelvik ağrılı kadınlarda uyku problemlerinin daha yaygın olduğu veya uyku kalitesinin düştüğü bildirilmektedir (74,106,188,108). KPA'nın etyolojisinde yer alan depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik sorunlarda uyku kalitesinin de etkilendiği bilinmektedir. KPA, anksiyete, depresyon ile uyku bozuklukları arasındaki çok yönlü mekanizmaların, KPA'sı olanlarda uyku bozukluklarının sık görülmesinde etkili olabileceği düşünüldü. Kronik pelvik ağrının kadınların yaşamını pek çok yönden olumsuz etkilediği gibi uyku kalitesini de bozduğu dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesinin bileşenlerinden olan uyku sorunları, KPA'lı kadınlarda yaşam kalitesinin düşmesine de katkıda bulunan bir faktör olabilir.

Kabızlık ve ishalle seyreden irritabl bağırsak sendromu(İBS) KPA'nın gastroenterolojik nedenleri arasında en sık gözlenendir. KPA ile başvuran hastaların %50'sinde irritabl bağırsak sendromu semptomları olduğu düşünülmektedir (189). Çalışma grubunun tümünde kabızlık şikayeti olanlarda ve ishal şikayeti olanlarda KPA sıklığı daha yüksek saptandı. Lojistik regresyon analizi sonucunda yerel grupta ishal şikayeti olanlarda KPA görülme sıklığı 2.53 kat daha yüksek bulundu (OR:2.53 ; 1.08-5.90). Tüm grup değerlendirildiğinde KPA görülme sıklığı ishal şikayeti olanlarda

2.01 kat daha yüksek bulundu (OR:2.01 ; 1.07-3.76). Başka bir çalışmada da KPA ile kabızlık arasında ilişki bulunamadığı, ishalin ise KPA'sı olanlarda daha sık saptandığı bildirilmiştir (114). Silva ve arkadaşlarının çalışmasında ise kabızlık ile KPA'nın ilişkili olduğu (OR:1.6) bildirilmiştir (146). Bazı çalışmalar kabızlığın, KPA'da yaygın bir durum olan levator ani kasının disfonksiyonuna bağlı olabileceğini göstermektedir (190,191). İrritabl bağırsak sendromu olanlarda kronik pelvik ağrı şiddetinin de daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (84). İBS ve KPA arasındaki ilişki kısmen ortak duyuşal çıktısı olan organlar arasında vissero-visseral hiper-aljezi ile de açıklanabilir. Bu bağlamda iritabl bağırsak sendromunda pelvik kas hiper-aljezisi de söz konusudur (192).

KPA'nın ürolojik nedenleri arasında idrar yolu enfeksiyonları yer almaktadır (72). Çalışmada, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti olanlarda KPA sıklığı mülteci grupta 2.06 kat (OR:2.06 ; 1.04-4.06), tüm grupta ise 1.66 kat daha yüksek saptandı (OR:1.66 ; 1.02-2.71). Daha önce yapılan bir kesitsel çalışmada da üriner semptomların KPA için bir risk faktörü olarak saptandığı raporlanmıştır (OR:1.6) (146). Bir başka çalışmada da KPA'sı olanlarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının daha sık olduğu bildirilmiştir (114). Bazı üropatojenik E. Coli suşlarının neden olduğu idrar yolu enfeksiyonlarının KPA'ya neden olabileceği tespit edilmiştir (193). Ayrıca kronik pelvik ağrı şikayetinin de eşlik ettiği üriner sistem endometriyozisinde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu şikayeti de olabilmektedir (194).

KPA, pelvik inflamatuvar hastalığın uzun dönem komplikasyonları arasında sayılmaktadır (195). Çalışmadaki tüm gruplarda pelvik inflamatuvar hastalığı olanlarda KPA sıklığı daha yüksek saptandı ancak yapılan çok değişkenli analizde pelvik inflamatuvar hastalık, kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak saptanamadı. Yapılan bazı çalışmalarda ise pelvik inflamatuvar hastalığın, KPA'nın risk faktörü olarak saptandığı bildirilmiştir (20,80). Pelvik inflamatuvar hastalığı olanlarda yapılan bir çalışmada, pelvik inflamatuvar hastalığın uzun dönem sonucu olarak hastaların %33.7'sinde kronik pelvik ağrı saptandığı ve bunlardan %16.3'ünün şiddetli ağrı çektiği bildirilmiştir (93).

Psikiyatrik bozukluklar ve kronik ağrı sıklıkla birliktelik göstermektedir (196). Kronik ağrı sendromları için oluşturulan biyopsikososyal modele göre predispozan

faktörler (genetik ve demografik değişkenler), travma öyküsü (fiziksel, cinsel), başa çıkma stratejileri ve psikososyal semptomlar (anksiyete, depresyon, PTSD) birbirini etkileyerek kronik ağrının ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (197). Ruhsal sorunlar otonomik uyarılma, yanlış yorumlama ve somatik amplifikasyon yoluyla ağrı semptomlarının artışı ile ilişkilendirilmiştir (196). Komorbid depresif bozukluk veya diğer psikiyatrik bozukluklar, ağrı algısını değiştirebilir ve ağrıyı tolere etme yeteneğini azaltırken ağrı şiddetini arttırabilir (197). Çalışmada tüm gruplarda DASS-21 ölçeği depresyon, anksiyete ve stres alt alanlarının her birinden alınan puanlar KPA'sı olanlarda daha yüksekti ($p<0.05$). Mülteci grupta DASS-21 ölçeği alt alanlarından alınan puanlar ile VAS'a göre KPA'nın şiddeti arasında bir ilişki saptanamadı. Yerel grupta kronik pelvik ağrısı olan kadınların VAS'dan aldıkları puanlar ile DASS-21 ölçeği depresyon, anksiyete, stres alt alanlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı. Literatürdeki çeşitli çalışmalarda da depresyon anksiyete, stres ile KPA'nın ilişkili olduğu bildirilmiştir (116,149,198-201). Başka bir çalışmada depresyon ve anksiyete semptomlarının şiddeti arttıkça KPA şiddetinin de arttığı rapor edilmiştir (145). Yaşamın erken dönemlerinde kronik strese maruz kalmanın ilerleyen yaşlarda KPA olasılığını arttırdığı ve akut strese maruz kalmanın ağrı şiddetini artırabileceği belirtilmiştir (201). Bu sonuçlara göre KPA'lı kadınlarda ruhsal sorunlar veya bu sorunlara yol açan travmatik olaylar altta yatan ve gözardı edilmemesi gereken etmenlerdir. Mültecilerin ruhsal sorunların sık görüldüğü bir grup olması KPA'nın da daha yaygın bir sorun olmasında etkili olabilir.

