



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNKONTİNANS KISA TESTİNİN TÜRKÇE VERSİYONU:
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

KERİME CANŞER KARA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nur TUNALI

Doç. Dr. İlkin ÇITAK KARAKAYA

İSTANBUL-2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

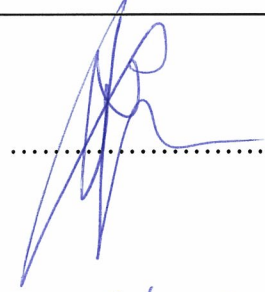
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon programı Yüksek Lisans Öğrencisi Kerime Canser KARA tarafından hazırlanan **“İnkontinans Kısa Testinin Türkçe Versiyonu: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23.06.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nur TUNALI
: İstanbul Bilgi Üniversitesi
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Doç.Dr.İlkin ÇITAK KARAKAYA
: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi



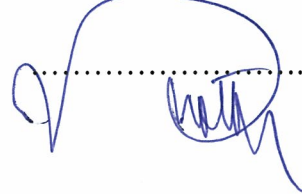
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Güneş YAVUZER
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hürriyet G. YILMAZ
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Kemal DİNÇER
: Haliç Üniversitesi.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I) ÖNSÖZ/ TEŞEKKÜR

Başta, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, danışman hocalarım Sayın Prof.Dr. Nur TUNALI ve Sayın Doç. Dr. İlkin CİTAK KARAKAYA'ya

Tüm meslek eğitimim boyunca emeğini esirgemeyen ve desteğini hissederek güç aldığım çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Güneş YAVUZER'e

Kararlılığını, azmini ve sabrını örnek aldığım, her zaman yakın ilgisiyle beni cesaretlendiren sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Özlem YILMAZ'a

Tezime önemli katkıları için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü hocalarından Doç. Dr. Mehmet Gürhan KARAKAYA'ya

Tezimin çeviri aşamasında benden yardımlarını esgirmeyen ve katkıda bulunan hocalarım Prof. Dr. Nazan TUĞAY ve Doç. Dr. Baki Umut TUĞAY'a.

Tez ile ilgili kaynaklara ulaşmamda yardımcı olan, deneyimlerini benden esirgemeyen tezin hazırlanmasında her türlü desteğini içtenlikle paylaşan Dr. Serkan KÖSEK'e

Yüksek lisans eğitimim boyunca zevkle birlikte çalışmanın ötesinde benden dostluklarını hiç esirgemeyen birlikte üzüldüğüm ve sevindiğim yol arkadaşlarım Aycan ÇOBAN ve Elif ÇOBAN'a

Beni cesaretlendiren, yardımını ve desteğini daima hissettiğim ve güç aldığım Hanife ÇOBAN'a

Tezimi hazırladığım dönemde yardımları ve dostluğuyla yanımda olan Fzt. Nurcan GÜNGÖR ve Cumali TAKMAZ'a

Beni yetiştiren ve hayatım boyunca beni destekleyen, anlayışlarını, emeklerini ve sevgilerini esirgemeyen biricik aileme; canım anneme, sevgili babama

Sonsuz teşekkür ediyorum...

II) İÇİNDEKİLER

I) Önsöz/Teşekkür	I
II) İçindekiler.....	II
III) Kısaltmalar ve Simgeler.....	III
IV) Şekil ve Tablo Listesi.....	IV
i.Şekil Listesi.....	IV
ii.Tabloların Listesi.....	V
1) Özet.....	1
2) Summary.....	2
3) Giriş ve Amaç.....	3
4) Genel Bilgiler.....	6
5) Gereç ve Yöntem.....	15
6) Bulgular.....	21
7) Tartışma.....	33
8) Sonuç.....	37
9) Kaynaklar.....	38
10) Ekler.....	44
Ek-1 Hasta Değerlendirme Formu.....	44
Ek-2 İncontinence Quiz.....	46
Ek-3 İnkontinans Kısa Testi.....	47
Ek-4 Etik Kurul Onayı.....	48
11) ÖZGEÇMİŞ.....	49

III) KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri.

BMI: Vücut Kitle İndeksi.

DI: Detrusor İnstabilitesi.

FI: Fekal İnkontinans.

IQ: İnkontinans Kısa Testi.

ICIQ-SF: İdrar Kaçırma Anket Kısa Formu.

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği.

PTD: Pelvik Taban Disfonksiyonu.

POP: Pelvik Organ Prolapsusu.

PIKQ: Prolaps Ve İnkontinans Bilgi Anketi

PTE: Pelvik Taban Kas Egzersizleri.

PTK: Pelvik Taban Kasları.

PUL: Puboüretal Ligament.

R: Spearman Kolerasyon Katsayısı.

SF: Kısa Form.

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatiksel Paket.

UI: İdrar Kaçırma.

USI: Üriner Sters İnkontinans.

VIPOPA: Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolaps Farkındalığı.

WHO: World Health Organization

IV) ŞEKİL ve TABLOLARIN LİSTESİ

i.Őekillerin Listesi

Şekil 4.1.1.1 Kemik Pelvik Yapısı

Şekil 4.1.1.3 Pelvisin Ligamanları

Şekil 4.1.2.1.A M.Levator Ani

Şekil 4.1.2.1.C Obturator Alan

Şekil 6.4.1: Öz Değeri (eigen value) 1 ya da 1'den daha büyük olan faktörlerin gösterildiği çizgi grafiği

ii. Tabloların Listesi

Tablo 5.1. İncontinence Quiz

Tablo 5.2. İnkontinans Kısa Testi Cevapları

Tablo 6.1. Olguların Fizksel Özellikleri

Tablo 6.2. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 6.3. Olguların Özgeçmiş Özellikleri

Tablo 6.4. Olguların Obstetrik Hikayeleri

Tablo 6.5. Olguların Üriner İnkontinans Şiddetleri

Tablo 6.6. Olguların İnkontinans Tipleri

Tablo 6.7. Olguların İdrar Kaçırma Problemi İçin Bir Sağlık Kurumuna Başvurmama Nedenleri

