



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN DOĞUM SERVİSİNE PELVİK İNFLAMATUAR
HASTALIK NEDENİYLE YATIRILAN
HASTALARDAKİ PREDİSPOZAN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet DALOĞLU

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2020



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
KADIN DOĞUM SERVİSİNE PELVİK İNFLAMATUAR
HASTALIK NEDENİYLE YATIRILAN
HASTALARDAKİ PREDİSPOZAN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ahmet DALOĞLU

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Tevfik Tanju YILMAZER

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2020

TEŞEKKÜR

Saygıdeğer tez danıőmanım **Uzm. Dr. Tefvik Tanju YILMAZER**'e,
Eęitimim süresince kendilerinden çok Őey öğrendięim, bilgi, destek ve
katkılarını esirgemeyen saygıdeğer **Hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma**,
Tez çalıőmam süresince her zaman yanımda olan **aileme**, sonsuz sevgi ve
teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Ahmet DALOğLU

İZMİR 2020



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix

1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
------------------------	---

2. GENEL BİLGİLER	3
-------------------------	---

2.1 PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK.....	3
--------------------------------------	---

2.1.1 Tanım	3
-------------------	---

2.1.2 Epidemiyoloji.....	3
--------------------------	---

2.1.3. Etiyoloji.....	3
-----------------------	---

2.1.3 Patogenez	4
-----------------------	---

2.1.4 Risk faktörleri	5
-----------------------------	---

2.1.5 Klinik bulgular	5
-----------------------------	---

2.1.6.1 Akut semptomatik PİH	6
------------------------------------	---

2.1.6.2 Subklinik PİH	6
-----------------------------	---

2.1.6.3 Kronik PİH.....	6
-------------------------	---

2.1.7 Tanı	7
------------------	---

2.1.7.1 Öykü	8
--------------------	---

2.1.7.2 Şikayetler	8
--------------------------	---

2.1.7.3 Fizik muayene.....	9
----------------------------	---

2.1.7.4 Laboratuvar tetkikleri	9
--------------------------------------	---

2.1.7.5 Ek diagnostik tetkikler	10
---------------------------------------	----

2.1.8 Ayırıcı tanı	11
--------------------------	----

2.1.9 Tedavi	11
--------------------	----

2.1.9.1 Hospitalizasyon.....	11
------------------------------	----

2.1.9.2 Cerrahi tedavi.....	13
-----------------------------	----

2.1.10 Korunma.....	13
---------------------	----

2.2 AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI	14
2.2.1 Birinci Basamak Yönetimi	14
2.2.2 Kişi Merkezli Bakım	14
2.2.3 Özgül Sorun Çözme Becerileri	15
2.2.4 Kapsamlı yaklaşım	15
2.2.5 Toplum Yönelimli Olma	15
2.2.6 Bütüncül Yaklaşım	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1 ARAŞTIRMA TİPİ, YERİ, ZAMANI.....	16
3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	16
3.3. DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	16
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARACI.....	16
3.5. ETİK KURUL VE KURUM İZİNLERİ.....	17
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	17
4. BULGULAR.....	19
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇLAR.....	43
KAYNAKLAR	44
EKLER.....	49
Ek 1: Veri Toplama Formu	49

KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilim Dalı
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CRP	: C-Reaktif Protein
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
OK	: Oral Kontraseptif
PİH	: Pelvik İnflatuvar Hastalık
RIA	: Rahim İçi Araç
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. PİH’te ayırıcı tanısı Tablo 1’de görölmektedir	11
Tablo 2. Çalışma grubunun medeni durumu ve siklus düzeninin dağılımı	21
Tablo 3. Çalışma grubunun yaşadığı eve ait özellikler	21
Tablo 4. Çalışma grubunun sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarının dağılımı	22
Tablo 5. Çalışma grubunda kasık ağrısı varlığı ve şiddeti	22
Tablo 6. Çalışma grubunda akıntı varlığı ve akıntıya ait özelliklerinin ve koyulan tanının dağılımı	23
Tablo 7. Çalışma grubunun son muayene olduğu hekim, korunma yöntemi ve sık vajinal yıkama yapma durumunun dağılımı	24
Tablo 8. Yapılan USG ve BT’de saptanan patoloji, operasyon geçirme ve ek hastalıkların dağılımı	25
Tablo 9. Çalışma grubunun laboratuvar sonuçlarının dağılımı	26
Tablo 10. Çalışma grubuna geçmişte uygulanan intravajinal girişimlerin, eşinde cinsel yolla bulaşan hastalık varlığının ve eş yaşının dağılımı	26
Tablo 11. Çalışma grubunun obstetrik özelliklerinin, hastaya, siklusü, hastalığa ait özelliklerinin ve laboratuvar bulgularının dağılımı	27
Tablo 12. Katılımcıların ateş bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	28
Tablo 13. Katılımcıların ateş bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	29
Tablo 14. Katılımcıların vajinal akıntı bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	30
Tablo 15. Katılımcıların vajinal akıntı kokusu bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	31
Tablo 16. Katılımcıların ağrı şiddetine göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	32
Tablo 17. Katılımcıların operasyon öyküsüne göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	33
Tablo 18. Katılımcıların doktora başvurmasına göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. PİH'in patogenezi	5
Şekil 2. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı	19
Şekil 3. Çalışma grubunun öğrenim durumuna göre dağılımı	20
Şekil 4. Çalışma grubunun sosyoekonomik durumuna göre dağılımı	20



ÖZET

İZMİR TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM SERVİSİNE PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK NEDENİYLE YATIRILAN HASTALARDAKİ PREDİSPOZAN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmada Kadın Doğum Servisine pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) nedeniyle yatırılan hastalarda, PİH için predispozan ve tanı koydurucu faktörlerin araştırılması ve elde edilen bilgiler ile birinci basamak hekimlerine tanı koymada kolaylık sağlanması amaçlanmıştır.

Metod: Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışma olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Doğum Kliniği'ndeki servislerde 1 Şubat 2019-1 Kasım 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İlgili tarihlerde ilgili klinikte yatan PİH olguları arasından 20-60 yaş arasında olan, çalışmaya katılmayı kabul eden olgular risk faktörleri ve bulgular açısından incelenmiştir.

Bulgular: Olguların %54,2'si 31-45 yaş arasında, %43,4'ü ilkokul mezunu, %51,8'i 2000 TL'nin altında gelire sahip, %89,2'si evliydi. Çalışma grubunun %50,6'sında yüksek ateş, %97,6'sı kasık ağrısı (%65,1'i şiddetli/çok şiddetli), %80,7'sinde vajinal akıntı (%44,6 sarı, %59'u kokulu) olduğu belirtildi. Aile planlaması yöntemi olarak en sık; %42,2 RİA kullanılıyor ve olguların %68,7'si sık vajinal yıkama yaptığını belirtiyordu. Yapılan laboratuvar incelemede olguların %81,9'unda lökositoz, %86,7'sinde CRP yüksekliği, saptandı. Hastaların %4,1'i eşinde cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu belirtmiştir.

PİH tanısı konmuş olan hastalardan; aylık geliri 2000 liradan daha fazla olanlarda ateş daha sık görüldü. Sedimentasyonu düşük olanlarda akıntı daha az görülmekteydi. İllkokul ve altında eğitimi olanlarda akıntı kokusu daha sıktı. Vajinal akıntısı olmayanlar daha az doktora başvurmuştu.

Sonuç: Aile hekimleri tarafından kasık ve/veya karın ağrısı ile başvuran kadınlarda risk faktörleri ve hastalık bulguları üzerinde durarak PİH tanısının doğru olarak konması mümkündür. Aynı zamanda PİH ile ilgili olarak aile hekimlerinin kişilere bilgilendirme, danışmanlık yapması ve erken teşhis ve uygun tedavi uygulamaları da önemlidir.

Anahtar Kelimeler. Aile hekimliği, Pelvik İnflamatuvar Hastalık,



ABSTRACT

ASSESSMENT OF PREDISPOSING FACTORS OF PATIENTS HOSPITALIZED WITH PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT İZMİR TEPECİK TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL GYNECOLOGY SERVICE

Aim: We aimed to study the predisposing and diagnostic factors and facilitate the diagnosis by the primary care doctors with information gained from patients hospitalized with the diagnosis of pelvic inflammatory disease (PID).

Method: This study is a cross sectional one carried out at University of Health Sciences Tepecik Training and Research Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic between February 1st and November 1st 2019. The patients between 20 to 60 ages hospitalized at aforementioned clinic at aforementioned time interval who accepted to participate in the study were assessed in regard to the risk factors and clinical findings.

Results: It was stated that 54,2 % were between 31-45 years old, 43,4 % were primary school graduate, 51,8 % had a monthly income of 2000 TL, 89,2 % were married. Fifty point six percent had high fever, 97,6 % had inguinal pain (65,1 % severe/very severe) 80,7 % had vaginal discharge (44,6 % yellowish, 59 % with foul smell). As for family planning method 42,2 % used Intrauterine device and 68,7 % stated that they performed vaginal self- washing. At laboratory analyzing, 81,9% had leucosytosis, 86,7 % had CRP elevation. Four point one percent of patients had stated that their partner had sexually transmitted disease. At the patients who were diagnosed as PID and had an income of 2000 lira, fever was seen more frequent. Vaginal discharge was seen in less degree at those with low sedimentation rate. Vaginal discharge was with foul smell for those with primary education or less. Those who didn't have vaginal discharge consulted to a doctor in less number.

Conclusion: The correct diagnosis of PID by family physicians for women who consults with inguinal and/or abdominal pain is possible by paying attention to risk factors and disease findings. At the same time, informing and counselling of persons about PID and executing early diagnosis and appropriate treatment is important.

Keywords. Family Medicine, Pelvic Inflammatory Disease.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) kadın üst genital traktın inflamatuvar bozukluğu olup, cinsel yolla bulaşan veya tıbbi girişimler sonrası ortaya çıkan polimikrobiyal bir hastalıktır. Endometrit, salpenjit, tubo-ovaryan apse ve pelvik peritonitin farklı kombinasyonlarını içermektedir (1).

Son yıllarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların insidansında artma ile birlikte PİH sıklığında da artış izlenmektedir. PİH gelişiminde önemli bir risk faktörü cinsel yolla bulaşan mikroorganizmalara karşı olan fizyolojik ve anatomik bariyerin kaybıdır. Bunun yanı sıra, sık koitus, multipartner cinsel ilişki, korunmasız cinsel ilişki, ilk cinsel ilişki yaşının 15 altında olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, invaziv girişimler de PİH insidansını artıran faktörlerdir (2). İnvaziv müdahalelerden endometriyal örnekleme veya küretaj sonucu patojen etkenlerin direkt inokulasyonu ya da konizasyon, kriyoterapi, servikal koterizasyon gibi servikal stenoza neden olabilecek cerrahi girişimler PİH için zemin oluşturmaktadır. Serviks kanseri, endometrial polip, submukoz myomlar, imperfore hymen gibi nedenlerle menstruel kanın akışındaki engel de PİH için riski artmaktadır (3).

Tanı ve buna bağlı tedavinin gecikmesi tubo-ovaryan apse gelişimi, hayat kalitesini etkileyen kronik pelvik ağrı, uzun dönemde fertilitte kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle PİH'in erken tanı ve tedavisinin en kısa sürede başlanması bu komplikasyon ve sekellerin oluşması riskini azaltmaktadır. PİH tanısında öykü, hastanın şikayetleri, fiziksel muayene bulguları, klinik bulgular, laboratuvar tetkikler, görüntüleme tetkikleri, endometrial örnekleme ve laparoskopi kullanılmaktadır. Yapılan bazı çalışmaların sonucuna göre PİH'in tanısında tek başına kesin tanı koydurucu bir tetkik yoktur (4). Ayrıca, 1991-2004 yılları arasında yapılan 12 çalışmanın meta-analizine göre, PİH için tanıda güvenilir tek başına veya kombine belirteç de bulunamamıştır (5).

PİH halen kadınları etkileyen en yaygın ve ciddi hastalıklardan biridir. Sıklıkla doğurganlık çağındaki, seksüel olarak aktif olan kadınları etkiler ve her 7 kadından biri hayatları boyunca en az bir kez bu hastalığa maruz kalarak tedavi görmektedir. Bu nedenle bu hastalığa ait şikayetlere sahip hastalarla en çok karşılaşan hekim gruplarından olan birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin, PİH tanısına yöneltecek

predispozan faktörleri değerlendirmesi, erken tanı ve tedavi açısından faydalı olacaktır. Sağlık hizmetlerinde iş gücü kaybı ve maliyeti fazla olan hastalıkların incelenmesi predispozan faktörlerin etkisinin araştırılması ve birinci basamakta kullanılabilir basit ve anlaşılabilir yöntemlerin geliştirilmesi önemlidir. Bu amaçla İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisine PİH nedeniyle yatan hastalarda, PİH için predispozan faktörlerin araştırılması ve sonuçları ile birinci basamak hekimlerine tanı koymada kolaylık sağlayacak bilgilerin belirlenebilmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK

2.1.1 Tanım

PİH üst kadın genital traktın inflamatuvar bozukluğu olup, endometrit, salpenjit, tubo-ovaryan apse ve pelvik peritonitin farklı kombinasyonlarını içerir (1). 16-25 yaş arası kadınlarda ciddi bakteriyel enfeksiyonlar arasında en sık görülenidir ve bu yaş grubunda diğer tüm enfeksiyonların toplamından daha fazla morbiditeye neden olmaktadır. Asemptomatik olabildiği gibi, hafif ve ciddi klinik bulgularla da seyredebilir. Yeterli tedavi almamış hastalar hayatı tehdit edici durumlarla karşılaşılabilir. Yeterli tedavi almış olmalar bile ciddi sekeller bırakabilir. PIH kısırlığın önlenemeyen nedenleri arasında en yaygın olanıdır ve her PIH geçirildiğinde risk iki katına artmaktadır (2,4).