Anksiyete ağrı eşiğini ve toleransı azaltıp (202), ağrıya yanıtı arttırabilir (203). Anksiyete duyarlılığının kronik ağrısı olan kişilerde ağrıya bağlı korku ve kaçınma davranışında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (204). Anksiyeteye duyarlı hastalarda kronik ağrıyı sürdürmede önemli olabilecek ek bir bilişsel faktör ise ağrı ile ilişkili uyarılma duyusunu yanlış yorumlama eğilimidir (205) ve bu da ağrı hissini arttırabilir. Anksiyeteye bağlı kas gerginliği de fiziksel belirtilere yol açabilir, böylece ağrı ve anksiyete birbirinin şiddetini artıran kısır bir döngüye neden olabilir (206). Birçok çalışmada, kronik ağrı hastalarında anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü raporlanmıştır (196). Çalışmada yapılan çok değişkenli analize göre depresyon ve stres KPA'nın risk faktörü olarak saptanamadı; anksiyete ise KPA için

bir risk faktörü olarak saptandı (Mülteci grupta OR: 1.20;1.11-1.29, yerel grupta OR:1.16;1.05-1.29, tüm grupta OR: 1.17;1.10-1.24). Başka bir çalışmada da depresyon (OR:2.8) ve anksiyetenin (OR:2.1) KPA için risk yarattığı saptanmıştır (146). Özdemir ve arkadaşlarının çalışmasında antidepresan ilaç kullanma öyküsünün KPA için risk faktörü olmadığı saptanmıştır (20). Literatürde kronik ağrılar ve KPA açısından genel olarak psikiyatrik komorbidite bildirilmekle birlikte hangi psikiyatrik bozukluğun daha ilişkili olduğuna dair net bir bilgi yoktur. Çalışmamızda anksiyetenin kronik pelvik ağrı için depresyon ve strese göre daha etkili bir prediktör olarak saptanması dikkat çekicidir. Ayrıca kronik pelvik ağrının ilişkili olduğu psikiyatrik bozukluklar başka bir kronik ağrı sendromuna göre farklı olabilir. Vücudun farklı bölgelerindeki kronik ağrılarının ilişkili olduğu psikiyatrik sorunlar açısından farkların olup olmadığı belirlenmesi için başka çalışmalara ihtiyaç olabilir.

Kronik ağrı bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir sorundur. Ağrıyı katastrofize etmek kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesindeki düşmenin en büyük etkeni olarak belirtilmektedir (207). Kronik pelvik ağrı ve yaşam kalitesi ilişkisini açıklayabilecek mekanizmaların incelendiği başka bir çalışmada; hastalık odaklı başa çıkmanın (koruma, dinlenme ve yardım isteme gibi), ağrı ile fiziksel yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye kısmen aracılık ettiği vurgulanmıştır. Katastrofize etme ve hastalık odaklı başa çıkmanın, ağrı ve ruhsal yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır (208). Ayrıca ağrının, yaşam kalitesinin bir bileşeni olduğu göz önüne alındığında (124) kronik pelvik ağrının yaşam kalitesini doğrudan etkilemesi beklenebilir. Çalışmada, mülteci grupta ve yerel grupta KPA'sı olan kadınlarda WHOQOL-BREF tüm alt alanlarından (fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler, çevre) alınan puanlar KPA'sı olmayanlara göre daha düşük saptandı. Türkiye'de daha önce SF-36 ölçeği ile yapılan bir çalışmada KPA'sı olan kadınlarda mental sağlık alt alanı dışında tüm alt alanlarda yaşam kalitesinin daha düşük saptandığı bildirilmiştir (20). Luz ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları çalışmada (149) ve Romao ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları çalışmada (29) KPA'sı olan kadınlarda WHOQOL-BREF fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler alt alanlarından alınan puanların daha düşük bulunduğu, çevre alt alanında ise fark bulunamadığı bildirilmiştir. Tripoli ve arkadaşlarının çalışmasında KPA'lı kadınlarda WHOQOL-BREF fiziksel ve psikolojik alt alanlarında daha düşük puan saptandığı, sosyal ilişkiler ve çevre alt

alanlarında fark bulunamadığı rapor edilmiştir (120). Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanının olumsuz etkilenmesine benzer bir durum olarak KPA kadınların günlük aktivitelerini de önemli ölçüde etkilemektedir (106). KPA'lı kadınlarda depresyon, anksiyete, stres gibi psikolojik problemlerin yaygın görülmesi yaşam kalitesinin psikolojik alt alanından alınan puanların daha düşük olmasını destekleyen bir bulgudur. Literatürde de bu hastalardaki depresyon ve anksiyetenin de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olabileceği belirtilmektedir (29). Bu çalışmada kadınların sosyal ilişkiler alt alanından aldıkları puanın daha düşük olması, KPA'nın kadınların kişisel ilişkilerini ve sosyal hayatını da etkilemesi açısından dikkat çekicidir. Daha önce yapılan bir çalışmada da endometriyozisi olan KPA'lı kadınlarda sosyal izolasyonun görüldüğü ve kadınların eşi, ailesi, arkadaşları ile ilişkilerine ve hatta sağlık profesyonelleriyle iletişimine zarar verebilecek bir sorun olduğu belirtilmiştir (209). Literatürden farklı olarak bu çalışmada KPA'lı kadınlarda yaşam kalitesinin çevre alt alanından alınan puanlar da daha düşük bulundu. Bu bulgu, içinde bulunduğu olumsuz çevre koşullarının yarattığı stres, sağlık hizmetine erişim sıkıntısı gibi faktörlerin KPA üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmalarda bildirilen sonuçlar genel olarak yaşam kalitesinin daha düşük olması açısından benzer olmakla birlikte alt alanlarda bildirilen farklı sonuçlar; veri toplama araç ve yöntemlerinin farklılığından veya yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu kültürle de ilişkili olduğu için kültürel faktörlerden kaynaklanabilir. Kronik durumlarda, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik sağlık hizmetlerinin önemi, ağrıyı ve acıyı hafifletmenin bir aracı olarak giderek daha fazla vurgulanmaktadır (210). Bu çalışma kronik pelvik ağrının hem mülteci kadınlarda hem de yerel kadınlarda yaşam kalitesinin tüm alanlarını olumsuz etkilediğini göstermiştir.