Tablo 6.8 Olguların İdrar Kaçırma Problemi İçin Tedavi Alma Durumları

Tablo 6.1.1. İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) Madde Analizi

Tablo 6.2.1. İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Tablo 6.4.2. İnkontinans Kısa Testi'nin Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

Tablo 6.4.3. İnkontinans Kısa Testi'nin Varimax Dik Döndürme Tekniğine Göre Her Bir Soruya İlişkin Faktör Yükleri

Tablo 6.4.4 İnkontinans Kısa Testi Sorularının Yüklerine Göre Yer Aldığı Faktörler

1. ÖZET

Bu çalışmanın amacı, inkontinans kısa testinin Türkçe'ye uyarlanmış versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation: WHO) üriner inkontinansı (Üİ) son medikal tabulardan birisi olarak isimlendirmiştir. İngiltere, Yunanistan, Güney Afrika gibi ülkelerde de pelvik taban disfonksiyonu (PTD) farkındalığına yönelik geniş çaplı çalışmalar yapılmış, bu tedavi edilebilir ve önlenebilir tıbbi sorun konusunda farkındalık geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Bizim ülkemizde de PTD bilgi düzeyinin değerlendirilmesine yönelik bir ölçek bulunmadığından dolayı konu hakkında bu çalışma planlanmıştır. Mersin Özel Ortadoğu Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere 3 hastanenin kadın hastalıkları ünitelerinde yürütülen çalışmaya Eylül 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında yaşları 18-65 arasında değişen 150 birey (32.5 ± 12.5 yıl) alındı. Veri toplama aracı olarak Branch ve diğerlerinin (1994) geliştirdiği Incontinence Quiz (IQ: İnkontinans Kısa Testi) ve sosyo-demografik bilgilendirme formu kullanıldı. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak için orijinal anketin geliştiricilerinden izin alındı. Çeviri ve geri-çeviri süreçlerini takiben anketin Türkçe anlaşılabilirliği 8 kişilik pilot grup üzerinde çalışıldı. Son hali verilen Türkçe anket 150 olgu üzerinde uygulandı, içerik ve yapı geçerliliği ile iç tutarlılık güvenilirliği uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesi, Macintosh ortamında SPSS 20.0 istatistik paket programı (Statistical Package for Social Sciences) ile gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kullanıldı. Sonuç olarak bu testin Türkçe versiyonunun Türk kadınları üzerinde de kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: İnkontinans kısa testi, pelvik taban disfonksiyon, üriner disfonksiyon.

2. SUMMARY

The Turkish reliability and validity of incontinence short test Turkish version.

The aim of this study is to investigate the validity and reliability of the Turkish version of Incontinence Quiz. The World Health Organization (World Health Organisation WHO) named urinary incontinence, as one of the last medical taboos. In countries such as England, Greece and South Africa, large scale studies were carried out on awareness of pelvic floor dysfunction (PFD), and the need of improving awareness about this preventable and tractable medical problem was highlighted. This study was planned, since no scale exists in our country to assess the level of knowledge on PFD. This research was carried out at Mersin Private Middle East Hospital, Mersin State Hospital and Mersin Obstetric and Pediatric Hospital on 150 female subjects whose ages were 18 – 65 years, between September 2013-May 2014. Branch and incontinence Quiz and socio-demographic information form were used as tools of collecting data. Permission is taken from the writers to investigate the Turkish reliability and validity. Incontinence Quiz (IQ) by Branch (1994) and a socio-demographical assessment form were used as data collection tools in this study. Permission to translate IQ into Turkish language and to assess its validity and reliability was obtained from the developers of the original scale. Following the translation and back translation processes, comprehensibility of the Turkish version of the scale was studied on a pilot group including 8 subjects. The final version of the Turkish scale was applied on 150 subjects, and its validity and reliability were analyzed by appropriate statistical methods. Data were analyzed by using SPSS 20.0 statistical package program. Statistical level of significance was used as $p < 0.05$. As a result, it is concluded that IQ can be used in Turkish women.

Key Words: Incontinence Quiz, Pelvic floor dysfunction, urinary dysfunction

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınlarda pelvik taban anatomisi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Pelvik taban kemik, kas, bağ dokusu ve nöromuskuler yapılardan oluşan pelvik viseral organların fonksiyonlarını sürdürmesine katkıda bulunan ve dinamik bir koordinasyon içinde işlev gören bir yapı bütünlüğüdür (Yalçın, 1996).

Pelvik tabanda oluşan herhangi bir anatomik ya da fonksiyonel bozukluk ile birden fazla klinik tablo oluşur. Bu nedenle kadın pelvik taban disfonksiyonu; idrar kaçırma, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsı, alt üriner sistemin duyuşal ve boşaltım bozuklukları, defekasyon sırasındaki ağrıyı içeren çok sayıda klinik durumu ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Güler, 2006).

Pelvik tabanın yapısında bulunan M. Levator ani en önemli pelvik destek yapıdır. M. Iliococcygeus, M. Pubococcygus, M. Puborectalis kısımlarından oluşur (Güler, 2006). Doğumda genişleyerek fetüsün geçişine izin verir.

Pelvik taban kaslarının bu önemli ağı mesane ve bağırsak gibi hayati organları destekleyen çeşitli görevleri gerçekleştirmektedir. Vücut organları, pelvik taban için sağlam bir temel sunulmasının yanı sıra akut strese kontinansın sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (Strohbehn, 1998).

Pelvik taban disfonksiyonuna enfeksiyonlar, immobilizasyon, fazla doğum yapma gibi nedenlerin yanı sıra yorucu aktiviteler de yol açabilir. Örneğin su kayağı, binicilik vs. kasları zayıflatabilir.

Dünya genelinde pelvik taban disfonksiyonu kadınların %41-65'ini etkilemektedir (Pauls ve ark, 2007). İdrar kaçırma prevalansının dünya popülasyonunda ortalama %17 ile %69 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Biri ve ark 2006). Türkiye' de idrar kaçırma prevalansı %25.8 ile %68.8 arasında değişmektedir. (Koçak 2004). POP (Pelvik Organ Prolapsı) prevalansı yapılan birçok çalışmada ortalama %41'dir. Bu oranın %34'ünü sistosel, %19'unu rektosel ve %14'ünü ise uterin prolapsusu içermektedir (Schimpf ve ark, 2007).