2.1.2 Epidemiyoloji

PIH Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de jinekolojik hastalıklar arasında her yıl en sık acile başvuru ve hastaneye yatış nedenidir. Her yedi kadından birisi bu hastalığa maruz kalarak tedavi görmektedir (6). 2000 yılında ABD'de PİH nedeniyle yaklaşık 1.2 milyon hasta hastaneye başvurmuştur. Bu değer 1985 yılından sonra azalmaya başlamıştır. Bu değerde azalma asemptomatik servisit vakalarının PİH'ya dönüşmeden önce tanı alması ve Chlamydia trachomatis taraması kullanımının artışı ile ilişkilidir. 1998 yılında ABD'de PİH ve komplikasyonları için kullanılmış tıbbi gider yaklaşık 1.88 milyon dolar olmuştur (1).

Risk faktörleri arasında multipl seksual partner, genç yaş, erken yaşta ilk cinsel ilişki, sigara, önceden geçirilmiş PİH öyküsü, Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) bulunur (2,4). PİH aynı zamanda rahim içi araç kullanımı, granüloamatöz enfeksiyonlar, pelvik ve intrauterin operasyonlar, diğer intraabdominal organların perforasyonuna ikincil olarak da meydana gelmektedir (2).

2.1.3. Etiyoloji

Genel olarak PİH vakalarının en sık nedeni vajen ve serviksten assendan yolla endometrium ve fallop tüplerine yayılan mikroorganizmaların oluşturduğu

polimikrobal enfeksiyonlardır (7). Laparoskopi sırasında toplanan spesimenlerin kültürü sonucunda %30-40 vakada polimikrobal üreme olduğu belli olmuştur (8). %15 vaka rahim içi araç (RİA) yerleştirilmesi, endometrial örnekleme veya küretaj gibi izlemler sonrasında oluşmasına rağmen, %85 vaka non-iyatrojenik izlenmektedir (6).

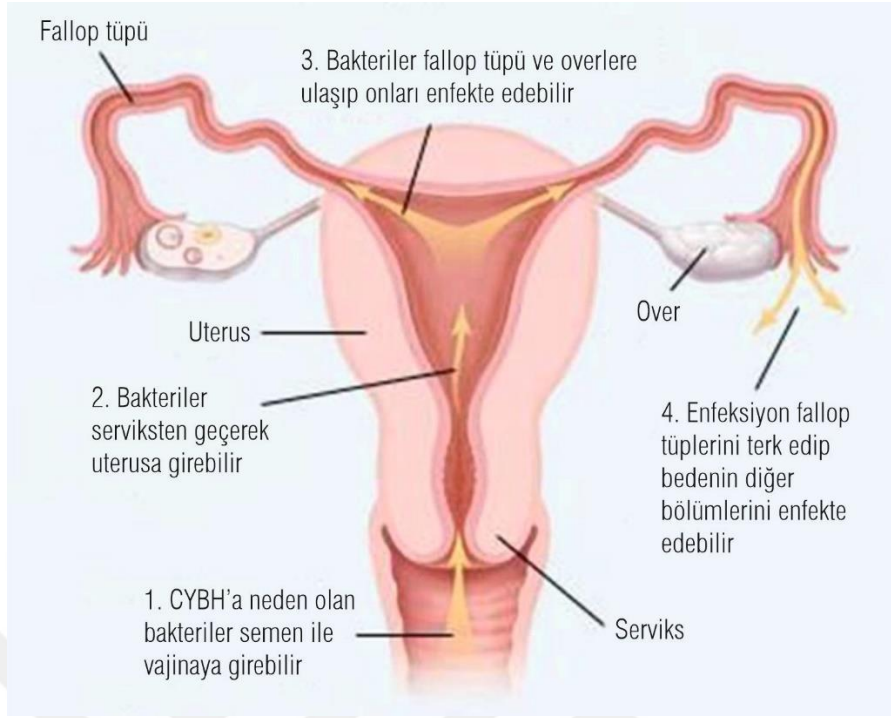
PİH için uluslararası istatistiksel veri yoktur. 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verdiği veriye göre 15-49 yaş arası 448 milyon tedavi edilebilen PİH vakası saptanmıştır. PİH'in şu faktörler nedeniyle dünyada insidansını ve prevalansını saptamakta zorluklar mevcut (8):

- Bazı ülkelerde diagnostik ve laboratuvar imkanlarının yetersiz olması
- Tedavi imkanlarının yetersiz olması
- Tanıdaki sık kullanılan subjektif yöntemler
- Hastaların bir kısmının tanı almaması.

2.1.4 Patogenez

Sağlıklı kadınlarda endoservikal kanal bir bariyer görevi görür ve normalde steril olan üst genital sistemi mikroorganizmalara ve dinamik vajinal ekosisteme karşı korur. Cinsel yolla bulaşan bakterilerin endoservikal enfeksiyona neden olmasıyla bariyer fonksiyonu bozulur. Bu bariyer fonksiyonun bozulması ile birlikte de vajinal bakteriler üst genital sisteme ulaşarak endometriumu enfekte ederek ve sonrasında endosalpinks, over korteksi ve pelvik peritona ulaşarak pelvik inflamatuvar hastalığın klinik ve subklinik formlarını oluşturabilirler (9).

Normal sağlıklı bir kadının vajinal florası da potansiyel olarak patojenik bakterileri içerir (10). Bu grupta Streptokok türleri, Stafilokok türleri, Enterobakter ailesi (En sık Klebsiella türleri olmak üzere E. coli ve Proteus türleri) ve anaerob türler vardır (10). Ancak bu bakterilerin bazı kadınlarda PİH nedeni olup bazı kadınlarda enfeksiyon oluşturmamasının nedeni tam anlaşılamamakla birlikte immun sistemdeki genetik varyasyonlar, servikal viskoziteye etki eden östrojen seviyeleri ve potansiyel bakterilerin yoğunluğu arasındaki farklılıklarla ilişkilendirilmiştir (11).



Şekil 1. PİH'in patogenezi (7)

2.1.5 Risk faktörleri

PİH için risk faktörleri şunlardır:

- Yaşın 25 altında olması
- İlk cinsel ilişkının 15 yaştan erken olması
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Evli olmayan cinsel aktif bayanlar
- Olumsuz gebelik sonuçları
- CYBH öyküsü
- Seksuel partnerde CYBH öyküsü
- Multipl seksual partner
- Kadın genital sistemdeki cerrahi girişimler (12).

2.1.6 Klinik bulgular

Klinik bulgulara göre 3 çeşit PİH mevcuttur.

- Akut semptomatik PİH
- Subklinik PİH
- Kronik PİH

2.1.6.1 Akut semptomatik PİH

Abdominal ağrı, pelvik hassasiyet ve enflamasyon bulgularının akut ortaya çıkması ile karakterizedir (13).

2.1.6.2 Subklinik PİH

Genelde medikal tedaviye ihtiyaç olmayan boyutta bulgu verse de, sonrasında sekel bırakabilir (13).

2.1.6.3 Kronik PİH

Subfebril ateş, kilo kaybı, abdominal ağrı ile karakterizedir. Tüberküloz ve aktinomikozis kaynaklı olabilir (13).

Klinik bulgular: -

1. Alt batında ağrı:

Kardinal semptomdur, genelde bilateraldir. Derecesi değişkendir. Bazen tek belirti olabilir. Ağrı menstruasyonda veya koitusta artabilir (14). İlk başvuruda %90'dan fazla hastada mevcuttur. Ağrı genellikle sabit ve künt karakterde olup, hareket ve seksüel aktivite ile artar. Ağrı sıklıkla son 7 günde başlamış oluyor(6).

2. Üst sağ kadranda ağrı

3. Anormal uterin kanama:

Post-koital kanama, inter-menstruel kanama, menoraji şeklinde olabilir. Hastaların %40'da görülmektedir.

4. Bulantı ve kusma

Geç dönemde izlenmektedir.

5. Anormal vajinal akıntı

Üst ve alt genital traktın örneklemeşi vajen ve/veya servikste en yüksek, endometriumda daha az, fallop tüpünde ise en az derecede enfeksiyon materyalinin olduğunu göstermiştir (15).

Akıntı genellikle hastaların %75'de görülür.

6. Üriner bulgular

7. Cinsel ilişkide ağrı

8. Perihepatit (Fitz-Hugh-Curtis sendromu)

Akut PİH'li hastaların %1-10'da gelişen bir sendromdur (7).

2.1.7 Tanı

Ne kadar fazla tanı kriteri eklenirse spesifisite (özgüllük) yükselir, sensitivite (duyarlılık) düşer. Tanısı kesin değildir çünkü klinisyenler tanı için birçok faktörün kombinasyonunu göz önünde bulundurmak zorundadırlar. Klinik tanı en deneyimli ellerde bile %65-90'dır (16). Bununla birlikte tanıdaki gecikme infertilite, kronik pelvik ağrı, ektojik gebelik gibi sekillere yol açmaktadır. Bu nedenle olası bir PİH vakasında tanı kesinleşene kadar ampirik antibiyoterapi başlanmalıdır. Tanının zorluğu ve kadın üreme sistemine potansiyel hasarlarından ötürü özellikle risk altındaki popülasyonda (seksüel aktif, 15- 24 yaş, gonore-chlamidya riski yüksek bölge, cinsel temasla bulaşan hastalık) sağlık çalışanları bu tanıyı göz önünde bulundurmalıdır (2).

Akut PİH'in semptom ve belirtilerin çok çeşitli olması ve birçok hastada semptomların hafif olmasından dolayı teşhisi zordur. Teşhis ve tedavinin gecikmesi de üst üreme yolunda sekele sebep olabilir. Sonuç olarak, birçok vakada PİH klinik bulgulara dayanarak teşhis edilir ve çoğu PİH vakası tanımlanamayabilir (16).

Hastalar genellikle, bilateral alt kadran ya da pelvik ağrının akut veya sinsi başlangıcıyla başvururlar. Bununla birlikte pelvik bası ve sırt ağrısının hassaslaşması da söz konusu olabilir. Sıklıkla pürülan vajinal akıntı da başvuru anında mevcuttur. Baş ağrısı, bitkinlik, kusma ya da mide bulantısı semptomlara eşlik edebilir.

Abdominal hassasiyet sıklıkla bilateraldir. Abdominal şişkinlik ve barsak seslerinde azalma da izlenen semptomlar arasında olabilir. Bimanuel muayenede uterus ve serviks üzerindeki hareketlerde hassasiyet saptanmasının PİH açısından önemi büyüktür (17).

CDC'nin 2015 te PİH için yayınladığı kılavuzda, yanlış tanı ve tedavinin gereksiz morbiditeye neden olabileceği ve bu sebeple daha ayrıntılı tanısal değerlendirilme gerekliliğinden bahsetmektedir (18). PİH için önleyici tedavi, PİH dışında bir hastalık için neden belirtilmemişse ve aşağıdakilerden bir veya daha fazlası tespit edilirse, cinsel olarak aktif olan genç kadınlarda ve CYBH için risk altında olan

diğer kadınlarda pelvik veya alt karın ağrısı varsa başlatılmalıdır. Pelvik muayenede minimum klinik kriterler; servikal hareketle hassasiyet veya uterus hassasiyet veya adneksal hassasiyet bulunmasıdır (18).

CDC'nin 2015 te PİH için yayınladığı kılavuzda , aşağıdaki en az üç kriterden birine ek olarak, alt genital yol iltihabı (vajinal sekresyonlarda lökositlerin baskınlığı, servikal eksüdalar veya servikal hassasiyet) bulgularının varlığı, tanının özgüllüğünü artırır.

Asgari klinik kriterlerin özgüllüğünü artırmak ve PİH teşhisini desteklemek için aşağıdaki ek kriterlerden bir veya daha fazlası kullanılabilir (18):

1. Oral olarak ölçülen sıcaklık $>101^{\circ}\text{F}$ ($>38.3^{\circ}\text{C}$);
2. Anormal servikal mukopürülan akıntı veya servikal hassasiyet; 3.Vajinal sıvının salın mikroskopisinde bol sayıda lökosit varlığı; 4.Yüksek eritrosit sedimentasyon hızı;
5. Yükselmiş C-reaktif protein (CRP);
6. N.gonorrhoeae veya C.trachomatis ile servikal enfeksiyonun laboratuvar dokümantasyonu.

CDC'nin 2015 te PİH tanısı için en spesifik kriterler şunları içerir (18):

1. Endometrial biopsi ile endometritin histopatolojik kanıtlanması
2. Transvajinal Ultrasonografi (TV-USG) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) yöntemleri ile serbest pelvik sıvının eşlik ettiği veya etmediği kalınlaşmış ve sıvı içeriği izlenen tubaların gösterilmesi ya da doppler ultrasonografi ile pelvik enfeksiyon bulgularının gösterilmesi (örneğin tubal hiperemi)
3. PİH ile tutarlı laparoskopik bulgular

2.1.7.1 Öykü

Risk faktörlerine yönlendirilmelidir. Seksüel öykü, seksüel partnerler, kondom kullanımı sorgulanmalıdır (7). PİH öyküsü, sosyoekonomik düzey, sigara veya RİA kullanımı, menstruasyon döneminde koitus da sorulması gereken bilgiler arasındadır (19).