Çalışmanın kısıtlılıkları olarak kesitsel tipte bir araştırma olması, verilerin katılımcıların kendi beyanına dayanması, KPA'nın belirlenmesinde klinik bir değerlendirme yapılmamış olması sayılabilir. Çalışma ASM'ye başvuran ve Kadın Sağlığı Danışma Merkezine başvuran kadınlarda yapıldığı için çalışma grubu tüm mülteci kadınları ve tüm yerel kadınları temsil etmemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada yerel ve mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrı değerlendirilmiş olup mülteci kadınlarda kronik pelvik ağrının yaygın bir sorun olduğu saptandı. Çalışmada kronik pelvik ağrı sıklığı mülteci kadınlarda (%41.0), yerel kadınlara (%19.1) göre daha yüksek bulundu. Kronik pelvik ağrının şiddeti de mülteci grupta (5.5 ± 2.0) yerel gruba (4.2 ± 1.6) göre daha yüksek saptandı ($p<0.001$). Çalışmada yapılan çok değişkenli analizde mülteci olmak kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü olarak bulundu (OR: 1.68 ; 1.01-2.81).

Çalışmada yerel grupta ve mülteci grupta KPA'sı olanlarda DASS-21 ölçeği depresyon anksiyete ve stres alt alanlarından alınan puanlar olmayanlara göre daha yüksekti. Yapılan çok değişkenli analizde ise sadece anksiyete KPA için risk faktörü olarak saptandı (mülteci grupta OR: 1.20;1.11-1.29, yerel grupta OR:1.16;1.05-1.29, tüm grupta OR: 1.17;1.10-1.24). Yerel grupta kronik pelvik ağrının şiddeti ile DASS-21 ölçeği alt alanlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde ilişki saptandı (her bir alt alan için $p<0.05$).

Mülteci grupta KPA için risk faktörleri olarak; aile gelir durumunun kötü olması, dismenore, disparoni, jinekolojik ameliyat dışında batından ameliyat öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti ve anksiyete saptandı.

Yerel grupta ise bel ağrısı, disparoni, kontraseptif yöntem kullanma, jinekolojik ameliyat öyküsü, ishal ve anksiyete KPA için risk faktörleri olarak saptandı.

Tüm grup (yerel grup ve mülteci grup) değerlendirildiğinde mülteci olmak, aile gelir durumunun kötü olması, bel ağrısı, disparoni, düşük sayısının 3 ve üzerinde olması, jinekolojik ameliyat öyküsü, ishal, sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti ve anksiyete KPA için risk oluşturan etmenler olarak saptandı.

Çalışmada yerel grupta ve mülteci grupta KPA'sı olanlarda WHOQOL-BREF fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt alanlarından alınan puanlar KPA'sı olmayanlara göre daha düşük saptandı ($p<0.05$).

Çalışma, kronik pelvik ağrının mülteciler için önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Mülteci kadınlara KPA ve ilişkili olabilecek faktörlere yönelik sağlık eğitimi verilmesi ve sağlık hizmetine yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Kadınların günlük aktivitelerini etkileyen, yaşam kalitesini düşüren ve ruhsal sorunlarla ilişkili

bir durum olduğu düşünülürken KPA için riskli bir grup olan mülteci kadınlara yönelik sosyal ve psikolojik destek sağlanması kronik pelvik ağrıyla başa çıkabilme ve ağrıyı azaltma açısından faydalı olabilir. Çalışmada mülteci kadınlarda depresyon, anksiyete ve stresin de yerel gruba göre daha yüksek saptandığı göz önüne alındığında mülteci kadınlara yönelik psikolojik danışmanlık hizmeti sağlanması önemli olabilir.

Çalışmada mülteci olmak ve aile gelir durumunun kötü olması KPA için önemli prediktörler olarak saptandığından dolayı KPA'nın sosyoekonomik durum ile de bağlantılı bir sorun olduğu düşünüldü. Bu yönden KPA ile ilgili nitel çalışmalara ihtiyaç olabilir.

Altta yatan idrar yolu enfeksiyonu, ishal, bel ağrısı gibi sorunların araştırılması ve saptanması KPA'nın yönetiminde oldukça önemlidir. KPA'nın multifaktöryel etyolojisi dikkate alınarak tedavinin planlanmasında multidisipliner bir yaklaşım sağlanabilir. Disparoni tüm gruplarda KPA için önemli bir risk faktörü olarak saptandı. KPA'sı olan kadınların cinsel sorunlarına yönelik danışmanlık ve eğitim planlanabilir.

Kronik pelvik ağrısı olan kadınların anksiyete ve diğer ruhsal sorunlar açısından uygun psikiyatrik muayeneden geçmeleri önemli olabilir. Tanınamayan ve tedavi edilmeyen psikiyatrik sorunlar, kronik pelvik ağrılı hastalarda başarılı rehabilitasyona önemli ölçüde engel olabilir. Bu açıdan kronik pelvik ağrılı hastaların tedavisinde multidisipliner yaklaşım hastalığın etkisini en aza indirerek hastaların semptomlarla başa çıkmasına ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yardımcı olabilir. Yaşam kalitesi psikolojik alt alanının da olumsuz etkilendiği göz önüne alındığında altta yatan psikolojik bozuklukların tedavisi KPA'nın tedavisinde yaşam kalitesinin de yükseltilmesi açısından öncelikli olabilir. Çalışmaya göre kronik pelvik ağrının yaşam kalitesini tüm boyutlarıyla olumsuz etkilemesi dikkat çekicidir. Bu nedenle KPA'nın kadına getirdiği psikolojik, fiziksel ve sosyal yük göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınların sosyal ilişkilerini de etkileyen bir sorun olması nedeniyle KPA'sı olan kadınlarda sosyal izolasyonun ortaya çıkmaması için önlemler alınabilir.