POP olan kadınların %20-90'ında idrar kaçırma, idrar kaçırması olanların % 30-70'inde POP görülebilmektedir. Fekal inkontinans prevalansının genel popülasyonda %0.4 ile %18 arasında olduğu (Cohen and Emmanuel, 2007), bakım evlerindeki yaşlılarda bu oranın %30-63 gibi yüksek bir orana çıktığı tahmin edilmektedir (Weber , 2009).

Kronik pelvik ağrının sıklığına ilişkin bilgi sınırlı da olsa toplumda sık görülen bir sorundur. Toplum temelli çalışmalarda Kronik Pelvik Ağrı prevalansı %14.7 ile %24 arasında bildirilmiştir (Bayrak, 2008). Kadında PTD (Pelvik Taban Disfonksiyonu) tedavisi temelde pelvik taban egzersizlerini, davranışsal tedaviyi, ilaç tedavisini ve cerrahi tedaviyi kapsar (Bayrak, 2008).

Yaşla birlikte pelvik taban bozukluklarının görülme sıklığı artar. Pelvik taban bozukluklarının (üriner, inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ sarkması, kronik pelvik ağrı) birçok dezavantajı vardır. Bu sorunun tedavisi maliyetlidir ve kadınların yaşam kalitelerini dramatik olarak etkiler. Tüm yaş grubu kadınların psikolojisini, fiziksel durumlarını, mesleki ve cinsel yaşamlarını, sosyal yaşamlarını, ailelerini, yaşlı ise bakıcıları ve toplumu etkiler (Sadler, 1990).

PTD sık karşılaşılan ve sıkıntı yaratan bir problem olmasına rağmen birçok insan pelvik taban sağlığı konusunda bilgi ve farkındalığa sahip değildir. Bu nedenle PTD'si olan kadınların çoğu sessiz kalmakta, sorunlarını sağlık personeliyle tartışmamakta, tedavi arayışında bulunmamaktadır. Halbuki birçok PTD formu önlenebilir olduğundan, PTD bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülmeli, toplumda ve sağlık çalışanlarında farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir (Sampselle, 2004).

Ülkemizde, PTD farkındalığına yönelik olarak gerçekleştirilen bir araştırmada Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran 20 yaşın üzerindeki doğum yapmış kadınların Üİ'ye yönelik farkındalık durumları incelenmiştir. Bu hastaların %57'sinin idrar kaçırmayı bir sağlık problemi olarak görmedikleri, %80'inin Üİ tedavisi için herhangi bir kuruma başvurmadığı ve %86'sının Üİ (Üriner İnkontinans) nedeniyle tedavi olmadığı bulunmuştur (Yalçın, 2000).

Çetinel ve diğerlerinin (2007) de yaptıkları çalışmada kadın inkontinans hastalarının çoğunun bu problemlerine yönelik sağlık yardımı talep etmedikleri

görülmüştür (Çetinel ve diğ. 2007).İnkontinansı hastalık olarak algılayan kadınların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmekle birlikte tıbbi yardım arama davranışı daha fazladır.

Uluslararası Kontinans Cemiyeti'nin (International Continence Society: ICS) 2003 yılında yaptığı çok uluslu bir araştırmada, kadınlarda en sık karşılaşılan inkontinans tipi olan üriner stres inkontinans (ÜSİ) konusunda bilgi ve farkındalık eksikliği olduğu gösterilmiş, kadınlara yönelik “pelvik taban sağlığı eğitimi ve farkındalığı” odaklı kampanyaların yürütülmesi gerekliliği ortaya konmuştur (Wirthlin World wide, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation: WHO) de Üİ'yi son medikal tabulardan birisi olarak isimlendirmiştir. İngiltere, Yunanistan, Güney Afrika gibi ülkelerde de PTD farkındalığına yönelik geniş çaplı çalışmalar yapılmış, bu tedavi edilebilir ve önlenebilir tıbbi sorun konusunda farkındalık geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (Liapis, 2010).

Pelvik taban disfonksiyonu (PTD) geniş bir klinik yelpazedir. Pelvik taban disfonksiyonu kadınlarda en sıklıkla görülen ve çoğu kadını etkileyen idrar kaçırma (Üriner inkontinans-Üİ), dışkı kaçırma (Fekal inkontinans-Fİ) ve pelvik organ prolapsusunu (POP) içerir (Güner, 2000).

Literatürde kronik pelvik ağrının da kronik pelvik ağrı bu klinik yelpaze kapsamına girdiği belirtilmektedir (Koyuncu, 2009). PTD her yaşta görülür ancak özellikle yetişkinlerde ve yaşlı popülasyonda daha yaygındır (Debeau, 2006).

Pelvik taban bozuklukları semptomlarının ya da tedavisinin yaşam kalitesi ve cinsel sağlık üzerine etkisini değerlendirmek için birçok değerlendirme formu geliştirilmiştir (Abrams, 1990). Özellikle geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş Türkçe ölçek bulunmadığından ülkemizde bu konudaki çalışmalarda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Bu araştırmanın amacı, İnkontinans Kısa Testinin Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Pelvik taban disfonksiyonu gözlenen kadın hastalara pelvik taban sağlığı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen İnkontinans Kısa Testi uygulanarak, geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Anatomi

Kadınlarda, pelvik taban anatomisi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Aktif ve pasif komponentleriyle birlikte, pelvik desteği, idrar tutabilmeyi ve işeme sırasında gevşeyerek koordinasyonu sağlamak gibi görevleri olan pelvik tabanın anatomisinin doğru bilinmesi, disfonksiyonların anlaşılmasında çok önemlidir (Versi, 1990).