2.1.7.2 Şikayetler

Pelvik ağrının karakteri sorulmalıdır. Pelvik ağrı ani veya sürekli olabilir. Genelde sürekli ağrı daha karakterizedir. Üriner ve gastrointestinal şikayetler de eşlik edebilir (7).

2.1.7.3 Fizik muayene

Sistematik muayene, genel fizik muayene ile başlamalıdır. Genel muayenede vücut ısısı (>38 C°), yüzeysel ve derin abdominal palpasyon (genellikle bilateral alt abdominal hassasiyet) mutlaka yapılmalıdır. Pelvik muayene eksternal genital organların inspeksiyonu ile başlar(vajinal akıntı). Daha sonra spekulum muayenesi ile serviks ve vajen visualize edilir ve akıntı açısından kontrol edilir. Sonrasında bimanuel muayene ile servikal, uterin ve adneksiyal hassasiyet, palpabl adneksiyel kitle (tubovaryan apse) açısından kontrol edilir. Gonore infeksiyon riski yüksek olanlarda üretral, servikal ve rektal örnekler alınmalıdır (2).

2.1.7.4 Laboratuvar tetkikleri

PİH klinik bir tanı olduğu için laboratuvar ve radyolojik yöntemler her zaman kullanılmayabilir. Ama tanının kesinleşmesi veya hastalığın şiddetinin derecesini belirlemede yardımcı olabilir (20).

PİH şüphesi olan hastalara yapılmalıdır:

- Gebelik testi
- Vajinal akıntı mikroskopisi
- Nukleik asit amplifikasyon testi (C. trachomatis ve N.gonorrhoeae için)
- HIV taraması
- Sifilis için seroloji tetkikler
- Hemogram
- Sedimentasyon
- CRP

Şu laboratuvar bulgular izlenebilir:

- Kanda lökositoz

Akut PİH'li hastaların %50'den azında lökosit sayımı 10,000 hücre/ml'in üzerindedir. Tubal enflamasyonun şiddeti ile kesin korele değil ve hastaneye yatış endikasyonu değildir (6).

- Kanda nötrofilyoz
- CRP artışı
- Antikimotripsin(12).

CRP ve antikimotripsin sedimentasyona göre daha duyarlıdır.

- Sedimentasyon artışı (12)

PİH için özgül değildir. Eskiden hastalığın şiddetinin göstermede kullanılan yöntemdi. Laparoskopik olarak akut PİH tanısı doğrulanan hastaların %75’de sedimentasyon 15mm/saat’in üzerine çıkar. Diğer taraftan pelvik ağrısı olan ve tubal patolojisi olmayan hastaların %53’de sedimentasyon yüksek bulunmuştur (6).

- Vajende nötrofil artışı
- Vajende lökosit artışı (lökore)
- Peritoneal sıvıda izoamilaz

İzoamilazın peritoneal sıvıda düşük olması veya olmaması tanıda önemlidir. En iyi kültür dışı laboratuvar tetkiğidir. Ama dezavantajı sonucun birkaç ssatten önce elde edilememesi ve mutlaka peritoneal sıvı alınmasının gerekliliğidir (6).

2.1.7.5 Ek diagnostik tetkikler

Semptomları atipik olan veya ağır hastalığı olanlar veya 72 saatlik antibiyoterapiye rağmen ağrısı devam eden hastalarda kullanılabilir. Çünkü bu bulguların varlığı PİH komplikasyonlarını veya farklı bir tanıyı akla getirmektedir. Görüntüleme yöntemleri, endometrial biyopsi ve laparoskopi bu gruba dahildir.

2.1.7.5.1 Görüntüleme yöntemleri

Bu görüntüleme yöntemleri tanıda kullanılabilir:

- Suprapubik ve transvajinal sonografi
- Pelvik doppler ultrason
- Pelvik bilgisayarlı tomografi (BT)
- Pelvik magnetik rezonans tomografi (MR)

2.1.7.5.2 Endometrial örnekleme

Rutinde kullanılmaz. Salpenjite eşlik eden endometrit vakalarını saptar (7).

2.1.7.5.3 Laparoskopi

PİH tanısında önemlidir, ama altın standart kadar sensitif değildir. Laparoskopinin spesifisitesi yüksek, sensitivitesi %50'dir (20).

Laparoskopi şu durumlarda kullanılır (7):

- Ayaktan tedavi etkili olmayan hastalarda alternatif nedenlerin araştırılması
- Yatarak tedavinin 72 saat sonrasında semptomlar kötüleşirse, PİH doğru tanı olmadığında

2.1.8 Ayırıcı tanı

Tablo 1. PİH'te ayırıcı tanısı Tablo 1'de görülmektedir (7).

Tanı	Özellik
Ektopik gebelik	Adet rötarı, pozitif gebelik testi
Ovaryan kist rüptürü/torsiyonu	Ani başlayan akut ağrı
Endometrioz	Kronik ağrı
Sistit	Dizüri
Apandisit	Sağ iliak fossada ağrı, kusma
Divertikülit	Yaşlı hasta barsak semptomları
İrritabl barsak sendromu	Yaygın abdominal ağrı, konstipasyon, diyare
Fonksiyonel ağrı	Tüm nedenler ekarte edilmeli

2.1.9 Tedavi

Uzun dönem komplikasyonlar nedeniyle PİH'in klinik şüphesi olduğunda tedavi başlanmalıdır (21,22). Erken tanıyı izleyerek uygun tedavinin başlanması çoğu zaman hastanın yararına sonuçlanır. Tedavinin temel amacı mikroorganizmaları oratadan kaldırmak, kliniği hafifletmek ve komplikasyon ve sekelleri önlemektir (23).

2.1.9.1 Hospitalizasyon

Bir hastanın tam olarak nerede tedavi olması gerektiği tartışmalı konulardan birisidir. Bazı hasta grupları hastanede antimikrobiyal tedavi alması daha iyi sonuç sağlayabileceği konusunda kriterler belirlenmiştir. Ancak, hastanede yatarak tedavinin maliyeti yüksek olduğu için bu kriterleri taşıyan tüm kadınların hastanede yatırılması mümkün olmamaktadır (6).

1980 yılından sonra hafif- orta derecede PİH hastalarında %68 hospitalizasyon oranının azalması sonucunda ayaktan tedavi hastanede yatarak tedaviye göre artmaya başlamıştır (24). 1995 ve 2001 arasında PİH başvurularının %89'u ayaktan tedavi edilmiştir (25).

Hafif ve orta şiddetli klinik görünümlü hastalarda ayaktan ve yatarak tedavi benzer sonuçlar verir. Ancak hastalığın kliniği ciddi ise hastaneye yatış gerekir. HIV pozitif olan hastalarda da oral tedavi uygulanmaktadır. Bu hastalar HIV negatif olanlarla karşılaştırıldığında tedaviye cevap benzer bulunmuştur.

Yatış endikasyonları şunlardır:

- Adolesan
- İlaç bağımlılığı
- Ciddi hastalık
- Apse kuşkusu
- Kesin tanı koyulmaması
- Yaygın peritonit
- Ateşin 38°C üzerinde olması
- Ayaktan tedaviye başarısızlık
- Yakın zamanda intrauterin girişim
- Lökosit 15000/mm³
- Oral tedaviyi engelleyen bulantı, kusma
- Cerrahi aciller
- Gebelik
- 72 saatlik oral antimikrobiyal tedaviye yanıtızsızlık
- Tubo ovaryan apse (1).

2.1.9.2 Medikal tedavi

2010 yılında PİH için antimikrobiyal tedavi rejimleri belirlenmiş ve daha sonra 2014 yılında yenilenerek kılavuz haline getirilmiştir (26). Kılavuzun temel prensiplerinden birisi patojenlere yönelik diagnostik tetkik sonuçlarından bağımsız olarak tedavinin N. gonorrhoeae ve C.trachomatisi kapsamıdır. Antibiyotik tedavisi tek başına kullanıldığında %70 vakada başarılıdır. Özellikle over vaskularizasyonu zengin olan hastalarda daha etkilidir (7).

Artan miktarda dirençten dolayı CDC 2006-2010 kılavuzunda artık gonorede rutin florokinolon kullanımını önermemektedir (27).

Modern RİA'lar, levonorgestrelli RİA (Mirena) da dahil olmakla, uzun sürede PİH risk artışı ile ilişkili bulunmamıştır (28). RİA yerleştirilmesinden 20 gün içinde PİH riski daha fazla bulunmuştur. Yirminci güne kadar bu risk 9.66/1000, bu süre sonrasında ise oran 1.38/1000 bulunmuştur (29).

Actinomyces etken olduğu hastalarda medikal tedavide Ampisillin-sulbaktam, sonrasında 1 ay ilave penisilin verilmelidir. Eğer penisillin allerjisi varsa doksisisikline geçilmelidir. Tubo-ovarian apse vakalarında tek başına medikal tedavi uygulandığında en az 2 hafta, ultrason muayenesinde kitle kaybolana kadar tedavi sürdürülmelidir. Bazen 4-6 haftaya kadar tedavi devam edilir. Tubo-ovaryan apse vakalarında cerrahi tedaviye ek olarak medikal tedavi uygulandığında genelde tedavi süresi 10-14 gündür (7).

Tubo-ovaryan apse hastalarında antibiyotik başlandıktan 48-72 saat sonra cevap vermiyorsa ya da kötüleşiyorsa drenaj yada cerrahiye başvurulur. Tedavi başarısız olduğu kabul edilen durumlar:

- Yeni oluşmuş ya da persistan ateş
- Persistan ya da kötüleşmiş abdominal hassasiyet
- Pelvik kitlenin büyümesi
- Yeni oluşmuş, persistan ya da ilerlemiş lökositoz
- Sepsis bulguları (Takip döneminde her üç günde bir ultrason kontrolü önerilir) (7).

2.1.9.3 Cerrahi tedavi

Cerrahi yaklaşıma şu durumlarda başvurulmalıdır:

- Antibiyotik tedavisine rağmen kötüleşen hastalar
- Antibiyotik tedavisi başarısız olan, ama kitlenin konumu ya da operatörün tecrübesinden dolayı drenaj yapılamayan hastalar
- Rüptüre tubo-ovaryan apse vakalarında laparotomi veya laparoskopi uygulanabilir (7).

2.1.10 Korunma

Klamidya ve gonore açısından; cinsel olarak aktif olan kadınlar ve seks partnerlerini tarayıp tedavi etmek PİH riskini düşürür. PİH'li kadınların seks partnerleri eğer hastalığın semptomlarının başlangıcından önceki 60 gün içinde cinsel ilişkiye girmişlerse muayene edilmeli ve tedavi edilmelidir. Hastalar tedavi ve seks partnerlerinin semptomları bitene kadar cinsel ilişkiden kaçınmalıdırlar (30).

2.2 AİLE HEKİMLİĞİ TANIMI

Aile hekimliği; birinci basamak sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak verildiği, aynı zamanda ikinci/ üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları ile işbirliği içerisinde olan, topluma süregelen sağlık hizmeti sağlayan ve kanıta dayanan uygulamaları olan klinik bir tıpta uzmanlık dalıdır. Toplumun her bireyine özel, sürekli hizmet sağlayan bir bilim dalıdır (31).

Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) aile hekimliğini; “aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimler” olarak tanımlamaktadır. Aile hekimliği altı çekirdek yeterlilikle tanımlanır (31).

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri:

2.2.1 Birinci Basamak Yönetimi

a) Hastaların hiçbir özelliğini ayırt etmeksizin sistemle ilk karşılaştığı bölgeyi oluşturarak sağlık hizmeti verir.

b) Ellerindeki kaynakları etkili olarak kullanmalıdır. Organize olarak, sağlık personeli arasında koordinasyonu sağlar ve hasta savunmanlık görevini yerine getirir.

2.2.2 Kişi Merkezli Bakım

c) Kişilere, ailelerine ve topluma yönelik, merkezinde hastanın olduğu değil, kişi merkezli yaklaşımı benimser.

d) Hasta ile sağlıklı ilişki kurabilecek kendine özgü hasta ile görüşme süreci bulunur.

e) Sağladığı hizmetlerin, hastaların ihtiyaçlarına göre şekillenen longitudinal sürekliliğini sağlar.

f) Hastaların gücünün artmasına katkı sağlar



2.2.3 Özgül Sorun Çözme Becerileri

g) Hastalıkların görülme sıklıklarının belirleyici rol oynadığı spesifik bir karar verme sürecine sahiptir.

h) Gelişim dönemlerinin erken safhasında henüz ayrışmamış olarak sunulan ve hızlı girişim ihtiyacı olabilen sorunları yönetir.

2.2.4 Kapsamlı yaklaşım

i) Hastaların hem akut hem de süreğen rahatsızlıklarını beraber yönetir.

j) Karar verdiği uygun ve gerekli girişimlerle iyilik halini geliştirir.

2.2.5 Toplum Yönelimli Olma

k) Toplumun iyilik halinin mevcut halinin korunarak daha iyi bir duruma gelmesi için özel sorumluluklar sahiplenir.