Çalışmada mülteci kadınların kronik pelvik ağrı açısından riskli bir grup olduğunu saptasak da bu bulgunun klinik çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır. Halk sağlığı açısından riskli bir grup olan mülteci kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Mülteci kadınların sağlık sorunlarına yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. The World Health Organization Department of Emergency and Humanitarian Action. Conflict and Health. Preventing Violent Conflict - The Search for Political Will, Strategies and Effective Tools Krusenbergl, 19-20 June 2000.
2. Rashid M, Redditt V, Hunter A, Pottie K. Health Issues in Refugee Populations. In:Arya AN, Piggott T editors. Under-Served: Health Determinants of Indigenous, Inner-City, and Migrant Populations in Canada. 2018. p:226.
3. United Nations High Commissioner for Refugees. UNHCR Handbook for the Protection of Women and Girls. 2008.
4. Baines EK. Vulnerable bodies: Gender, the UN and the global refugee crisis. Routledge; 2017.
5. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü UNHCR Türkiye. Bir Bakışta Eğilimler. <https://www.unhcr.org/tr/ilk-bakista-rakamlar-2> [21.10.2019].
6. The UN Refugee Agency. Figures at a Glance. <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> [6.11.2019].
7. The UN Refugee Agency. Global Trends Forced Displacement In 2017. <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5b27be547/unhcr-global-trends-2017.html> [6.11.2019].
8. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü UNHCR Türkiye. Türkiyedeki Mülteciler ve Sığınmacılar. <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar> [21.10.2019]
9. Altındış M. Türkiye’de mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.2013;28:64-67.
10. Masterson AR, Usta J, Gupta J, Ettinger AS. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. BMC women's health. 2014;14(1):25.
11. Samari G. Syrian refugee women's health in Lebanon, Turkey, and Jordan and recommendations for improved practice. World medical & health policy. 2017; 9(2): 255-274.
12. Usta J, Farver JAM, Zein L. Women, war, and violence: surviving the experience. Journal of Women's Health. 2008;17(5):793-804.

13. Usta J, Masterson AR. Women and health in refugee settings: The case of displaced Syrian women in Lebanon, in *Gender-Based Violence*. Springer;2015. p.119-143.
14. Gagnon AJ, Merry L, Robinson C. A systematic review of refugee women's reproductive health. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*. 2002;21(1):6-17.
15. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashide M, Ryder AG, Guzder J et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*. 2011; 183(12): E959-E967.
16. Steege JF Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;124(3): 616-629.
17. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. *Chronic Pelvic Pain. Initial Management (Green-top Guideline No. 41)*. 2012.
18. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2000;14(3): 403-414.
19. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*. 2014;17(2):141-147.
20. Özdemir K, Özerdoğan N, Ünsal A. Assessment of Chronic Pelvic Pain and Quality of Life among Women of Childbearing Age. *Osmangazi Journal Of Medicine*. 2105; 37(3):13-22.
21. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgesse S, Fortin C, Gerwin R et al. No. 164-Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018; 40(11): 747-787.
22. Howard FM. The Differential Diagnosis of Chronic Pelvic Pain. In: Vercellini P, editor. *Chronic Pelvic Pain*. John Wiley & Sons;2011.p7-28.
23. Carvalho ACF, Neto OBP, Crippa JADS, Hallak JEC, Osorio FDL. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2015;42(1):25-30.
24. Andrews J, Yunker A, Reynolds WS, Likis FE, Satheet NA, Jerome RN. Noncyclic chronic pelvic pain therapies for women: comparative effectiveness. *Europe PMC*.2012.

25. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & Gynecology*.1996; 87(3):321-327.
26. Davies L, Gangar KF, Drummond M, Saunders D, Beard RW. The economic burden of intractable gynaecological pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1992; 12(sup2):54-56.
27. Souza PP, Salata Romão A, Rosa-e-Silva JC, Candido Dos Reis F, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Qualitative research as the basis for a biopsychosocial approach to women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2011;32(4):165-172.
28. Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Archives of gynecology and obstetrics*.2006; 274(5): 297-302.
29. Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, Dos Reis FJC Rosa-e-Silva JC, Nogueira AA. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International journal of clinical practice*. 2009;63(5):707-711.
30. Bruckenthal P, Chronic pelvic pain: approaches to diagnosis and treatment. *Pain Management Nursing*. 2011; 12(1):4-10.
31. Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauffet E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC psychology*. 2015; 3(1):7.
32. The UN Refugee Agency. Global trends forced displacement in 2018.
33. Ergüven NS, Özturanlı B. Uluslararası mülteci hukuku ve Türkiye. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2013; 62(4):1007-1062.
34. Barkin E. “Herkesin zulüm altında başka ülkelere sığınma ve sığınma olanaklarından yararlanma hakkı vardır.” *İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Madde 14 (1)*.
35. The UN Refugee Agency. Refugee Definition. <https://emergency.unhcr.org/entry/114761/refugee-definition> [21.11.2019].
36. Uluslararası Göç Örgütü (IOM). *Göç Terimleri Sözlüğü*. 2013.

37. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014;1(1):37-42.
38. T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Türkiye Göç Raporu 2016.
39. Kartal B, Başçı E. Türkiye'ye Yönelik Mülteci Ve Sığınmacı Hareketleri. Celal Bayar University Journal of Social Sciences/Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014; 12(2):275-299.
40. Türkiye Cumhuriyeti İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Geçici Koruma. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. [26.12.2019].
41. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Türkiye'deki Suriyeli kadınlar 2014.
42. Türkiye Cumhuriyeti İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Uluslararası Koruma. <https://www.goc.gov.tr/uluslararasi-koruma-istatistikler> [24.10.2019]
43. Akram S. Millennium development goals and the protection of displaced and refugee women and girls. Laws. 2013; 2(3): 283-313.
44. Akkaya A. Mülteci kadınlar ve sığınmacı kadınlar. Toplum ve Hukuk Dergisi. 2002;2(4):75-83.
45. Barın H. Türkiye'deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. Göç Araştırmaları Dergisi. 2015; 2: 10-56.
46. Palinkas LA, Pickwell SM, Brandstein K, Clark TJ, Hill LL, Moser RJ et al. The journey to wellness: stages of refugee health promotion and disease prevention. Journal of immigrant health. 2003; 5(1):19-28.
47. Bhatta MP, Shakya S, Assad L, Zulloet MD. Chronic disease burden among Bhutanese refugee women aged 18–65 years resettled in Northeast Ohio, United States, 2008–2011. Journal of immigrant and minority health. 2015;17(4):1169-1176.
48. Henjum S, Barikmo I, Strand TA, Oshaug A. Iodine-induced goitre and high prevalence of anaemia among Saharawi refugee women. Public health nutrition. 2012;15(8):1512-1518.
49. Ussher JM, Perz JM, Metusela C, Hawkey AJ, Morrow M, Narchal R. Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women: Research Report

- and Recommendations for Healthcare Providers and Community Workers. 2017.
50. Karadağ Ö, Altıntaş KH. Mülteciler ve Sağlık. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(1):55-62
 51. Dahl S, Dahl CI, Sandvik L, Hauff E. Chronic pain in traumatized refugees. Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2006;126(5):608-610.
 52. Lin E, Carter WB, Kleinman AM. An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. American journal of public health. 1985; 75(9):1080-1084.
 53. Yağmur Y, Aytekin S. Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018;11(1):56-60.
 54. UN Kadın Birimi. Türkiye’de geçici koruma altındaki kadın ve kız çocukların ihtiyaç analizi. Yücel A, Utaş C, Luchsinger G, Kavlak IV, Kristjansdottir IB, Freizer S, Editors. 2018.
 55. Karakaya E, Coşkun AM, Özerdoğan N, Yakıt E. Suriyeli Mülteci Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Etkileyen Faktörler: Kalitatif Bir Çalışma. Journal of International Social Research. 2017;10(48):417-428.
 56. McGinn T. Reproductive health of war-affected populations: what do we know? International Family Planning Perspectives. 2000;26(4):174-180.
 57. Small R, Gagnon A, Gissler M, Zeitlin J. Somali women and their pregnancy outcomes postmigration: data from six receiving countries. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2008;115(13):1630-1640.
 58. Cacciani L, Asole S, Polo A, Franco F, Lucchini R, Curtis MD et al. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. BMC Public Health. 2011;11(1):294.
 59. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. World psychiatry, 2005; 4(1):18.

60. Farley T, Galves AL, Dickinson LM, Perez MDJD. Stress, coping, and health: a comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic whites. *Journal of immigrant health*. 2005;7(3):213-220.
61. Wells R, Steel Z, Abo-Hilal M, Hassan AH, Lawsin C. Psychosocial concerns reported by Syrian refugees living in Jordan: systematic review of unpublished needs assessments. *The British journal of psychiatry*. 2016;209(2):99-106.
62. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40(2): 179-187.
63. Sideris T. War, gender and culture: Mozambican women refugees. *Social science & medicine*. 2003; 56(4): 713-724.
64. Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The british journal of psychiatry*. 2006; 188(1): 58-64.
65. Sundquist K, Johansson LM, DeMarinis V, Johansson S, Sundquist J. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry*. 2005; 20(2): 158-164.
66. Stewart DE, Gagnon A, Saucieret JF, Wahoush O, Dougherty. Postpartum depression symptoms in newcomers. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 53(2): 121-124.
67. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(1):12-24.
68. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain, Merskey H, Bogduk N editors. United States of America: IASP Press; 2002.
69. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(3):589-605.
70. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*. 2005; 27(9): 869-910.

71. Tu FF, Senapati S, Goldstein G, Roybal A. Female Chronic Pelvic Pain. In: Jay GW editor, *Practical Guide to Chronic Pain Syndromes*. United States: CRC Press LLC; 2009.p.261-270.
72. Ortiz DD. Chronic pelvic pain in women. *American family physician*. 2008; 77(11): 1535-1542.
73. Latthe P, Latthe M, Say, Gülmezoğlu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC public health*. 2006; 6(1):177.
74. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druceet KL, Jones GT, Macfarlane GJ. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *European Journal of Pain*. 2017; 21(3): 445-455.
75. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2004; 28(4): 369-375.
76. Roth RS, MR Punch Bachman JE. Educational achievement and pain disability among women with chronic pelvic pain. *Journal of psychosomatic research*. 2001; 51(4): 563-569.
77. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014; 210(4): 317-317.
78. Gürel H, Gürel SA. Kronik Pelvik Ağrı. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*. 1997; 7(1): 6-9.
79. Graziottin A. Psychogenic Causes of Chronic Pelvic Pain, And Its Impact on Psychological Status. In Vercellini P, editor. *Chronic Pelvic Pain*. John Wiley & Sons; 2011.p.29-39.
80. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *Bmj*. 2006;332(7544): 749-755.
81. Mitchell MD, Mannino DM, Steinke DT, Kryscio RJ, Bush HM, Crofford MJ. Association of smoking and chronic pain syndromes in Kentucky women. *The Journal of Pain*. 2011;12(8): 892-899.