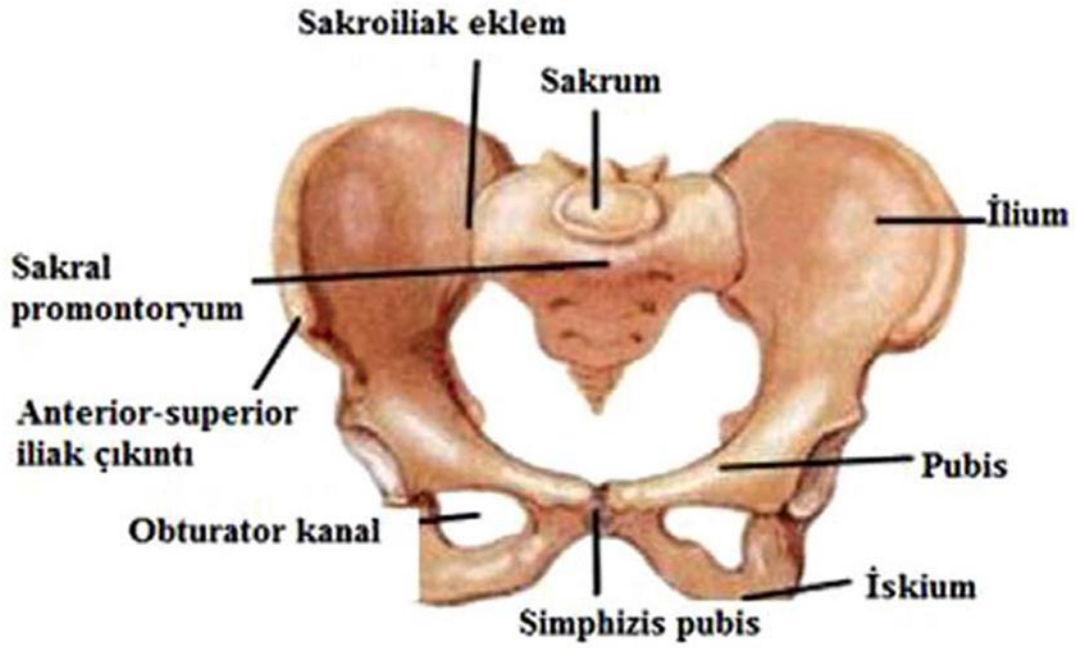
Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafta simfisis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina iskiadikaların sınırladığı eşkenardörtgen şeklindedir. Spina iskiadikaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır. Pelvik taban anatomisinde pasif destek yapılar ve aktif destek yapılar incelenir (Aydur ve Şimşir, 2008).

4.1.1. Pasif Destek Yapılar

Pelvik taban anatomisinde pasif desteği sağlayan yapılar kemik pelvis ve bağ dokusudur (Aydur ve Şimşir, 2008).

4.1.1.1. Kemik Pelvis

Kemik pelvisteki pelvik taban kaslarının önemli tutunma noktaları pubik ramus, spina iskiadika ve sakrumdur. Pelvik kemik anomalileri veya fraktürleri uzun dönemde pelvik taban disfonksiyonuna yol açabilirler (Aydur ve Şimşir, 2008)



Şekil 4.1.1.1 Kemik Pelvis Yapısı (Sobotta Anatomi Atlası 2.cilt sayfa 261)

4.1.1.2. Bağ Dokusu

Polisakkarid yapı içinde primer olarak elastin ve kollajen liflerinden oluşur. Konnektif doku organlarda yapısal bütünlüğü sağlar, kasları çevreleyen fasyayı ve bağlanmasını sağlayan tendonları oluşturur. Stres inkontinansı olan kadınların fasyasında hem kollajen içeriğinin hem de kollajen kuvvetinin daha az olduğu gösterilmiştir (Norton, 1990).

Endopelvik fasiya değişken miktarlarda kollajen, elastin, fibroblastlar, düz kas hücreleri, nörovasküler ve fibrovasküler elemanlar içeren adventisyal tabakaları tarif etmek için kullanılan bir terimdir. Mesane, üretra ve vajinal destek bu fasiya tarafından sağlanır (Burns, 1993).

4.1.1.3. Pelvik Ligamentler

4.1.1.3.A. Puboüretal Ligamentler

İnferior pubisin iç yüzünü üretranın orta bölümüne bağlayan levator fasiyasının yoğunlaşmış şeklidir. Üretra ve ön vajinal duvarın bununla ilişkili olan kısmını stabilize eder ve destek görevi görür. Üretrayı iki bölüme ayırır. Pasif veya involenter kontinansdan sorumlu olan intraabdominal bölgede yer alan proximal üretra ve abdomen dışında yer alan distal üretra (Strohbehn, 1998).

4.1.1.3.B. Üreteropelvik Ligamentler

Levator fasiyasının yoğunlaşmasıyla iki tabakadan oluşur. İlk tabakayı periüretal fasiya, ikinci tabakayı ise üretranın abdominal kısmını kaplayan levator fasiyası oluşturur. Periüretal ve levator fasiyasının yanlara doğru olan bu bağlantısı mesane boynu ve proksimal üretraya kritik bir muskulofasiyel destek görevi görür. Bu nedenle bu yapılar intraabdominal basınç artışında pasif kontinansın sağlanmasında önemlidir (Wei and DeLancey, 2004).