2.2.6 Bütüncül Yaklaşım

l) Bütüncül olarak, sağlık problemlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini değerlendirirler (31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA TİPİ, YERİ, ZAMANI

Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışma olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Doğum Kliniği'ndeki servislerde 1 Şubat 2019-1 Kasım 2019 tarihleri arasında prospektif olarak gerçekleştirilmiştir

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniğinde PİH tanısıyla yatırılan tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında güç analizi belirleme istatistiksel programına göre; güç:0.80, p değeri: %12.5 ve %5'lik α yanılma payında (%95 güven aralığı) 80 kişilik örneklem büyüklüğü gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmada 83 kişiye ulaşılmıştır.

3.3. DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ:

1 Şubat 2019-1 Kasım 2019 tarihleri arasında ilgili klinikte yatan PİH teşhisi konmuş olguları arasından 20-60 yaş arasında olup, çalışmaya katılmayı kabul eden ve gerek lisan gerekse kognitif olarak soruları anlayıp cevap verebilecek olan olgular çalışmaya dahil edilmişlerdir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından tıbbi literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Toplam 23 sorudan oluşmaktadır. Veri toplama formunda;

- Olguların yaşı
- Obstetrik geçmişi (gravide, parite, abortus, yaşayan çocuk sayısı)
- Adet düzenleri (düzenli mi, kaç günde bir oluyor, değiştirilen ped sayısı, kaç gün sürüyor),
- Öğrenim durumu (kaç yıl, en son bitirilen okul)
- Sosyoekonomik durum

- Yaşanılan eve ait bazı özellikler (evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı, oda sayısı, tuvaletin tipi ve evin içinde ya da dışında olma durumu)
- Sigara ve alkol içme durumları ve miktarları
- Bazı semptomların varlığı ve klinik özellikleri (kasık ağrısı, akıntı, ateş)
- Son muayenin kim tarafından yapıldığı
- Aile planlaması yöntemi kullanım durumlarına ait özellikler (yöntem ve kullanım süresi),
- Ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografide (BT) patoloji varlığı,
- Hastanede yatış süresi
- Eşlik eden hastalıklar,
- Vajinal yıkama sıklığı,
- Laboratuvar sonuçları (lökosit, CRP ve eritrosit sedimentasyon hızının yüksekliği),
- Daha önce uygulanan intravajinal girişimler,
- Eşe ait bazı özellikler (yaş ve cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı)

Hastalara yatmakta oldukları kliniklerde ulaşılarak çalışmanın yapılış amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair onam formu imzalatılmıştır. Anket formları hastalara verilerek gözlem altında doldurmaları sağlanmış ve gerektiğinde de araştırmacıya anlamadıkları ya da özellikle belirtmek istedikleri konularda soru sormaları sağlanmıştır. Kişiler herhangi bir yardım almadan kendileri soruları cevaplamışlardır.

3.5. ETİK KURUL VE KURUM İZINLERİ

Çalışmanın yapılabilmesi için SBÜ İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır.

3.6. İSTATİKSEL ANALİZ

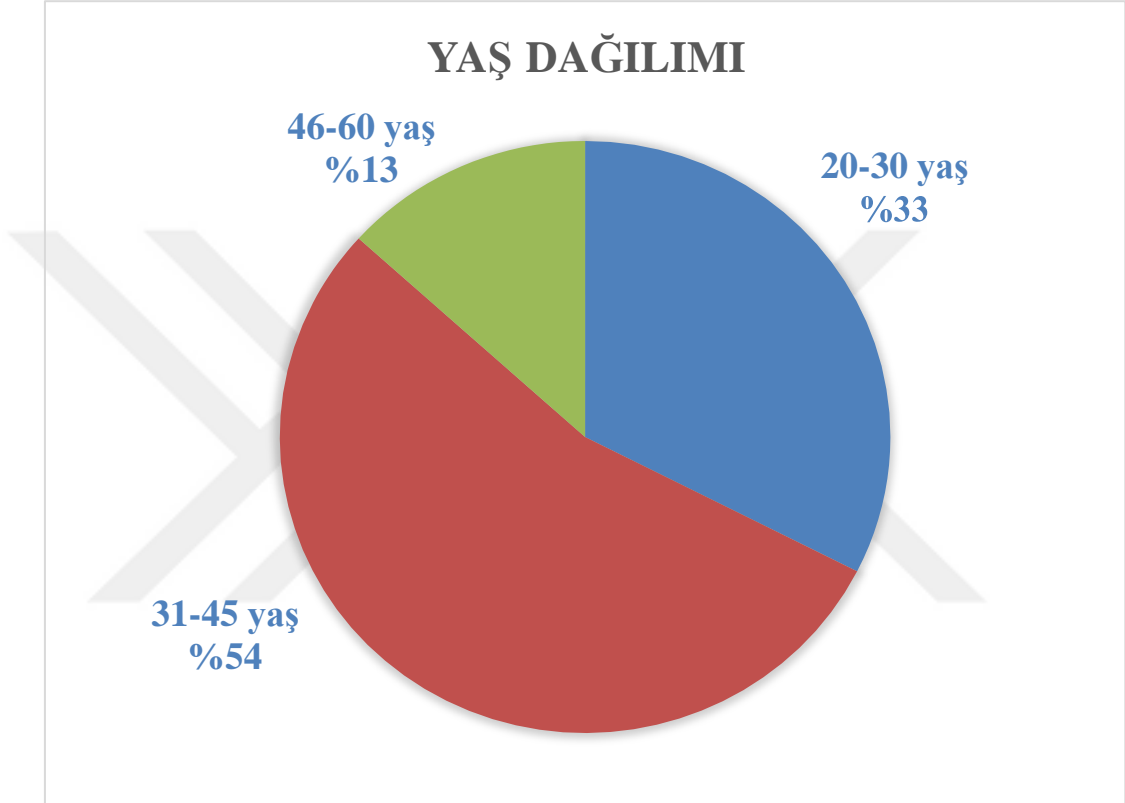
Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında veri tabanı oluşturulup, verilerin frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İkili karşılaştırmalar için, normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak, parametrik veya non-parametrik testlerden hangisinin kullanılacağına karar verilmiştir. Kolmogorov Smirnov ve Fisher'in

Çarpıklık katsayısı normal dağılıma uygunluk analizleri ile ateş ile sosyodemografik özelliklerin dağılımına bakılmış ve normal dağılıma uymadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ateş, vajinal akıntı, akıntı kokusu, ağrı şiddeti, operasyon öyküsü ve doktora başvuru ile kategorik veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için ki-kare testi yapılmıştır. Bütün analizler için $p<0.05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.



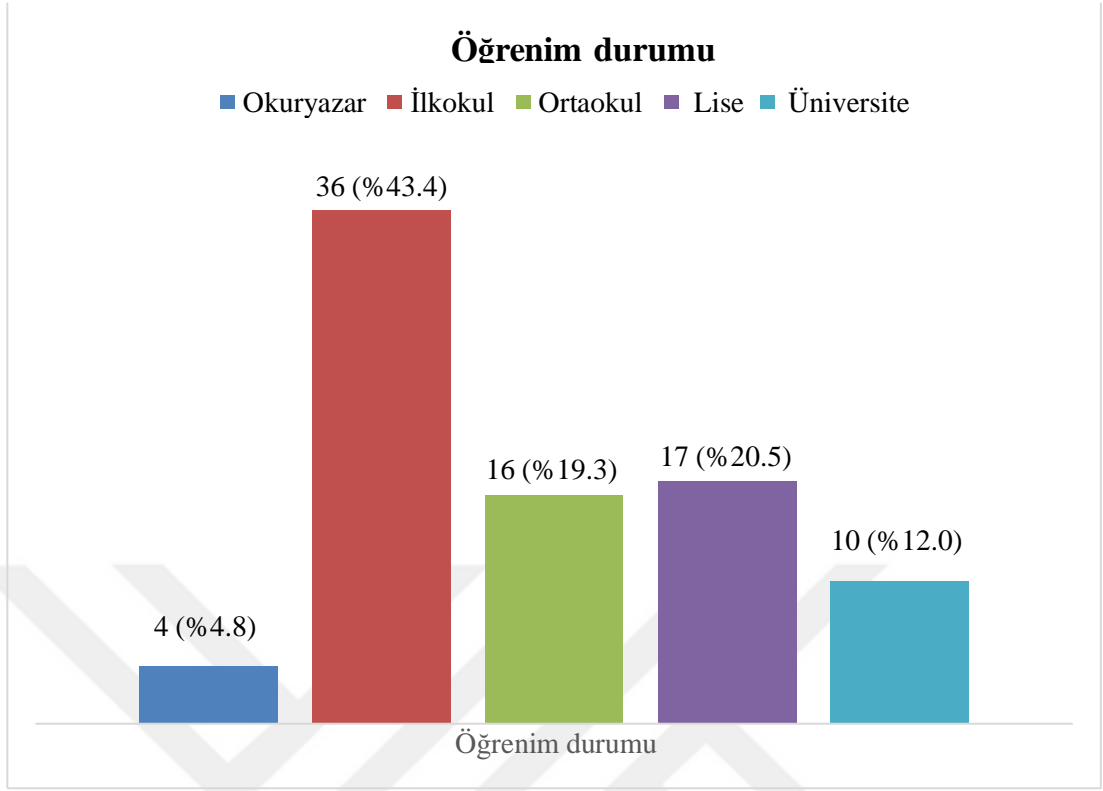
4. BULGULAR

İzmir’ de SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniğinde PİH tanısıyla yatırılan 83 hastanın incelendiği bu çalışmada olguların %32,5’i 20-30 yaş arasında, %54,2’si 31-45 yaş arasında, %13,3’ü 46-60 yaş arasındaydı.



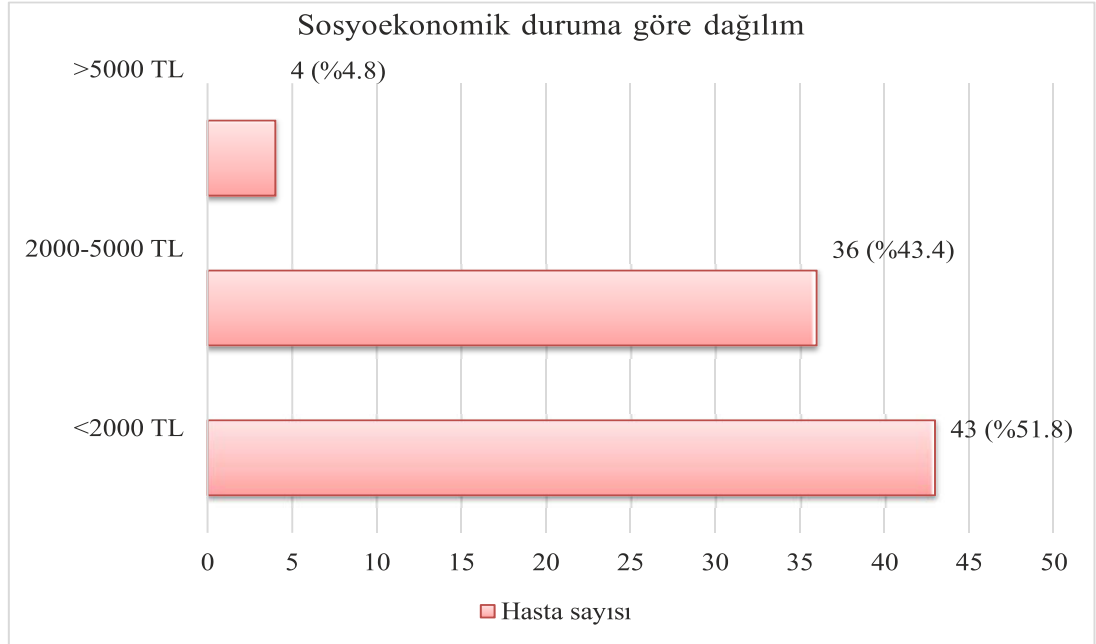
Şekil 2. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı

Hastaların öğrenim süresi ortalaması $7,5 \pm 3,9$ yıl olup, %43,4’ü ilkokul, %12’si üniversite mezunuydu.



Şekil 3. Çalışma grubunun öğrenim durumuna göre dağılımı

Olguların %95,2' si 5000 TL'nin altında, %51,8' i 2000 TL'nin altında gelire sahipti.



Şekil 4. Çalışma grubunun sosyoekonomik durumuna göre dağılımı

Tablo 2. Çalışma grubunun medeni durumu ve siklüs düzeninin dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Medeni durumu		
Evli	74	89,2
Bekar/ eşinden ayrılmış/ dul	9	10,8
Siklüs düzeni		
Düzenli değil	53	63,9
Düzenli	30	36,1

Hastaların %89,2'si evliydi. Olguların %36,1'i adetlerinin düzenli olduğunu, %64,9'u adetlerinin düzenli olmadığını belirtmişti.

Tablo 3. Çalışma grubunun yaşadığı eve ait özellikler

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Evde bulunan tuvalet		
Sadece alafranga	47	56,6
Sadece alaturka	12	14,5
Herikisi birden	24	28,9
Tuvalet evin içinde mi		
Evet	81	97,6
Hayır	2	2,4
Evdeki oda sayısı		
1+1	5	6,0
2+1	32	38,6
3+1	43	51,8
4+1	3	3,6

Çalışma grubunun yaşadığı eve ait özellikler incelendiğinde, evlerin %56,6'sında sadece alafranga, %14,5'inde sadece alaturka tuvalet olduğu, tuvaletlerin %2,4'ünün evin dışında yer aldığı, evlerin %51,8'inin üç odaya sahip olduğu belirtilmişti.