82. Barton SB, Kofoed BA, Doleys DM. Smoking and narcotics use among chronic pain patients. *Psychological reports*. 1989; 64(3_suppl): 1253-1254.
83. Andersson H, Ejlertsson G, Leden I. Widespread musculoskeletal chronic pain associated with smoking. An epidemiological study in a general rural population. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 1998; 30(3):185-191.
84. Yosef A, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: pathogenesis and validated assessment. *Middle East Fertility Society Journal*. 2016; 21(4): 205-221.
85. Peker BH, Peker H. Kronik pelvik ağrıda patogenez ve nörobiyoloji. İç:Oral E, Usta T editör.Kronik pelvik ağrı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri;2016.s.34-36.
86. Fry R, Crisp AH, Beard RW. Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997; 42(1):1-15.
87. As-Sanie S, Harris RE, Napadow V, Kim J, Neshewat G, Kairys A et al. Changes in regional gray matter volume in women with chronic pelvic pain: a voxel-based morphometry study. *PAIN®*. 2012; 153(5): 1006-1014.
88. Cheong Y, Stones RW. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2006; 20(5):695-711.
89. Zondervan KT, Cardon LR, Kennedy SH, Martin NG, Treloar SA. Multivariate genetic analysis of chronic pelvic pain and associated phenotypes. *Behavior genetics*. 2005;35(2): 177-188.
90. Howard FM. Endometriosis and mechanisms of pelvic pain. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2009; 16(5): 540-550.
91. Barbieri RL. Etiology and epidemiology of endometriosis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1990; 162(2): 565-567.
92. Hammoud A, Gago LA, Diamond MP. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertility and sterility*. 2004; 82(6): 1483-1491.
93. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with

- pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5): 929-937.
94. Stanford EJ, Koziol J, Feng A. The prevalence of interstitial cystitis, endometriosis, adhesions, and vulvar pain in women with chronic pelvic pain. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2005; 12(1): 43-49.
 95. Rapkin AJ, Mayer EA. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 1993; 20(4):663-683.
 96. Matheis A, Martens U, Kruse J, Enck P. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a singular or two different clinical syndrome? *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2007; 13(25): 3446-3455.
 97. Choung RS, Herrick LM, Locke GR, Zinsmeister AR, Talley NJ. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a population-based study. *Journal of clinical gastroenterology*. 2010; 44(10):696-701.
 98. Walker E, Gelfand AN, Gelfand MD, Green C, Katon W. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1996; 17(1): 39-46.
 99. Howard FM, Chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*. 2003; 101(3): 594-611.
 100. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Prevalence of pelvic musculoskeletal disorders in a female chronic pelvic pain clinic. *The Journal of reproductive medicine*. 2006; 51(3): 185-189.
 101. Quinn M. Injuries to the levator ani in unexplained, chronic pelvic pain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007; 27(8): 828-831.
 102. Oikawa Y, Ohtori S, Koshi T, Takaso M, Inoue G, Orita S et al. Lumbar disc degeneration induces persistent groin pain. *Spine*. 2012; 37(2): 114-118.
 103. Grace VM. Mind/body dualism in medicine: the case of chronic pelvic pain without organic pathology: a critical review of the literature. *International Journal of Health Services*. 1998; 28(1): 127-151.
 104. Gunter J. Neurobiology of Chronic Pelvic Pain. In: P. Vercellini, Editor. *Chronic Pelvic Pain*. John Wiley & Sons;2011.p.1-6.

105. Carvalho ACF, Neto OMBP, Crippa JADS, Hallak JEC, Osorio FDL. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2015;42(1):25-30.
106. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract*. 2001; 51(468): 541-547.
107. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera G, Bartsch G, Strasser H. Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU international*. 2008; 102(9): 1061-1065.
108. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health care for women international*. 2006; 27(7): 585-599.
109. Cosar E, Güngör AÇ, Gencer M, Uysal A, Hacivelioglu SO, Özkan A et al. Sleep disturbance among women with chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014; 126(3): 232-234.
110. Fourquet J, Báez L, Figueroa M, Iriarte RI, Flores I. Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and sterility*. 2011; 96(1): 107-112.
111. Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2000; 14(3): 415-431.
112. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Klemmetsen I, Malt UF. Mensendieck somatocognitive therapy as treatment approach to chronic pelvic pain: results of a randomized controlled intervention study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006; 194(5): 1303-1310.
113. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*. 1990;75(3 Pt 1): 428-432.
114. Coelho LSC, Brito LMO, Chein MBC, Mascarenhas TS, Costa JPL, Nogueira AA et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2014; 47(9): 818-825.

115. Gelbaya T, El-Halwagy H. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstetrical & gynecological survey*. 2001; 56(12):757-764.
116. Lamvu G, Williams R, Zolnoun D, Wechter ME, Shortliffe A, Fulton G et al. Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain: one year after evaluation in a pelvic pain specialty clinic. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2006; 195(2): 591-598.
117. Weijnenborg PTM, Greeven A, Dekker FW, Peters AAW, Kuile MMT. Clinical course of chronic pelvic pain in women. *Pain*. 2007; 132:117-123.
118. Nnoaham KE, Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, Nardone FC et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility*. 2011; 96(2):366-373
119. Ayorinde AA, Macfarlane GJ, Saraswat L, Bhattacharya S. Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective. *Women's Health*. 2015; 11(6):851-864.
120. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, Araujo FF, Girão MJBC, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The journal of sexual medicine*. 2011; 8(2):497-503.
121. Souza CA, Oliveira LM, Scheffel C, Genro VK, Rosa V, Chaves MF et al. Quality of life associated to chronic pelvic pain is independent of endometriosis diagnosis-a cross-sectional survey. *Health and quality of life outcomes*. 2011; 9(1): 41.
122. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life, Introducing the WHOQOL instruments. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. [23.12.2019].
123. Aaronson NK. Quantitative issues in health-related quality of life assessment. *Health policy*. 1988; 10(3): 217-230.
124. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*. 1992; 305(6861): 1074-1077.