4.1.1.3.C. Puboservikal Fasiya

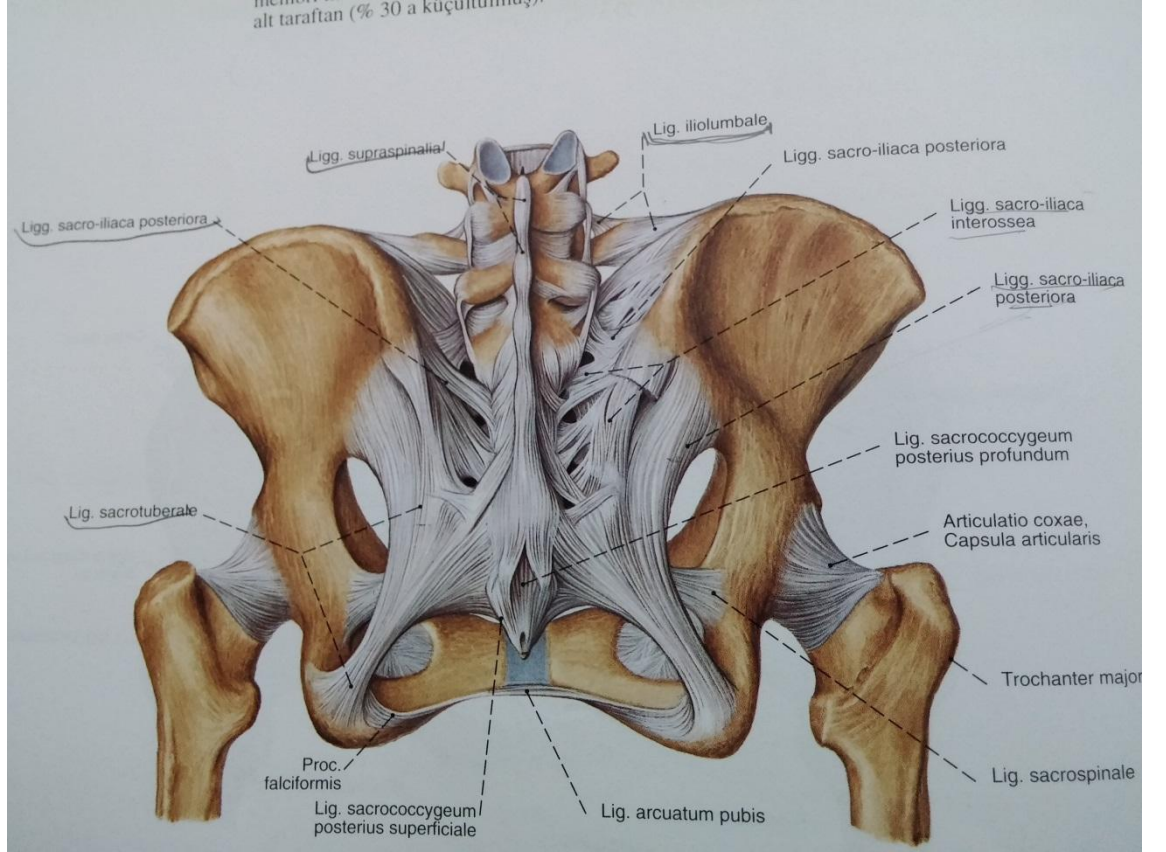
Mesane tabanında ön vajinal duvarın derin kısmında puboservikal fasiya uzanmaktadır. Mesane duvarı ile vajina ön duvarı fasiyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Puboservikal fasiyanın pelvik duvara bağlandığı bölgede mesaneye olan desteğinin zayıflaması lateral sistosel defektine neden olur. Kardinal uterosakral bağ kompleksi ön tarafta puboservikal fasiyanın orta kısmı ile birleşir. Bu orta hatta oluşabilecek bir defekten mesanenin herniasyonu santral sistosele neden olur (Abrams, 2002).

4.1.1.3.D. Kardinal Sakrouterin Bağ Kompleksi

Uterusun her iki yan tarafında isthmus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasiyanın yoğunlaşması ile oluşan bir bağdır. Uterus ve vajina apeksine destek görevi gören en önemli bağdır (Versi, 1990).

4.1.1.3.E. Rektovajinal Septum

Vajina ile rektum ön yüzü arasında yer alan Douglas boşluğu aşağıya doğru rektovajinal septum adı ile bilinen fasiyal bir uzantı şeklinde devam eder. Proksimalde kardinal sakrouterin bağ kompleksiyle birleşerek vajina arka apeksine destek sağlarlar (Wester, 1998).



Şekil 4.1.1.3. Pelvisin Ligamanları(Sobotta İnsan Anatomisi Atlası 2. Cilt sayfa 270)

4.1.2 Aktif Destek Yapılar

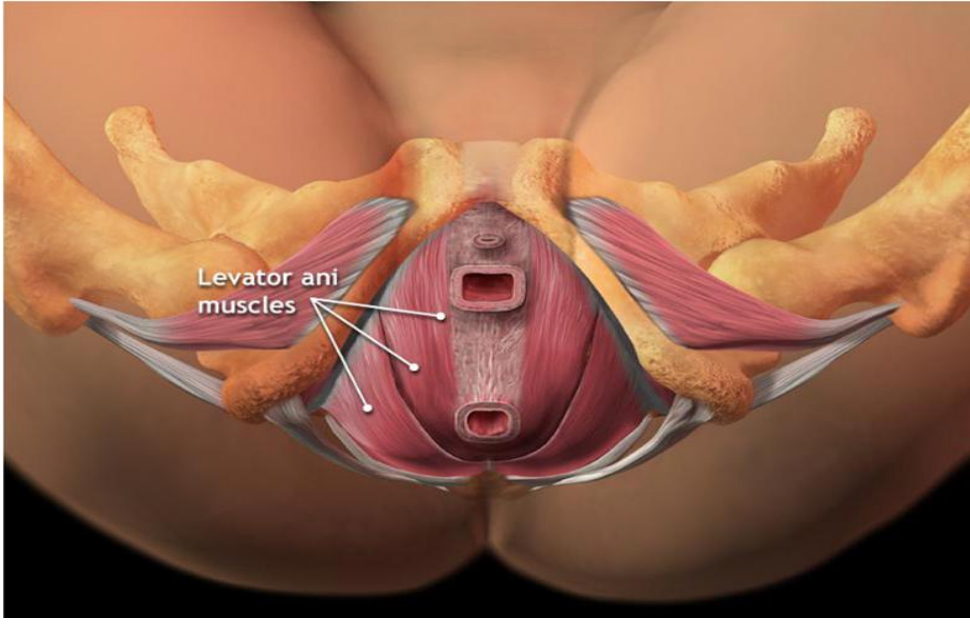
4.1.2.1 Kaslar

4.1.2.1.A M.Levator Ani

Pelvik taban desteğin sağlanmasında en önemli faktör, aktif destek oluşturan Levator Ani kas grubudur. Levator Ani, lateralde ince tabaka halinde İliococcygeus ve medialde kalın Pubococcygeus kas gruplarından oluşan çizgili bir kastır. İliococcygeus kası anteriorde pubik kemiğe, laterallerde ATLA'ya, posteriorda levator tabakaya ve coccyxe bağlanır (Wahle, 1996).