Tablo 4. Çalışma grubunun sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarının dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Sigara		
İçmeyen	35	42.2
İçen	48	57.8
Sigara (adet/gün, ort±SS)	11,1 ± 6,7	
Alkol		
İçmeyen	79	95.2
İçen*	4	4.8

*Alkol alan olguların her biri ayda 1 kadeh alkol aldıklarını belirtmiştir.

Olguların %57,8'i sigara, %4,8'i alkol içtiğini belirtti. Sigara içenler günde ortalama 11,1 adet sigara içmekteydi. Alkol içen 4 kişi ise ayda 1 kadeh alkol içtiğini belirtmiştir.

Tablo 5. Çalışma grubunda kasık ağrısı varlığı ve şiddeti

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kasık ağrısı		
Var	81	97.6
Yok	2	2.4
Ağrı süresi (gün, ort±SS)	172,8 ± 488,4	
Kasık ağrısı şiddeti		
Yok	2	2.4
Hafif	4	4.8
Orta	23	27.7
Şiddetli	35	42.2
Çok şiddetli	19	22.9

Çalışma grubunun %97,6'sı kasık ağrısı olduğunu belirtmişti. Belirtilen kasık ağrısı süre ortalaması 172,8 ± 488,4 gündü. Olguların %65,1'i kasık ağrısının şiddetli/çok şiddetli olduğunu ifade etmişti.

Tablo 6. Çalışma grubunda akıntı varlığı ve akıntıya ait özelliklerinin ve koyulan tanının dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Vajinal akıntı		
Var	67	80.7
Yok	16	19.3
Akıntı süresi (gün, ort±SS)	380,1 ± 926,6	
Akıntı rengi		
Akıntı yok	16	19.3
Sarı	37	44.6
Beyaz	12	14.5
Yeşil	10	12.0
Kahverengi	8	9.6
Koku		
Akıntı yok	16	19.3
Koku var	49	59.0
Koku yok	18	21.7
Akıntı nedeniyle doktora		
Gitmeyen	31	37.3
Giden	52	62.7
Doktor da konulan tanı*		
Pelvik inflamatuvar hastalık	52	62.7
Kist	7	8.4
Miyom	2	2.4
Diğer**	4	4.8

*Bir hastada birden fazla hastalık tanısı konulmuş olabilir

**1 endometriozis, 1 gebelik, 1 RİA çıkarılması, 1 idrar yolu enfeksiyonu

Hastaların %80,7'si vajinal akıntı yaşadığını belirtmişti. Belirtilen akıntı sürelerinin ortalaması 380,1 ± 926,6 gündü. Olguların %44,6'sında akıntı rengi sarı, %14,5'inde beyaz, %12'sinde yeşil, %9,6'sında kahverengiydi. Kişilerin %59'u kokulu bir akıntı tarif etmişti. Akıntı nedeniyle hastaların %37,3'ü doktora gittiğini, doktor tarafından koyulan tanıların ise %62,7 PİH, %8,4 kist, %2,4 miyom olduğunu belirtmişti.

Tablo 7. Çalışma grubunun son muayene olduğu hekim, korunma yöntemi ve sık vajinal yıkama yapma durumunun dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Son muayeneyi yapan		
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	82	98.8
Aile hekimi	1	1.2
Aile planlaması yöntemi		
Yok	8	9.6
Rahim içi araç	35	42.2
Geri çekme yöntem	22	26.5
Kondom	13	15.7
Tüp ligasyonu	4	4.8
Oral kontraseptif ilaç	1	1.2
Sık vajinal yıkama		
Var	57	68.7
Yok	26	31.3

Çalışma grubunun %98,9'u en son kadın hastalıkları ve doğum uzmanına muayene olduğunu belirtti. Kullanılan aile planlaması yöntemleri incelendiğinde, sıklık sırasına göre %42,2 RİA, %26,5 geri çekme, %15,7 kondom, %4,8 tüp ligasyonu, %1,2 oral kontraseptif ilaç kullandığını ifade etmişti. Olguların %68,7'si sık vajinal yıkama yaptığını belirtmişti.

Tablo 8. Yapılan USG ve BT’de saptanan patoloji, operasyon geçirme ve ek hastalıkların dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
USG ve BT’de patoloji		
Var	76	91.6
Yok	7	8.4
Saptanan patoloji*		
Kist	37	44.6
Abse	22	26.5
Adneksiyal kitle	14	16.9
Salpenjit	14	16.9
Myom	13	15.7
Operasyon		
Var	28	33.7
Yok	55	66.3
Ek hastalık*		
Diabetes mellitus	7	8.4
Hipertansiyon	4	4.8
Tiroid hastalığı	2	2.4
Aterosklerotik coroner kalp hastalığı	2	2.4
Astım	2	2.4
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1	1.2
Ailesel Akdeniz Ateşi	1	1.2

USG: Ultrasonografi, BT: Bilgisayarlı tomografi

*Olguların birden fazla saptanan patolojisi ve ek hastalığı olabilir.

Yapılan USG ve BT’de olguların %91,6’sında patoloji saptanmıştı. Saptanan patolojiler sıklık sırasına göre %44,6 kist, %26,5 apse, %16,9 adneksiyal kitle, %16,9 salpenjit ve %15,7 myomdu. Olguların %33,7’si operasyon geçirmiş, en sık saptanan iki ek hastalık %8,4 diabetes mellitus, %4,8 hipertansiyondu.

Tablo 9. Çalışma grubunun laboratuvar sonuçlarının dağılımı

Laboratuvar sonuçları	Sayı	Yüzde
Lökositoz*		
Var	68	81.9
Yok	15	18.1
En yüksek (ort±SS)	16217,3 ± 12806,3	
C-reaktif protein yüksekliği*		
Var	72	86.7
Yok	11	13.3
En yüksek (ort±SS)	122,9 ± 109,5	
Eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği*		
Var	11	13,3
Yok	72	86,7
En yüksek (ort±SS)	53,1 ± 35,1	

*Yüzdeler verileri olan hastalar üzerinden gösterilmiştir.

Yapılan laboratuvar incelemede olguların %81,9'unda lökositoz, %86,7'sinde CRP yüksekliği, %4,0'ında ESR yüksekliği saptanmıştı.

Tablo 10. Çalışma grubuna geçmişte uygulanan intravajinal girişimlerin, eşinde cinsel yolla bulaşan hastalık varlığının ve eş yaşının dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Geçmişte uygulanan intravajinal girişimler		
Yok	23	27.7
Rahim içi araç	52	62.7
Histerosalpingografi	5	6.0
İntrauterin aşılama	3	3.6
Eşinde cinsel yolla bulaşan hastalık*		
Var	3	4.1
Yok	71	95.9
Eşin yaşı*		
18-45	40	54.1
45-60	34	45.9

*Yüzdeler evli olan bireyler arasından verilmiştir.

Geçmişte uygulanan intravajinal girişimler incelendiğinde olgulara %62,7 RİA, %6 histerosalpingografi, %3,6 intrauterin aşılama uygulandığı saptandı. Evli olguların eşleri %54,1 18-45 yaşında 54,9 45-60 yaşındadır. Hastaların %4,1'i eşlerinde cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu belirtmişti.

Tablo 11.Çalışma grubunun obstetrik özelliklerinin, hastaya, siklüse, hastalığa ait özelliklerinin ve laboratuvar bulgularının dağılımı

Değişkenler	Ortalama±SS	Ortanca	Minimum	Maksimum
Hastaya ait özellikler				
Öğrenim süresi (yıl)	7,5 ± 3,9	8	0	15
Sigara (adet/gün)	11,1 ± 6,7	10	2	20
Evde yaşayan kişi sayısı	3,4 ± 1,3	3	1	7
Obstetrik özellikler				
Gravide	2,6 ± 2,0	2,0	0	10
Parite	1,8 ± 1,3	2	0	5
Abortus	0,8 ± 1,1	1	0	5
Yaşayan çocuk	1,8 ± 1,3	2	0	5
Siklusa ait özellikler				
Siklus süresi (gün)	26,4 ± 2,5	27	20	35
Değiştirilen ped sayısı (adet)	4,0 ± 1,8	4	1	15
Kanama süresi (gün)	5,9 ± 2,6	5,5	2	15
Hastalığa ait özellikler				
Kasık ağrısı süresi (gün)	172,8 ± 488,4	14	1	3650
Akıntı süresi (gün)	380,1 ± 926,6	90	2	5840
Ateş (°C)	37,6 ± 5,4	38,5	2	39,6
Ateş süresi (gün)	2,5 ± 0,8	2	1	5
Hastanede yatış süresi (gün)	6,3 ± 3,3	6	1	16
Laboratuvar bulguları				
Saptanan en yüksek lökosit	16217,3 ± 12806,3	14500,0	5700,0	28400
Saptanan en yüksek CRP	122,9 ± 109,5	101,0	0,3	403,0
Saptanan en yüksek ESR	53,1 ± 35,1	50,0	2,0	107

CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre ateş varlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla olduğu yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositoz, CRP, sedimentasyon, vajinal akıntı, akıntı kokusu ile ateş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı. Ateş ile gelir arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup aylık geliri 2000 liradan daha fazla olanlarda ateş daha sık görülmüştü.

Tablo 12. Katılımcıların ateş bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Ateş		p
		Var	Yok	
Yaş	20-30	14	13	0,933
	30-45	22	23	
	45-60	6	5	
Aylık gelir	≤2000	15	28	0,003*
	>2000	27	13	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	19	22	0,443
	Ortaokul ve üstü	23	19	
Ek hastalık	Var	7	10	0,383
	Yok	35	31	
Vajinal yıkama	Var	31	26	0,307
	Yok	11	15	
Lökositoz	Var	32	36	0,169
	Yok	10	5	
CRP	Evet	39	32	0,140
	Hayır	3	7	
Sedimentasyon	Evet	4	7	0,311
	Hayır	38	34	
Vajinal akıntı	Yok	5	11	0,085
	Var	37	30	
Akıntı kokusu	Var	26	23	0,681
	Yok	10	7	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

Tablo 13. Katılımcıların ateş bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		N	Mean Rank	Sum of Rank	U	Z	p
Gravite	Var	41	40,66	1667,00	793,000	-0,063	0,949
	Yok	39	40,33	1573,00			
Partus	Var	42	40,51	1701,50	798,500	-0,397	0,692
	Yok	40	42,54	1701,50			
Abortus	Var	42	42,58	1788,50	794,500	-0,456	0,648
	Yok	40	40,36	1614,50			
Yaşayan	Var	42	40,50	1701,00	798,000	-0,205	0,838
	Yok	39	41,54	1620,00			
Öğrenim yılı	Var	42	45,10	1894,00	731,000	-1,243	0,214
	Yok	41	38,83	1592,00			
Evde	Var	42	38,38	1612,00	709,000	-1,427	0,154
	Yok	41	45,71	1874,00			
Oda	Var	42	41,04	1723,50	820,500	-0,405	0,686
	Yok	41	42,99	1762,50			
Sigara	Var	42	43,92	1844,50	780,500	-0,769	0,442
	Yok	41	40,04	1641,50			
Kasık ağrısı süresi	Var	41	41,60	1705,50	795,500	-0,232	0,816
	Yok	40	40,39	1615,50			
Süre	Var	41	43,96	1802,50	657,500	-1,375	0,169
	Yok	39	36,86	1437,50			
Yatış süresi	Var	42	42,68	1792,50	832,500	-0,262	0,794
	Yok	41	41,30	1693,50			
Lökositoz	Var	36	37,00	1332,00	666,000	-0,382	0,703
	Yok	39	38,92	1518,00			
CRP	Var	39	40,85	1593,00	591,000	-1,177	0,239
	Yok	36	34,92	1257,00			
Sedimentasyon	Var	4	5,50	22,00	12,000	-0,378	0,705
	Yok	7	6,29	44,00			

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre vajinal akıntı varlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla olduğu yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, aylık gelir, eğitim durumu, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositoz, CRP, USG-BT bulgusu ile akıntı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı. Sedimentasyon ile akıntı arasında anlamlı bir ilişki olup sedimentasyonu düşük olanlarda akıntı daha sık olarak bulunmamaktaydı.

Tablo 14. Katılımcıların vajinal akıntı bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Akıntı		p
		Var	Yok	
Yaş	20-30	5	22	0,988
	30-45	9	36	
	45-60	2	9	
Aylık gelir	≤2000	11	32	0,131
	>2000	5	35	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	9	32	0,542
	Ortaokul ve üstü	7	35	
Ek hastalık	Var	4	13	0,618
	Yok	12	54	
Vajinal yıkama	Var	13	44	0,227
	Yok	3	23	
Lökositöz	Var	13	55	0,938
	Yok	3	12	
CRP	Evet	14	57	0,459
	Hayır	1	9	
Sedimentasyon	Evet	5	6	0,018*
	Hayır	11	61	
USG-BT	Var	15	61	0,726
	Yok	1	6	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre vajinal akıntı kokusu varlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla olduğu yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, aylık gelir, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositöz, CRP, sedimentasyon ile koku arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Eğitim ile koku arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup ilkökul ve altında eğitimi olanlarda akıntı kokusu daha sık görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların vajinal akıntı kokusu bulgusuna göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Koku		p
		Var	Yok	
Yaş	20-30	15	7	0,489
	30-45	26	9	
	45-60	8	1	
Aylık gelir	≤2000	23	9	0,670
	>2000	26	8	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	28	4	0,017*
	Ortaokul ve üstü	21	13	
Ek hastalık	Var	11	2	0,340
	Yok	38	15	
Vajinal yıkama	Var	32	11	0,964
	Yok	17	6	
Lökositöz	Var	40	15	0,529
	Yok	9	2	
CRP	Evet	40	16	0,269
	Hayır	8	1	
Sedimentasyon	Evet	4	2	0,656
	Hayır	45	15	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre ağrı şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla olduğu yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, aylık gelir, eğitim durumu, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositöz, CRP, sedimentasyon, vajinal akıntı, akıntı kokusu ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı.