125. Augusto KL, Araujo LA, Magalhaes TF, Marinho MCP, Bezerra LRPS. The impact of chronic pelvic pain and its associated symptoms on women's quality of life in a tertiary care hospital in Brazil. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*. 2016;8(4): 167-171.
126. Revicki DA. Health-related quality of life in the evaluation of medical therapy. *Journal of Family Practice*. 1989; 29(4):377-381.
127. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>. [04.02.2020].
128. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998; 28(3): 551-558.
129. Ohaeri JU, Awadalla AW. The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Annals of Saudi medicine*. 2009; 29(2): 98.
130. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(Suppl 2):23-40.
131. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3):335-343.
132. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*. 1998; 10(2):176.
133. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA)*. 2(2): 92-104.
134. Taouk MLP, Laub R, Laube R. Psychometric Properties of an Arabic Version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS21). 2001. <http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/Arabic/Arabic.htm>.
135. Crichton N. Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*. 2001; 10(5):706-6.

136. Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006; 113(4): 453-463.
137. World Health Organization. WHO technical meeting on sleep and health: Bonn, Germany 22-24 January 2004.
138. Dede M. Akut Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID). *Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*. 2006;2(24): 73-77.
139. Eckstein B. Primary care for refugees. *American family physician*. 2011; 83(4):429-436.
140. Loving S, Thomsen T, Jaszczak P, Nordling J. Female chronic pelvic pain is highly prevalent in Denmark. A cross-sectional population-based study with randomly selected participants. *Scandinavian journal of pain*. 2014; 5(2): 93-101.
141. Mckenna Longacre M, Silver-Highfield E, Lama P, Grodin MA. Complementary and alternative medicine in the treatment of refugees and survivors of torture: a review and proposal for action. *Torture*. 2012; 22(1): 38-57.
142. El Sount CRO, Windthorst P, Denkingeret J, Ziser K, Nikendei C, Kindermann D et al. Chronic pain in refugees with posttraumatic stress disorder (PTSD): A systematic review on patients' characteristics and specific interventions. *Journal of psychosomatic research*. 2019; 118: 83-97.
143. Edston E. Bodily evidence can reveal torture. 5-year experience of torture documentation. *Lakartidningen*. 1999; 96(6):628-631.
144. Diatchenko L, Nackley AG, Tchivilevaet IE, Shabalina SA, Maixner W. Genetic architecture of human pain perception. *TRENDS in Genetics*. 2007;23(12):605-613.
145. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016; 215(6):760-760.
146. Silva GPOG, Nascimento AL, Michelazzo D, Junior A, Rocha MG, Silva JCR et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto,

- Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics*. 2011; 66(8):1307-1312.
147. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1999; 106(11):1149-1155.
148. Hassan S, Muere A, Einstein G. Ovarian hormones and chronic pain: A comprehensive review. *PAIN®*. 2014; 155(12):2448-2460.
149. Da Luz RA, Deus J.M, Conde DM. Quality of life and associated factors in Brazilian women with chronic pelvic pain. *Journal of Pain Research*. 2018;11:1367.
150. Barcelos P, Conde DM, Deus JM, Martinez EZ. Quality of life of women with chronic pelvic pain: a cross-sectional analytical study. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*. 2010;32(5): 247-253.
151. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstetrical & gynecological survey*. 2003; 58(9): 615-623.
152. Măgurean O, Lucan M, Iacob G. Risk Factors and Pain Characteristics Assessment in Women with Urologic Disease related Chronic Pelvic Pain. *Applied Medical Informatics*. 2012; 30(1): 41-48.
153. Nnoaham KE, Webster P, Kumbang J, Kennedy SH, Zondervan KT. Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Fertility and sterility*. 2012; 98(3): 702-712. e6.
154. Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2016; 23(2):223-226.
155. Parazzini F. Risk factors for pelvic endometriosis in women with pelvic pain or infertility: Gruppo Italiano per lo Studio dell'endometriosi. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1999; 83(2): 195-199.

156. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Human reproduction update*. 2005;11(6): 595-606.
157. Giamberardino MA, Berkley KJ, Iezzi S, Bigontina P, Vecchiet L. Pain threshold variations in somatic wall tissues as a function of menstrual cycle, segmental site and tissue depth in non-dysmenorrheic women, dysmenorrheic women and men. *Pain*. 1997; 71(2): 187-197.
158. Acar NP, Çevik İÜ. Santral Sensitizasyon Tanı Yöntemleri. *Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics*. 2017; 10(3): 247-251.
159. Bajaj P, Bajaj P, Madsen H, Arendt-Nielsen L. Endometriosis is associated with central sensitization: a psychophysical controlled study. *The Journal of Pain*. 2003; 4(7): 372-380.
160. Muhammad YY, Nossier SA, El-Dawaiaty AA. Prevalence and characteristics of chronic pelvic pain among women in Alexandria, Egypt. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2011; 86(1 and 2): 33-38.
161. Hardi G, Evans S, Craigie M. A possible link between dysmenorrhoea and the development of chronic pelvic pain. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014; 54(6): 593-596.
162. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European urology*. 2004;46(6): 681-689.
163. Hibner MC. Chronic pelvic pain. 2019.
164. Yoldemir T. Jinekolojik Nedenler Dışında Pelvik Ağrıya Yol Açan Durumlar. İç: Oral E, Usta AT editör. *Kronik Pelvik Ağrı*. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.p.69-81.
165. Last AR, Hulbert K. Chronic low back pain: evaluation and management. *American family physician*. 2009; 79(12):1067-1074.
166. As-Sanie S, Harris RE, Harte SE, Tu FF, Neshewat G, Clauw DJ. Increased pressure pain sensitivity in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*. 2013; 122(5):1047-1055.

167. Gürel H, Gürel SA. Dyspareunia, back pain and chronic pelvic pain: the importance of this pain complex in gynecological practice and its relation with grandmultiparity and pelvic relaxation. *Gynecologic and obstetric investigation*. 1999; 48(2): 119-122.
168. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2007; 33(3):189-193.
169. Heisterberg L. Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstetrics and gynecology*. 1993; 81(4): 594-597.
170. de Souza Montenegro MLL, Mateus-Vasconcelos ECL, Silva JCRE, Nogueira AA, Reis FJCD, Neto OBP. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. *Pain medicine*. 2010; 11(2): 224-228.
171. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997; 177(6): 1408-1412.
172. ESHRE Capri Workshop Group. Ovarian and endometrial function during hormonal contraception. *Human Reproduction*. 2001; 16(7): 1527-1535.
173. Grandi G, Barra F, Ferrero S, Sileo FG, Bertucci E, Napolitano A et al. Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2019; 24(1): 61-70.
174. Ness RB, Randall H, Richter HE, Peipert JF, Montagno A, Soper DE, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *American journal of public health*. 2004;94(8): 1327-1329.
175. Thomasee MS, Curlin H, Yunker A, Anderson TL. Predicting pelvic pain after endometrial ablation: which preoperative patient characteristics are associated? *Journal of minimally invasive gynecology*. 2013; 20(5): 642-647.
176. Santulli P, Marcellin L, Menard S, Thubert T, Khoshnood B, Gayet V, et al. Increased rate of spontaneous miscarriages in endometriosis-affected women. *Human Reproduction*. 2016; 31(5): 1014-1023.