Pubococcygeus ise lateralde pubik ramusa tutunur; mesane, üretra, vajina ve rektumu sarar.Viseral bağlantıyı sağlayan bu kas grupları sırasıyla; puboüretalis, pubovajinalis, puborektalis adını alır (Bump, 1998).

Puborektalis kası rektuma direkt, vajen, mesane ve üretraya indirekt destek sağlar (Bump, 1998).



Şekil 4.1.2.1.A M.Levator Ani (Prof.Dr.Niyazi Aşkar Sunum Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi)

4.1.2.1.B Ürogenital diyafram

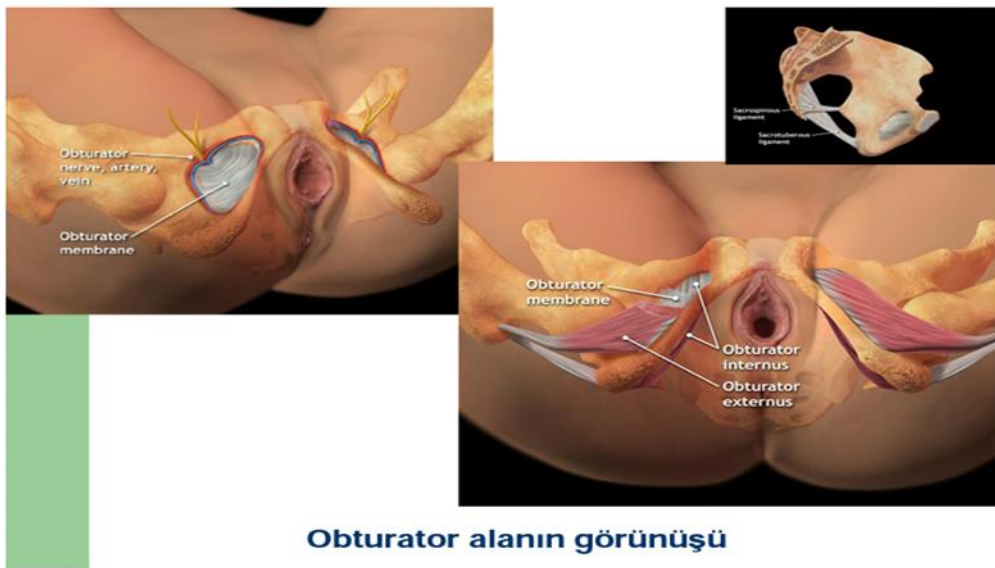
Derin perineal boşluk ve perineal membran olarak da adlandırılan ürogenital diyafram, pelvik diyaframın kaudalinde, anorektumun ise anteriorunda yer almaktadır. Kadınlarda, üretra ve ek olarak vajina tarafından delip geçilir. Bu nedenle, kadınlarda destek tabakasından çok, vajinayı lateralde iskiopubik ramusa bağlamakla görevlidir (Arısan, 1995).

Ürogenital diyaframın primer kası, iskiyal ramusun iç yüzeyinden köken alan, perinenin derin transvers kasıdır. Puborektalis kası, ürogenital diyaframın direkt olarak superiorundan pubik kemiğe doğru uzanım gösterir.

Pelvik tabanın, mesane ve üretra üzerinde etkisi olan kısmının üriner kontinans mekanizmasında çok önemli bir yeri vardır (Word, 2009).

4.1.2.1.C Sinirler

Pelvik taban kasları innervasyonu pudendal sinir yoluyla sakral 2-4 ventral köklerinden sağlanır. Levator aninin kranial yüzünün sakral 3-4 motor sinir köklerinden direkt olarak innerve olduğu da tanımlanmıştır (Gomel, 1995).



Obturator alanın görünüşü

Şekil 4.1.2.1.C. Obturator Alan (Prof.Dr.Niyazi Aşkar Sunum Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi)

4.2. Fizyoloji:

Alt üriner sistemin, idrar depolama ve boşaltma fonksiyonları vardır. Her iki işlemi gerçekleştirmek, otonom ve somatik sinir sistemlerini kontrolü altında mümkündür (Wahle, 1996).

Detrusor kası, mesane boynu ve üretra, pelvik plexusun dalları tarafından innerve edilir. Bu plexus, pelvik (parasempatik) ve hipogastrik (sempatik) sinirlerin gövdeleri ve dalları ile oluşur. Parasempatik sistem aktivasyonu mesane kontraksiyonlarını uyarır ve üretral kas aktivitesini inhibe eder.

Miksiyon sırasında, pelvik sinirin refleks aktivasyonunun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Sempatik sinir sisteminin etkisi ise mesanenin dolma ve depolama fazlarına yardımcı olmaktadır.

Alt üriner sistem kontrolü esas olarak merkezi sinir sisteminde olmakla birlikte, aradaki kompleks nörolojik bağlantı tam olarak anlaşılammıştır (Abrams, 1995).

Mesanenin fizyolojik dolma fazında, mesane hacmindeki büyük artışlara rağmen intravezikal basınçta çok az artma olmaktadır. Bu yüksek kompliyans, mesane duvarının yüksek viskoelastik özelliklerinin yanı sıra mesane dolum fazında aktive olan inhibitör mekanizmalara bağlıdır. Dolum esnasında, kas demetlerinin hücre boyutları yaklaşık dört kat artmaktadır. Mesane dolumu arttıkça önce parasempatik uyarı olur, daha sonra dolum kritik basınca ulaşıncaya ise detrusor kontraksiyonu gerçekleşir (Jones, 2010).

Normal işeme ise istemli bir harekettir. Miksiyon sırasında, isteğe bağlı ya da mesane dolduğu zaman, ventral boynuzdaki somatik motor nöron aracılığıyla üretral sfinkter gevşer, parasempatik stimülasyon sonucu ise detrusor kontraksiyonu olur ve sempatik sinir sistemi inhibe edilir (Güner, 2000).