Tablo 16. Katılımcıların ağrı şiddetine göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Ağrı şiddeti		p
		Hafif-orta	Şiddetli-çok şiddetli	
Yaş	20-30	15	7	0,702
	30-45	26	9	
	45-60	8	1	
Aylık gelir	≤2000	15	27	0,637
	>2000	12	27	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	14	27	0,875
	Ortaokul ve üstü	13	27	
Ek hastalık	Var	8	8	0,114
	Yok	19	46	
Vajinal yıkama	Var	32	11	0,964
	Yok	17	6	
Lökositoz	Var	40	15	0,529
	Yok	9	2	
CRP	Evet	21	49	0,125
	Hayır	5	4	
Sedimentasyon	Evet	3	8	0,649
	Hayır	24	46	
Siklus düzeni	Düzenli	14	37	0,114
	Düzensiz	13	16	
Vajinal akıntı	Var	4	11	0,544
	Yok	23	43	
Akıntı kokusu	Var	20	29	0,109
	Yok	3	13	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre operasyon öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, aylık gelir, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositoz, CRP, sedimentasyon, siklus düzeni, vajinal akıntı, ateş ile opere olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Eğitim durumu, akıntı kokusu ve doktora başvuru ile ise opere olmak arasında anlamlı bir fark bulunmuştu. Buna göre ilkökul ve altında eğitimi olanlar, kokulu akıntısı olanlar ve doktora başvuranlar daha çok opere edilmişti.

Tablo 17. Katılımcıların operasyon öyküsüne göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Operasyon		p
		Var	Yok	
Yaş	20-30	8	19	0,079
	30-45	13	32	
	45-60	7	4	
Aylık gelir	≤2000	18	25	0,105
	>2000	10	30	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	19	22	0,016*
	Ortaokul ve üstü	9	33	
Ek hastalık	Var	7	10	0,467
	Yok	21	45	
Vajinal yıkama	Var	21	36	0,365
	Yok	7	19	
Lökositoz	Var	26	42	0,065
	Yok	2	13	
CRP	Evet	23	48	0,879
	Hayır	3	7	
Sedimentasyon	Evet	3	8	0,626
	Hayır	25	47	
Siklus düzeni	Düzenli	15	38	0,228
	Düzensiz	12	17	
Vajinal akıntı	Var	5	11	0,815
	Yok	23	44	
Akıntı kokusu	Var	23	26	<0,001*
	Yok	0	17	
Ateş	Var	14	28	0,938
	Yok	14	27	
Doktora başvuru	Evet	22	30	0,032*
	Hayır	6	25	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

Araştırmaya katılanların sosyodemografik ve klinik değişkenlerine göre doktora başvuru arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ki kare testi sonuçları incelendiğinde; yaş, aylık gelir, eğitim durumu, ek hastalık, vajinal yıkama, lökositoz, CRP, sedimentasyon, siklus düzeni, vajinal akıntı kokusu, ateş ile doktora başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Vajinal akıntı ile doktora başvuru arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuş olup akıntısı olmayanlar daha az doktora başvurmuştu.

Tablo 18. Katılımcıların doktora başvurmasına göre sosyodemografik ve klinik değişkenlerin dağılımı

		Doktora başvuru		p
		Var	Yok	
Yaş	20-30	16	11	0,736
	30-45	28	17	
	45-60	8	3	
Aylık gelir	≤2000	25	18	0,378
	>2000	27	13	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	27	14	0,551
	Ortaokul ve üstü	25	17	
Ek hastalık	Var	12	5	0,448
	Yok	40	26	
Vajinal yıkama	Var	33	24	0,185
	Yok	19	7	
Lökositoz	Var	45	23	0,157
	Yok	7	8	
CRP	Evet	46	25	0,365
	Hayır	5	5	
Sedimentasyon	Evet	4	7	0,053
	Hayır	48	24	
Siklus düzeni	Düzenli	31	22	0,350
	Düzensiz	20	9	
Vajinal akıntı	Var	0	16	<0,001*
	Yok	52	15	
Akıntı kokusu	Var	41	8	0,099
	Yok	11	6	
Ateş	Var	30	12	0,94
	Yok	22	19	

*p<0.05'e göre anlamlılık düzeyi

PİH tanısı konmuş olan hastalardan; aylık geliri 2000 liradan daha fazla olanlarda ateş daha sık görüldü.

Sedimentasyonu düşük olanlarda akıntı daha az görülmektedir.

İlkokul ve altında eğitimi olanlarda akıntı kokusu daha sık görülmektedir.

Ağrı şiddeti incelendiğinde; anlamlı fark bulunmadı. Operasyon öyküsü incelendiğinde ise; anlamlı fark bulunmadı.

İlkokul ve altında eğitimi olanlar, kokulu akıntısı olanlar ve doktora başvuranların daha çok operasyon öyküsü vardı.

Vajinal akıntısı olmayanlar ise daha az doktora başvurmuştu.

İzmirde SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniğinde PİH tanısıyla yatırılan 83 hastanın incelendiği bu çalışmanın bulguları bir liste halinde şu şekilde sıralanabilir:

□ Olguların %54,2'si 31-45 yaş arasında, %43,4'ü ilkokul mezunu, %51,8'i 2000 TL'nin altında gelire sahip, %89,2'si evliydi.

□ Çalışma grubunun %50,6'sında yüksek ateş, %97,6'sı kasık ağrısı (%65,1'i şiddetli/çok şiddetli), %80,7'si vajinal akıntı (%44,6 sarı, %14,5 beyaz, %12 yeşil, %9,6 kahverengi, %59'u kokulu) olduğu belirtildi.

□ Kullanılan aile planlaması yöntemleri incelendiğinde, sıklık sırasına göre %42,2 RİA, %26,5 geri çekme, %15,7 kondom, %4,8 tüp ligasyonu, %1,2 OK'dir. Olguların %68,7'si sık vajinal yıkama yaptığını belirtti.

□ Yapılan laboratuvar incelemede olguların %81,9'unda lökositöz, %86,7'sinde

CRP yüksekliği, %4,0'ında ESR yüksekliği saptandı.

□ Hastaların %4,1'i eşinde cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu belirtti.

□ PİH tanısı konmuş olan hastalardan; aylık geliri 2000 liradan daha fazla olanlarda ateş daha sık görülüyordu.

□ Sedimentasyonu düşük olanlarda akıntı daha az görülüyordu.

□ İlkokul ve altında eğitimi olanlarda akıntı kokusu daha sıkı.

□ İlkokul ve altında eğitimi olanlar, kokulu akıntısı olanlar ve doktora başvuranların daha çok operasyon öyküsü vardı.

□ Vajinal akıntısı olmayanlar daha az doktora başvurmuştu.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda olguların %32,5'i 20-30 yaş arasında, %54,2'si 31-45 yaş arasında, %13,3'ü 46-60 yaş arasındaydı yani; çalışmamızdaki PİH olgularının daha çok orta yaşta olduklarını söyleyebiliriz. Bazı çalışmalarda ise genç yaşta daha fazla PİH ile karşılaşıldığı vurgulanmaktadır. Bunun olası nedenleri arasında enfeksiyon süresinin daha uzun olması, daha yaşlı gruba göre servikal ektopinin daha fazla olması ve servikal mukusun geçirgenliğinin daha fazla olması belirtilmiştir (32,33). Ayrıca özellikle yurt dışında daha genç kadınların birden çok partnerinin olma sıklığının ve partner değiştirme sıklığının fazla olması, daha yaşlı kadınlara göre güvenli cinsel ilişki farkındalıklarının daha az olmasının da bu duruma etki ettiği ileri sürülmüştür (34,35).

Sağlık davranışlarının önemli bir belirleyicisi eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyinin artması sağlık okuryazarlığının artması ile birlikte, bilgi ve farkındalığın artmasına ve sağlık riskleri karşısında koruyucu davranışların oluşmasına yardımcı olur. Çalışmamızda bütün hastalar okuryazar olsa da çoğunluğunun eğitim düzeyi en fazla ilkokul düzeyinde olarak bulundu. Çalışmamızda olguların öğrenim süresi ortalaması $7,5 \pm 3,9$ olup, %43,4'ü ilkokul ve sadece %12'si üniversite mezunuydu. Lata ve ark. 2019 yılında Hindistan'da kırsal bölgede yaşayan 200 olguda PİH gelişmesi açısından risk faktörlerinin değerlendirdiği çalışmasında, olguların 3'te 1'inden fazlasının 26-30 yaş arasında olduğunu, %60'ının okur yazar olmadığını bildirmişlerdir (36). Naaz ve arkadaşları da çalışmalarında bu sonuca benzer olarak PİH olgularının çoğunluğunun okur yazar olmadığını göstermiştir (37). Yapılan farklı çalışmaların sonucunda daha yüksek eğitim düzeyi olan bireylerin, hastalıklardan korunmak için daha hazırlıklı olduğunu ve sağlık hizmetlerini daha etkili kullandıkları gösterilmiştir (38). Ek olarak eğitilmiş bireylerin aile planlaması yöntemi kullanımı, kişisel hijyene özen ve erken evliliğin sonuçları konusunda farkındalıklarının daha fazla olduğu rapor edilmiştir (36). Ayrıca çalışmamızda ilkokul ve altında eğitimi olanlarda akıntı kokusu daha sık görülmekteydi. Bu durumun, eğitim düzeyindeki azalma ile paralel olarak farkındalığın da azalması ve sağlık kuruluşuna başvurunun geciktirilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Düşük sosyoekonomik durum PİH gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda da olguların %95,2'si 5000 TL'nin altında, %51,8'i 2000 TL'nin altında gelire sahiptir. Olguların yarısından fazlasının asgari ücretin altında gelire sahip olduğu düşünüldüğünde, önceki çalışmalarla uyumlu olarak düşük gelir düzeyinin PİH için önemli bir risk faktörü olabileceği söylenebilir. Simms ve ark (39) ve Dehne (40) farklı çalışmalarda PİH sıklığının daha düşük sosyoekonomik durumu olan kadınlarda daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü de düşük sosyoekonomik durumu PİH risk faktörleri arasında tanımlamıştır (41). Suleiman ve ark. (42) ve Isibor ve ark.'da (43) benzer şekilde düşük sosyal statüye sahip bireylerin PİH riskinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Bu konuyu inceleyen çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin PİH üzerine etkisinin, bu kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklarla karşılaştıklarında standart sağlık hizmetine ulaşılabilirliklerinin daha az olmasından kaynaklandığı ileri sürülmüştür (42). Ayrıca PİH tanısı konmuş olan hastalardan; aylık geliri 2000 liradan daha fazla olanlarda ateş daha sık görülmüştür.

Medeni durum cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve PİH için önemli bir belirleyicidir. Çalışmamızda olguların %89,2'si evliydi. Çalışmamızda değerlendirilen katılımcıların yetişkin yaş grubundan oluşması evli olma sıklığını arttırmış olabilir. Ayrıca bu durum sosyokültürel yapı ile de açıklanabilir.

Simms ve ark. çalışmasında PİH görülme sıklığının evli kadınlar ile karşılaştırıldığında bekar kadınlarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (39). Hindistan'da yapılan bir başka çalışmada genç evli kadınların, benzer yaşlardaki bekar kontrol grubuna göre daha fazla sıklıkta PİH ile karşı karşıya kaldıklarını göstermişlerdir (44). Bu farklılığın, toplumlar ve kültürler arası farklılıklar nedeniyle olduğu ileri sürülmüştür (44,45).

PİH tanısında görülen semptomlardan klinik tanıya gidilmektedir. Sıklıklar karşılaşılan önemli semptomlardan birisi ateş varlığıdır. Çalışmamızda da beklenildiği üzere PİH olgularının 42'sinde (%50,6) ortalama 2,5 gün süren ortalama 37,6⁰ C ateş olduğu belirlendi. Oseni PİH olgularında risk faktörlerini incelediği çalışmasında olguların %25,6'sında yüksek ateş saptadıklarını bildirmiştir (46). Jaiyeba ve Soper çalışmalarında 38,3⁰ C üzerinde ateş varlığını PİH için önemli bir

bulgu olduğunu bildirmişlerdir (47). Benzer olarak CDC'nin yayınladığı kılavuzlarda ateşin PİH olgularının tanısında önemli bir bulgu olduğu gösterilmiştir (48).