177. Wang CB, Chiu WWC, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ. Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2009; 34(1): 85-89.
178. Almeida E, Nogueira AA, Reis FJCD, Silva JCR. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002; 79(2): 101-104.
179. Pitts MK, Ferris JA, Smith AMA, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Medical Journal of Australia*. 2008; 189(3): 138-143.
180. Li WY, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B, Li YJ, Guo LJ, Qin WZ. The effects of mode of delivery and time since birth on chronic pelvic pain and health-related quality of life. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014; 124(2): 139-142.
181. Farquhar C, Latthe P. Chronic pelvic pain: Aetiology and therapy. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*. 2006; 6(3-4):177-184.
182. Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2000; 14(3): 467-494.
183. Finan PH, Goodin BR, Smith MT. The association of sleep and pain: an update and a path forward. *The Journal of Pain*. 2013; 14(12):1539-1552.
184. Sivertsen B, Lallukka T, Petrie KJ, Steingrimsdóttir ÓA, Stubhaug A, Nielsen CS. Sleep and pain sensitivity in adults. *Pain*. 2015; 156(8):1433-1439.
185. Nielsen KD, Drewes AM, Svendsen L, Bjerregård K, Taagholt S. Ambulatory recording and power spectral analysis by autoregressive modelling of polygraphic sleep signals in patients suffering from chronic pain. *Methods of information in medicine*. 1994; 33(01): 76-78.
186. Monti JM, Monti D. The involvement of dopamine in the modulation of sleep and waking. *Sleep medicine reviews*. 2007; 11(2): 113-133.
187. Haack M, Sanchez E, Mullington JM. Elevated inflammatory markers in response to prolonged sleep restriction are associated with increased pain experience in healthy volunteers. *Sleep*. 2007; 30(9): 1145-1152.

188. Nolan T, Metheny W, Smith R. Unrecognized association of sleep disorders and depression with chronic pelvic pain. *Southern medical journal*. 1992; 85(12):1181-1183.
189. Banerjee S, Farrell RJ, Lembo T. Gastroenterological causes of pelvic pain. *World journal of urology*. 2001; 19(3): 166-172.
190. Shafik A, El-Sibai O. Study of the levator ani muscle in the multipara: role of levator dysfunction in defecation disorders. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002; 22(2): 187-192.
191. Shafik A. The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*. 2000; 11(6): 361-376.
192. Giamberardino MA, Costantini R, Affaitati G, Fabrizio A, Lapenna D, Tafuri E et al. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models. *PAIN®*. 2010; 151(2): 307-322.
193. Rosen JM, Klumpp DJ. Mechanisms of pain from urinary tract infection. *International Journal of Urology*. 2014; 21: 26-32.
194. Oral E, Aygün BK. Kronik Pelvik ağrı ve Endometriyozis. İç: Oral E, Usat AT, editör. *Kronik Pelvik Ağrı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.s.47-59.
195. Dane C, Dane B. Pelvik Enfeksiyonlar Ve Ağrı İlişkisi. İç: Oral E, Usat AT, editör. *Kronik Pelvik Ağrı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.s.61-68.
196. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine*. 2002; 64(5): 773-786.
197. Meltzer-Brody S, Leserman J. Psychiatric comorbidity in women with chronic pelvic pain. *CNS spectrums*. 2011; 16(2): 29-35.
198. Lorencatto C, Petta CA, José Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(1): 88-92.
199. Ter Kuile MM, Weijenborg PTM, Spinhoven P. PAIN: Sexual Functioning in Women with Chronic Pelvic Pain: The Role of Anxiety and Depression. *The journal of sexual medicine*. 2010; 7(5): 1901-1910.

200. Lampe A, Doering S, Rumpold G, Sölder E, Krismer M, Kantner- Rumplmair W, et al. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of psychosomatic research*. 2003; 54(4): 361-367.
201. Pierce AN, Christianson JA. Stress and chronic pelvic pain. *Progress in molecular biology and translational science*. 2015; 131:509-535.
202. Cornwall A, Donderi D. The effect of experimentally induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain*. 1988; 35(1): 105-113.
203. Gamsa A, Vikis-Freibergs V. Psychological events are both risk factors in, and consequences of, chronic pain. *Pain*. 1991; 44(3): 271-277.
204. Asmundson GJ, Taylor S. Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of behavioral medicine*. 1996; 19(6): 577-586.
205. Asmundson GJ, Norton PJ, Norton GR. Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical psychology review*. 1999; 19(1): 97-119.
206. Kaya B, Unal S, Ozenli Y, Gursoy N, Tekniker S, Kafkaslı A. Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship therapy*. 2006; 21(02): 187-196.
207. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef MV, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European journal of Pain*. 2005; 9(1): 15-24.
208. Krsmanovic A, Tripp DA, Nickel JC, Shoskes DA, Pontari M, Litwin MS, et al. Psychosocial mechanisms of the pain and quality of life relationship for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Canadian Urological Association Journal*. 2014; 8(11-12): 403-408.
209. Mellado BH, Falcone ACM, Poli-Neto OB, Silva JCR, Nogueira AA, Candido-dos-Reis FJ. Social isolation in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016; 133(2): 199-201.
210. Romão APMS, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, Reis FJC, Rose-e-Silva JC, et al. Chronic pelvic pain: multifactorial influences. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011; 17(6): 1137-1139.