4.2.1. Kontinans mekanizması:

Üriner kontinans, istemli olarak işemenin gerçekleştirildiği dönemler haricinde, idrarı mesanede tutabilme yeteneğidir (Versi, 1990).

4.2.1.1. Detrusor İnstabilitesi (DI)

Sistometrinin dolma fazında hastanın inhibe etmek istemesine karşın spontan veya provokasyonla kontraksiyonlar gösteren mesane ya da detrusor instabilitesi olarak adlandırılır.

4.2.1.2 Stres Üriner İnkontinans

Detrusor aktivitesi olmaksızın öksürme , gülme gibi intrabdominal basıncın arttığı fizik aktiviteler sırasında intravesikal basıncın maksimum üretral basıncı aşması sonucu gelişen istemsiz idrar kaçırma olayıdır (Milsom, 1993).

4.2.1.3 Miks Tip İnkontinans

Stres ve urge inkontinans semptomlarının bir arada görüldüğü inkontinans şekli olarak tanımlanır.

Stres ya da urge inkontinans belirtileri diğerine oranla daha rahatsız edici düzeyde olabilir. Miks tip inkontinans geriatric popülasyonda daha sık görülmektedir (Milsom, 1993).

4.2.1.4. Fonksiyonel Tip İnkontinans

Alt üriner sistem dışındaki faktörlere bağlı gelişen üriner inkontinans şeklidir. Çoğunlukla fiziksel ya da kognitif fonksiyonlardaki bozukluğa ya da depresyon, bağımlılık hissi gibi psikiyatrik sorunlar sonucunda oluşur. Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonu, mesane duvarı, detrusor kası, mesane boynu, üretra ve pelvis tabanı doğal olmalıdır (Raz and Stothers, 1998).

Üriner kontinansın sağlanabilmesi için, intraüretral basıncın işeme dışındaki tüm zamanlarda, gerek istirahat halinde gerekse karın içi basıncını artıran durumlar da dahil, intravezikal basınçtan yüksek olması gerekir. Normal mesane dolumu sırasında detrusorun istemsiz kasılması olmamaktadır. Kontinansın sağlanmasında, tüm bu faktörlerin yanında, üretranın pasif özelliklerinin de rolü vardır (Yalçın, 2000).

Üretranın elastik ve kolajenöz bileşenleri, yumuşak submukoza üzerine basınç uygulayarak adeta su sızdırmaz bir conta görevi görmesini sağlamaktadır. Stres sırasında artan karın içi basıncının, mesane boynu ve proksimal üretraya iletilmesi ile idrar kaçıışı önlenmektedir. İntrabdominal basıncın artmasına bağlı olarak pelvik tabanda oluşan kasılma, aktif üretral kapanma ve pasif kompresyona neden olur (Wei and DeLancey 2004).

Pelvik taban anatomisi ve üriner inkontinans konusunda yapılan çalışmalarda, karın içi basıncın artmasına neden olan stres durumlarında, üriner kontinansın sağlanması için mesane boynu ve proksimal üretranın destek sistemiyle birlikte retropubik pozisyonda olması gerektiği vurgulanmaktadır (Ayduv ve Şimşir, 2008).

Ayrıca, bu teorilere alternatif olarak “Hamak Hipotezi”, üretral kapanmanın, üretranın endopelvik fasya ve vajina karşısında komprese olmasıyla gerçekleştiğini öne sürmektedir. De Lancey’e göre, karın içi basıncının artması hem üretraya hem de vajina ön duvarına basınç uygular.

Vajina ön duvarı herhangi bir düzeyde desteklendiği sürece, üretra üzerinde aşağıya doğru uygulanan basınç üretranın kompresyonunu ve kontinansı sağlayacaktır. Yani, önemli anatomik destekler üretraya değil, vajina ön duvarına olmaktadır. Aslında, üriner inkontinans tedavisinde uygulanan kolposüspansiyon operasyonlarında da, amaç üretrayı değil, paravajinal dokuları sabit bir pozisyonda tutmaktır.

Ülkemizde, pelvik taban sağlığıyla ilgili Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları kısıtlı sayıda bulunmaktadır. Türkçe’de geçerliliği yapılmış olan çalışmalardan biri olan Pelvik Taban Distres Envanteri-20 PTD varlığının değerlendirilmesi için fekal ve üriner inkontinans ile rahim/bağırsak/mesane sarkması sorunlarının olup olmadığı ve bu problemlerin olması durumunda yaşam kalitesini hangi ölçüde etkilediğini sorgulamaktadır (Celenay, 2012).

Pelvik taban sağlığı ile ilgili bilgi ve farkındalık durumunun incelenmesi amacıyla Shah ve diğ. (2008) tarafından geliştirilen 24 maddeli Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi) bulunmaktadır (Shah and Massagli, 2008).

Bir diğer çalışmada Berzuk’un (2012) kullandığı Urinary Incontinence & Pelvic Organ Prolapse Awareness (UIPOPA: Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolaps Farkındalığı) yapılmıştır (Berzuk, 2012).

Bu çalışmada da olguların inkontinansa yönelik bilgilerini değerlendirmek amacıyla Branch ve diğ.’nin (1994) geliştirdiği Incontinence Quiz (IQ: İnkontinans Anketi)’den faydalanılmıştır (Branch, 2004). Türkçe versiyonu bulunmayan bu kısa testin çevirisi yapılarak dilimize uyarlanmıştır ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza Mersin Özel Ortadoğu Hastanesi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere 3 hastanenin kadın hastalıkları ünitelerindeki kadın hastalar alındı. Haliç Üniversitesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 13.08.2013 tarih 33 sayılı etik kurul izni alındı. Hastanelerden yönetsel izinler alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 150 kişiye çalışma hakkında bilgi verildi ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” imzalatıldı.

Çalışmamıza dahil etme kriterleri; 18 yaşın üzerindeki Türkçe okuyup yazabilen kadın olgular olarak belirlenmiştir. Çalışma dışında tutulma kriterleri; sözlü iletişim kuramamak, oryantasyon, kognitif ve mental fonksiyon bozukluğuna sahip olmak, nörolojik kökenli pelvik taban disfonksiyonuna sahip olmak (multiple skleroz, medulla spinalis yaralanması) olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere uygun olan ve anketimizi yapmayı kabul eden 150 kadın üzerinde inkontinans kısa testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır.