PİH'in önemli bir bulgusu, enfeksiyon bölgesinde meydana gelen ağrı ve hassasiyettir. Çalışmamızda da incelenen PİH olgularının %97,6'sında kasık ağrısı olduğu belirlenmişti. Belirtilen kasık ağrısı süre ortalaması $172,8 \pm 488,4$ gündü. Olguların %65,1'i şiddetli/çok şiddetli kasık ağrısı tarif etmişlerdi. Oseni'nin çalışmasında PİH olgularının %63,3'ünde abdominal ağrı ve buna bağlı hassasiyet olduğu bildirilmiştir (46). Bartlet, Levison ve Munday çalışmasında PİH tanısında ağrının varlığı ve bimanuel muayenede abdominal hassasiyet varlığının servikal ya da adneksiyal hassasiyet olup olmamasından bağımsız olarak önemli bir belirleyici olduğu gösterilmiştir (49).

Ayrıca PİH olgularında servisit, endometrit veya bakteriyel vajinozun bir sonucu olarak anormal vajinal veya servikal akıntı sıklıkla beklenen diğer bir bulgudur (50). Çalışmamızda da hastaların %80,7'si vajinal akıntı yaşadığını belirtmiştir. Vajinal akıntının artması, renginin ya da kokusunun değişmesi ile birlikte olgular sağlık kuruluşuna başvuruya yönelmektedir (51). Çalışmamızda da bu durumla uyumlu olarak vajinal akıntısı olmayanların daha az sıklıkta doktora başvurdukları belirlenmiştir.

Aile planlaması yöntemlerinin seçimi, pelvik enfeksiyon riskini önemli ölçüde etkilemese de sürekli kondom kullanımı riskte önemli bir azalma sağlar. Bariyer kontrasepsiyon yöntemleri PİH'ye karşı koruyucu olduğu belirtilmiştir (52). Kondom doğru kullanıldığında endoservikal gonokok ve klamidyal enfeksiyonların %50'sinden fazlasını önleyen ve PİH'den korunmada en etkili aile planlaması yöntemidir. Çalışmamızda da olguların %15,7'sinin AP yöntemi olarak kondom kullandığı saptanmıştır. Fakat bu yöntemi doğru kullanıp kullanmadıkları sorgulanmamıştır.

Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, PİH tanısını takiben düzenli kondom kullanımının PİH sekel oranını düşürebileceği ileri sürülmüştür (53). Fakat kadının ya da erkeğin bariyer yöntemleri tercih etme sıklığı düşük düzeydedir. ABD'de CDC tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada 20-24 yaş arasında olup hiç evlenmeyip cinsel ilişkide bulunan kadınlar arasında bariyer yöntemlerin kullanım sıklığının yalnızca %31 olduğu rapor edilmiştir (54).

Diğer bir aile planlaması yöntemi olan oral kontraseptifler (OK), PİH ile karmaşık bir etkileşime sahiptir. Çeşitli çalışmalar OK kullanımının servikte hem klamidya hem de gonokok enfeksiyonu prevalansını neredeyse iki katına çıkardığını göstermiştir (55). Bunun aksine, bazı çalışmalarda OK kullanımı PİH riskinde %50 azalma ile de ilişkilendirilmiştir (56). Bu farkın olası nedenleri arasında servikal enfeksiyonu olan OK kullanıcıları arasında asemptomatik endometritin, OK kullanmayan kadınlara göre dört kat daha yaygın olması belirtilmiştir. Ayrıca semptomatik salpenjit beş kat azalmıştır (57). Bu nedenle, OK kullanan kadınlar, diğer kadınlarla benzer sıklıkla PİH geliştirse de, enfeksiyonun ciddiyetinin önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (58).

Çalışmamızda en sık kullanıldığı tespit edilen aile planlaması yöntemi %42,2 sıklık ile RİA'dır. Modern RİA'ların kullanımının PİH açısından oldukça az risk artışına neden olduğu gösterilmiştir (26). PİH riski öncelikle RİA takıldıktan sonraki ilk üç hafta ile sınırlı olup daha sonraki dönemlerde nadirdir (59). Yapılan bir çalışmada, PİH durumunda RİA'nın çıkarılmasının daha iyi klinik sonuçlara yol açtığı öne sürülmüştür. Fakat yazarlar çalışmanın metodolojik olarak sınırlılıklarına dikkat çekerek sonuçların genellenebilirliğinin sınırlı olduğunu bildirmiştir (60). Diğer taraftan çoğu kılavuz, akut PİH'nin antibiyotiklerle tedavi edilmesini, RİA'yı yerinde bırakmanın takiple birlikte kabul edilebilir olduğunu belirtmektedir. Klinik iyileşme birkaç günden fazla gecikirse RİA çıkarılmalıdır (26). Uzun süreli kalıcı RİA'lar, kilo kaybı ve yapısal semptomlarla birlikte pelvik kitle şeklinde ortaya çıkabilen nadir bir hastalık olan pelvik aktinomikoz ile de ilişkilendirilmiştir (61). 475 aktinomiçes türü izolatu üzerinde yapılan bir çalışmada, alınan örneklerin %30'unun RİA ile ilişkili olarak ortaya çıktığı saptanmıştır (62).

Tüp ligasyonu ise, distal oosit kanallarını enfeksiyon tutulumundan koruyabilir, ancak PİH'in klinik seyrini herhangi şekilde etkilememektedir (63). Çalışmamızda da olguların %4,8'i aile planlaması yöntemi olarak tüp ligasyonunu tercih etmiştir.

Lata ve arkadaşlarının çalışmasında PİH olguları arasında en fazla kullanılan kontrasepsiyon yönteminin bariyer yöntemler olduğu bildirilmiştir (%23,5). Bunu RİA'nın takip ettiğini (%20) ve PİH olgularının %29'unun herhangi korunma yöntemi kullanmadığını rapor etmişlerdir (36). Çalışmamızda ise en fazla kullanılan

aile planlaması yöntemi RİA (%42,2) ve geri çekme yöntemidir (%26,5). Olguların sadece %9,6'sı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Bazı aile planlaması yöntemlerinin kullanılması PİH için bir risk faktörü olmakla birlikte, bariyer yöntemlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarda korunmada koruyucu olduğu ve bu sayede PİH gelişimini anlamlı düzeyde azalttığı unutulmamalıdır (64).

Enfeksiyon varlığında akut faz reaktanlarının artması beklenen bir bulgudur. Bununla paralel olarak CDC tarafından belirlenen PİH kriterleri arasında lökositoz, sedim ve CRP yüksekliği PİH tanısını destekleyen bulgular arasında yer almaktadır (65). Lökositozun PİH tanısında %76 spesifite ve %41 sensitiviteye sahip olduğu gösterilmiştir (66). Çalışmamızda da laboratuvar incelemede olguların %81,9'unda lökositoz, %86,7'sinde CRP yüksekliği, %4,0'ında ESR yüksekliği saptanmıştır.

Peipert ve ark.'ın yaptıkları kohort çalışmasında artan ESR'nin %70 sensitivite ve %52 spesifite ile endometrit ve salpenjit tanısı koydurabildiği rapor edilmiştir (67).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve PİH için eş/partnerde enfeksiyon varlığı önemli bir predizpozan faktördür. Özellikle erkeklerde CYBH'ların daha sessiz seyretmesi kadınlar için önemli bir risk oluşturmaktadır. Gonokokal veya klamidyal üretritli erkeklerin yaklaşık üçte biri asemptomatiktir. Semptomatik (dizüri, üretral akıntı) bir partnere sahip olmak bir kadının PİH riskini artırır (68). Çalışmamızda hastaların %4,1'i eşlerinde cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu belirtmiştir. Fakat erkekler arasında asemptomatik olguların yaygınlığı ve bu soruya verilen cevapların çeşitli durumlar (korku, utanma, bilgi eksikliği) nedeniyle güvenilirliğinin daha az olabileceği düşünüldüğünde PİH olgularının eşlerinde CYBH sıklığının daha fazla olduğu söylenebilir.

Güvenli olmayan cinsel ilişki PİH için en önemli risk faktörüdür. Cinsel aktif olmayan kadınlar PİH için risk altında değildir. Aynı şekilde uzun süredir tek eşli olan kadınlarda PİH oldukça nadir görülmektedir (69). Yapılan bir çalışmada 712 PİH hastası ile kontroller karşılaştırılmış ve son 6 ay içerisinde 4 ya da daha fazla cinsel partner ile birlikte olan kadınlarda PİH riskinin 3,4 kat arttığı, tek partnerle haftada 6 ya da daha fazla cinsel ilişkinin ise PİH riskini 3,2 kat arttırdığı gösterilmiştir (70). Birden fazla cinsel partneri olan kadınların riski oldukça artmaktadır. Yapılan diğer bazı çalışmalarda da çoklu partneri olan kadınların PİH

riskinin 3 ile 20 kat arasında arttığını gösterilmiştir (71). PİH için önemli risk faktörü olsa da çoklu partner ve cinsel aktivite düzeyi çalışmamızda sorgulan(a)mamıştır. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak belirtilebilir.

PİH için diğer bir risk faktörü olan geçirilmiş PİH ya da CYBH hikayesi de çalışmamızda incelenmemiştir. PİH geçiren her dört kadından birinde nüks olması beklenmektedir (72). Yapılan bir çalışmada daha önce PİH geçiren kadınların tekrar PİH olma sıklığının hiç PİH geçirmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında 2,3 kat arttığı gösterilmiştir (73). Oseni çalışmasında PİH olgularının %74'ünün geçirilmiş PİH/CYBH öyküsünün olduğunu göstermiştir (46). Chouldry ve ark.'ın çalışmasında diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak geçirilmiş PİH/CYBH öyküsünün PİH gelişimi için önemli bir predispozan faktör olduğu saptanmıştır (44). Belirtilen bu değişkenlerin incelenmemiş olması çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı olarak belirtilebilir.

Çalışmanın üçüncü basamak bir sağlık kuruluşundaki PİH olgularını incelediği için daha hafif ve subklinik PİH olguları çalışma popülasyonu arasında yer almamış olabilir. Daha ciddi PİH olgularının üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvurduğu varsayılarak çalışma sonuçlarının bu açıdan değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Ancak bu durumun çalışmamız için anlamlı olduğu düşünülmüştür. Zira birinci basamakta yapılan değerlendirmelerde ileri düzeydeki PİH olgularının atlanmaması için bu veriler anlamlı olacaktır. Çalışmamızın verileri kişilerin beyanına dayanmaktadır. Bu da üzerinde durulması gereken bir durumdur.

Pelvik inflamatuvar hastalık gençler ve genç yetişkinler arasında önemli bir morbidite nedenidir. PİH sonucunda infertilite, ektopik gebelik ve kronik pelvik ağrı gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. PİH gelişimi açısından risk faktörlerine ve etyopatogenezdaki rollerine dikkat çekilmesi, sağlık çalışanlarını ve hasta adaylarını önlem almaya teşvik edecektir. Bu önlemlerden birisi bilgilendirme etkinlikleri ile PİH'nin risk faktörleri ve sekelleri konusunda farkındalığın artırılmasının sağlanmasıdır. Bu eğitimler, kişilerin aile sağlığı merkezlerine başvurularında gerçekleştirilebilir. Bu açıdan aile hekimleri kişileri PİH risk faktörlerine karşı bilgilendirebilecek en önemli pozisyondadırlar.

Davranış değişiklikleri PİH'nin birincil korunmasında en önemli faktördür. Erken yaşta cinsel ilişki ve bariyer kontrasepsiyon yöntemlerindeki risk faktörleri

konularındaki bilgi düzeyi ve uygulamaların PİH gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Güvenli olmayan cinsel ilişkiden uzak durma, yüksek riskli popülasyonlarda enfeksiyonları ve aile planlamasının sağlanabilmesi için doğru şekilde kondom kullanımı dahil olmak üzere güvenli cinsel birlikteliğin teşvik edilmesi PİH önlenmesinde önemli bir yer alır. Belirtilen bu önlemlerin hayata geçirilmesi ile, PİH sıklığının azaltılması, erken tanı ve tedavisinin gerçekleştirilmesi aile hekimlerinin de önemli bir parçası olduğu birinci sağlık hizmetlerinin önemli bir görevidir. Bu önlemler aynı zamanda komplikasyonlara karşı koruma sağlayarak rehabilitasyona olan ihtiyacı da önemli ölçüde azaltacaktır.



6. SONUÇLAR

Toplumun her bireyine özel, sürekli hizmet sağlayan aile hekimleri; çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasının erken safhasında henüz ayrışmamış olarak sunulan ve hızlı girişim ihtiyacı olabilen sorunların yönetiminde de önemli rol oynamaktadır. PİH da bu tür durumlardandır. Özellikle fertil dönemde dönüşü olmayacak morbiditelere neden olabilecek bu hastalığın özellikle ağır durumları hızla tanınarak, gerekirse hastaneye yönlendirilmeleri de sağlanmalıdır. Ancak, gerek kişisel gerekse de sağlık hizmeti verilen birimlerin olanakları nedenleriyle hızlı bir tanı listesinden bir çeşit kanıt sağlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre şu hastaların PİH oldukları çok yüksek bir olasılıkla söylenebilir.

- Otuz bir ile kırkbeş yaşları arasında, kasık ağrısı ile başvuran kadın.
- Ağrısı şiddetli.
- Operasyon öyküsü olmayan
- Sarı renkli, kötü kokulu vajinal akıntı tarifleyen
- Sıklıkla RIA aile planlaması kullanan
- Sık vajinal yıkama uygulayan
- Ek hastalık olarak diyabeti olan
- Ilımlı bir ateş yüksekliği olan (37.6⁰ C gibi)
- Lökositozu olan,
- CRP si yüksek,
- Sedimentasyonu normal sınırlarda olabilen
- Eğitim düzeyi düşük, sosyoekonomik durumu da iyi olmayan, evli ya da partneri olan, menstrual siklus düzeni bozuk, evinde alafranga tuvalet kullanan, sigara içen kadın hasta.

Sağlık hizmetlerindeki pozisyonları gereği aile hekimlerinin ergen ve genç kadınları PİH sonuçları (infertilite, ektopik gebelik ve kronik pelvik ağrı), risk faktörleri ve nasıl korunmaları gerektiği açısından bilgilendirmeleri önemlidir. Özellikle yüksek riskli toplumlarda ve yaş gruplarında cinsel alışkanlıklarda davranış değişiklikleri konularında bilgi verilmelidir. Bu davranış değişiklikleri arasında güvenli cinsel davranışlar da yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Caroline Mitchell, Malavika Prabhu. Pelvic Inflammatory Disease: Current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. 2013 Oct; 10.1016/j.jdc.2013.08.004.
2. BMJ Best Practice, Pelvic Inflammatory Disease. [Internet] <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/195>. Erişim:5.9.2020.
3. Ho JW, Angstetra D, Loong R, Fleming T. Tubo-ovarian abscess as primary presentation for imperforate hymen. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;142039.
4. Blenning CE, Muench J, Judkins DZ, Roberts KT. Clinical inquiries. Which tests are most useful for diagnosing PID? *J Fam Pract* 2007;56(3):216-20.
5. Mary N. Hall, Laura Leach. Which blood tests are most helpful in evaluating pelvic inflammatory disease? *J Fam Pract.* 2004 April;53(4):308-331.
6. Martens MG. Pelvic inflammatory disease. in: Rock JA, Thompson JD. *Te Linde's Operative Gynecology.* 10th ed. Lippincott-Raven, New York 2009: 657-685.
7. Ross MJ. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors. <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors>. Erişim:5.9.2020.
8. Desapri KAT, Karjane NW. Pelvic Inflammatory Disease. <https://emedicine.medscape.com/article/256448-overview>. Erişim:5.9.2020.
9. Gul BKS, Albati ZA, Badr RRI, Alfaraj ZM. Pelvic Inflammatory Disease. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine,* 2018; 70.9: 1464-1467.
10. Schwebke JR, Muzny CA, Josey WE. Role of gardnerella vaginalis in the pathogenesis of bacterial vaginosis: A conceptual model. *J Infect Dis* 2014;210 (3):338-43
11. Morré SA, Karimi O, Ouburg S. Chlamydia trachomatis: identification of susceptibility markers for ocular and sexually transmitted infection by immunogenetics. *FEMS Immunol. Med. Microbiol,* 2009;55(2):140-53
12. Lee MH, Hwang JY, Back JW, Kong DS, Lee GH, Prognosis Predictors of Pelvic Inflammatory Disease among the Hospitalized Patients. *Gynecol Obstet (Sunnyvale)* 2016;6:366.
13. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et. al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sexually Transmitted Disease* 2005; 32:400.
14. Korn AP, Hessol NA, Padian NS, et al. Risk factors for plasma cell endometritis among women with cervical Neisseria gonorrhoeae, cervical Chlamydia trachomatis or bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1998 ; 178: 987.
15. Taylor-Robinson D, Jensen JS, Svenstrup H, Stacey CM. Difficulties experienced in defining the microbial cause of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS.* 2012;23(1):18–24.

16. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2012;55(4):893-903.
17. Selikhova MS, Soltsy PA. Modern accents in the diagnostics of inflammatory diseases of the pelvic organs. *VF Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*, 2020, 7.1: 37-42.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Pelvic Inflammatory Disease (PID) - 2015 STD Treatment Guidelines. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>. Erişim:5.9.2020.
19. McCormack WM. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1994;330:115-119.
20. Kahn JG, Walker CK, Washington AE, Landers DV, Sweet RL. Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and considerations for developing a new model. *JAMA*.1991;266(18):2594–604.
21. Omer Demirtas, Levent Akman, Gulsah Selvi Demirtas, Behiye Seda Hursitoglu, Huseyin Yilmaz. The role of the serum inflammatory markers for predicting the tubo- ovarian abscess in acute PID. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 287:519–523.
22. Jackson SL, Soper DE. Pelvic Inflammatory Disease in the Postmenopausal Woman. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol*. 1999;7(5):248-52
23. Hoffman BL. *Williams gynecology [electronic resource] / [edited by] Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw, Lisa M. Halvorson, Joseph I. Schaffer, Marlene M. Corton*. 2016. Epub 3rd edition.
24. Arredondo JL, Diaz V, Gaitan H, Maradiegue E, Oyarzun E, Paz R, et al. Oral clindamycin and ciprofloxacin versus intramuscular ceftriaxone and oral doxycycline in the treatment of mild-to-moderate PID in outpatients. *Clin Infect Dis*. 1997;24(2):170–8.
25. Sutton MY, Sternberg M, Zaidi A, St Louis ME, Markowitz LE. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, united states, 1985– 2001. *Sex Transm Dis*. 2005;32(12):778–84.
26. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep Recomm. Rep* 2015; 64:1.
27. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 2006;55(RR-11):1–94.
28. Feldblum PJ, Caraway J, Bahamondes L, El-Shafei M, Quan Ha D, Morales E, et al. Randomized assignment to copper iud or depot-medroxyprogesterone acetate: Feasibility of enrollment, continuation and disease ascertainment. *Contraception*. 2005;72(3):187–91.
29. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, Chen JH, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective. *Lancet*. 1992;339 (8796): 785–8.
30. Whiteley GE. Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infections. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. eds. *CURRENT Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology*, 12e New York, NY: McGrawHill.

31. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe 2011 Edition. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Erişim: 19.3.2020.
32. Washington A, Aral S, Wølner-Hanssen P. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. *JAMA* 1991;266:2581–6.
33. Cates Jr W, Rolfs Jr R, Aral S. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and infertility: an epidemiologic update. *Epidemiol Rev* 1990;12:199–220.
34. Johnson AM, Mercer CH, Erens B. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358:1835–42.
35. Hillier L, Harrison L, Warr D. ‘When you carry condoms all the boys think you want it’: negotiating competing discourses about safe sex. *J Adolesc* 1998;21:15–29.
36. Lata G, Kaur SP, Sharma S. Risk Factors of Pelvic Inflammatory Disease in Rural Population of Haryana. *International Journal of Health Sciences and Research*, 2019, 9.10: 30-34.
37. Naaz F, Khan N, Mastan N. Risk factors of pelvic inflammatory disease: A prospective study. *Int J Herbal Med*. 2016;4(4):129-33.
38. Adams P, Hurd MD, McFadden D, Merrill A, Ribeiro T. Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status, *Journal of Econometrics*. 2003; 112:3-56.
39. Simms I, Stephenson M, Mallinson H, Peeling RW, Thomas K, Gokhale R, et al. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2006;82:452– 457.
40. Dehne, KL. Sexually transmitted infections among adolescents: The need for adequate health services. World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH 2005.
41. WHO [World Health Organization]. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Geneva: WHO 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth>. Erişim:19.10.2020.
42. Suleiman IA, Tayo F. comparative costs of antibacterial usage in sexually transmitted infections in a Nigerian teaching hospital. *Trop J Pharm Res*, 2010; 9(6): 549-555.
43. Isibor JO, Samuel SO, Nwaham CI, Amanre IN, Igbinovia O, Akhile AO. Prevalence of bacterial and *Candida albicans* infection amongst women attending Irrua Specialist Teaching Hospital, Irrua, Nigeria. *Afr. J Micrbiol. Res.* 2011; 5(20): 3126-3130.
44. Choudhry S, Ramachandran VG, Das S, Bhattacharya SN, Mogha NS. Pattern of sexually transmitted infections and performance of syndromic management against etiological diagnosis. *Indian Journal of Sexual Transmission Diseases*, 2010; 31: 104- 108.
45. Ebisi NT. The impacts of culture on the transmission of infectious diseases in Nigeria: The case of Awka south, Anambra state. *African Journal of Social Sciences*. 2012; 2(4): 173-190.

46. Oseni TIA. Occurrence of pelvic inflammatory disease and associated factors among undergraduates attending irrua specialist teaching hospital, 2016, irrua. Faculty of Family Medicine.
47. Jaiyeoba O, Soper DE. A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease. *Infectious diseases in Obstetrics and Gynecology* 2011; 753037.
48. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases 2010 Treatment Guidelines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59(No.-RR12): 63-67.
49. Bartlett EC, Levison WB, Munday PE. Easily missed? Pelvic inflammatory disease. *BMJ* 2013; 346: f3189.
50. Ross J, Guaschiono S, Cusini M. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *International Journal of STD & AIDS* 29(2).
51. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *New England Journal of Medicine*, 2015, 372.21: 2039-2048.
52. Eschenbach DA, Harnisch JP, Holmes KK. Pathogenesis of acute pelvic inflammatory disease: role of contraception and other risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128:838.
53. Ness RB, Randall H, Richter HE, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health* 2004; 94:1327.
54. Gavin L, MacKay AP, Brown K, et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years - United States, 2002-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ* 2009; 58:1.
55. Louv WC, Austin H, Perlman J, Alexander WJ. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:396.
56. Rubin GL, Ory HW, Layde PM. Oral contraceptives and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:630.
57. Wølner-Hanssen P, Svensson L, Mårdh PA, Weström L. Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis. *Obstet Gynecol* 1985; 66:233.
58. Ness RB, Keder LM, Soper DE, et al. Oral contraception and the recognition of endometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:580.
59. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000; 356:1013.
60. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107:81.
61. Lee YC, Min D, Holcomb K, et al. Computed tomography guided core needle biopsy diagnosis of pelvic actinomycosis. *Gynecol Oncol* 2000; 79:318.
62. Hall V, Talbot PR, Stubbs SL, Duerden BI. Identification of clinical isolates of actinomyces species by amplified 16S ribosomal DNA restriction analysis. *J Clin Microbiol* 2001; 39:3555.

63. Levгур M, Duvivier R. Pelvic inflammatory disease after tubal sterilization: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2000 Jan;55(1):41-50.
64. Weström L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries, *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1980; 138(7):880-892.
65. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 2010 Dec 17; 59(RR-12):1-110.
66. Peipert JF, Ness RB, Blume J, Soper DE. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr; 184(5):856-63; discussion 863-4.
67. Peipert JF, Boardman L, Hogan JW, Sung J, Mayer KH. Laboratory evaluation of acute upper genital tract infection. *Obstet Gynecol.* 1996 May; 87(5 Pt 1):730-6.
68. Eschenbach DA, Buchanan TM, Pollock HM, et al. Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1975; 293:166.
69. Stemmer W. Uber die ursachen von eileiterentzündungen. *Genral fur Gynnak* 1941; 65:1062.
70. Lee NC, Rubin GL, Grimes DA. Measures of sexual behavior and the risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1991; 77:425.
71. Kreisel K, Torrone E, Bernstein K, et al. Prevalence of Pelvic Inflammatory Disease in Sexually Experienced Women of Reproductive Age - United States, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:80.
72. Weström L. Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121:707.
73. Flesh G, Weiner JM, Corlett RC Jr, et al. The intrauterine contraceptive device and acute salpingitis: a multifactor analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135:402.

EKLER

Ek 1: Veri Toplama Formu

...../...../.....

DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

1. Yaş 20-30 30-45 45-60
2. Gravide Partus Abortus Yaşayan
3. Sikluslar düzenli mi?
Düzenli ise kaç günde bir oluyor? Ped sayısı Kaç gün sürer?
4. Öğrenim durumu kaç yıl..... En son bitirdiği okul
5. Sosyoekonomik durum 2000 TL ve Altı 2000-5000 TL Arası 5000 TL Üstü
6. Evde Yaşayan Kişi Sayısı.....
7. Tuvalet Evin İçinde mi? Evet Hayır
8. Ev Kaç Odalı
9. Sigara/ gün Alkol/hafta.....
10. Ev tuvaleti Alafranga Alaturka
11. Kasık ağrısı Süresi..... Şiddeti
(VERBAL SKOR)0 (Yok) 1(Hafif) 2(Orta) 3(Şiddetli) 4(Çokşiddetli)
12. Akıntı süre -Renk -Koku
Akıntı şikayeti ile doktora gitti mi? - Gittiyse tanı.....
13. AteşC Süresi gün.
14. Son muayeneyi ne zaman oldu Kim tarafından
AH Kadın Doğum
15. Korunma yöntemi
 RIA suresi.....yıl Takvim
 Oral kontraseptif Tüp ligasyonu
 Kondom Geleneksel yöntem

16 . US VE BTde eşlik eden klinik patoloji var mı?

Var

Yok Varsa nedir?

17. Hastane yatış süresiOperasyon

Var

Yok

18. Eşlik eden hastalık sistemik hastalıklar HTDMTiroid ASKH Varsa diğer

.....

19. Sık Vajinal Yıkama Var

Yok

20. Laboratuar sonuç: Lökositoz Var

Yok

En yüksek:

CRP Yüksekliği

Evet

Yok

En yüksek:

Sedimentasyon yüksekliği

Evet

Yok

En yüksek:

21 . Geçmişinde Uygulanan İntravajinal Girişimler

RIA

HSG

IU Aşılama

Histeroskopi

22 .Eşinde cinsel hastalık öyküsü

Var

Yok

23 .Eşinin yaşı 18-4545-60

60 üstü

SORULAR BİTMİŞTİR.
TEŞEKKÜR EDERİZ.