Olguların yaşları (yıl), boy uzunlukları (m), vücut ağırlıkları (kg) ve vücut kütle indeksi (VKİ) değerleri, fiziksel özellikler olarak kaydedildi. Sosyodemografik özellikler olarak eğitim durumları (yıl), meslekleri, medeni halleri (evli/bekar/boşanmış/dul/diğer) ile ilgili bilgiler toplandı.

Olguların obstetrik hikayeleri, gebelik sayısı, vajinal doğum sayısı, sezaryenle doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı sorularak alındı.

Olguların özgeçmişlerinde akciğer hastalığı, kalp damar hastalığı, nörolojik hastalık, konstipasyon, vajinal yoldan cerrahi, kadın hastalıkları ve düzenli ilaç kullanıp kullanmadıkları ile ilgili bilgiler toplandı.

Olguların menstrual durumları hakkındaki bilgiler düzenli, düzensiz ve menopozda olup olmadıklarına göre düzenlendi.

Olgulara pelvik taban disfonksiyonu varlığının incelenmesinde gayta kaçırma durumu, idrar kaçırma problemi var yok olarak soruldu. İnkontinans tipinin belirlenmesinde idrar kaçırma problemi olan hastalara öksürme, hapşırma, gülme ve

günlük aktiviteler sırasında idrar kaçırma, tuvalete sıkışınca aniden idrar kaçırma, uyurken idrar kaçırma var yok olarak soruldu.

İnkontinans tipleri belirlenirken öksürme, hapşırma, gülme ve günlük aktiviteler sırasında idrar kaçırma stres inkontinans olarak, tuvalete sıkışınca aniden idrar kaçırma urge inkontinans olarak, hem urge hem de stres inkontinansın birlikte görüldüğü olgular mixt tip olarak, uyurken idrar kaçırma nokturnal enürezis olarak değerlendirildi.

Pelvik taban disfonksiyonu varlığının değerlendirilmesi için fekal ve üriner inkontinans ile rahim/bağırsak/mesane sarkması, cinsel ilişki sırasında sorunlarının olup olmadığı ilgili sorular soruldu.

“İdrar kaçırma problemi için bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu?” sorusuna hayır cevabını veren hastalardan bunun nedeni olarak ilerleyen yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme, muayeneye gitmek için zaman bulamama, idrar kaçırmanın çok rahatsız etmemesi, muayene olmaktan çekinme ve diğer nedenler arasından seçim yapılması istendi. İdrar kaçırma problemi için tedavi alan hastalara cerrahi, ilaç ya da fizyoterapi tedavilerinden hangisini alıp almadığı sorularak bilgiler toplandı.

Olguların pelvik taban kasları ile ilgili farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla “pelvik taban kaslarını biliyor musunuz?” sorusu ve pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri) hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarıyla ilgili “pelvik taban egzersizlerini biliyor musunuz?” sorusu soruldu.

İnkontinans kısa testi kadın hastalar için tasarlanmış olup 14 sorudan oluşmaktadır. İnkontinansa yönelik bilgilerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmaya katılan olgular bu testi yaklaşık 10 dakika içinde doldurmuşlardır. Çalışmamızda anketimiz katılıyorum-katılmıyorum-bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır.

Tablo 5.1: Incontinence Quiz

INCONTINENCE QUIZ			
QUESTION	CORRECT ANSWER		
1 -Most people who currently have involuntary urine loss normal lives.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
2 -Involuntary loss of urine, often called leaky bladder or urinary incontinence, is one of the results of normal aging.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
3 -Most people will involuntarily or accidentally lose control of their urine on a regular basis by the time they are 85.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
4 -Women are more likely than men to develop urinary incontinence.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
5 -Other than pads, diapers, and catheters, little can be done to treat or cure involuntary urine loss.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
6 -There are exercises that can help control urine if one leaks when they cough, sneeze or laugh.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
7 -The best treatment for involuntary urine loss is usually surgery.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
8 -Many people with involuntary urine loss can be cured and almost everyone can experience significant improvement.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
9 -Once people start to lose control of their urine on a regular basis they usually never regain complete control over it again.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
10 -Involuntary loss of urine can be caused by several easily treatable medical conditions.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
11 -Many over the counter medications can cause involuntary urine loss.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
12 -Involuntary urine loss is caused by only one or two conditions.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
13 -Most physicians ask their older patients whether they have bladder control problems.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
14 -Most people with involuntary urine loss talk to their doctors about it..	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW

A priority identified salient questions for incontinence care seeking. (2,9,13,14)

İlk olarak Prof. Branch ve Prof. Resnick tarafından, anketi Türkçe'ye çevirerek geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için izin istendi. Bu araştırmada kullanılacak olan inkontinans kısa testi iyi derecede İngilizce bilen üç farklı Fizyoterapist tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çevirilerin ortak ve farklı yönleri araştırmacı tarafından dikkate alınarak testin ilk Türkçe şekli hazırlanmıştır. Daha sonra testin bu ilk şekli ve İngilizcesi fizyoterapistlerden oluşan bir komite tarafından incelenmiştir. Testin Türkçe çevirisinin orijinalini karşılayıp karşılamadığına bakılmıştır. Ortak bir metin haline dönüştürülen test iyi derecede İngilizce bilen bir Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı tarafından tekrar İngilizce 'ye çevrilmiştir. Orijinali ile Türkçe çevirisi uygun bulunan test 8 kişilik bir gruba uygulanarak Türk kültürüne ve toplumuna ve Türkçe anlaşılabilirliğinin uygunluğu (Türkçe anlamsal uygunluğunu) sınanmıştır.

Türkçe anlaşılabilirliğinin 8 olgu üzerindeki sonuçlarına göre content validity indeks (CVI) (Davis, 1992) değerinin 0.92 çıkması anketin Türkçe anlaşılabilir olduğuna işaret etmiştir.

Bu aşamada anketimizin Türkçe anlaşılabilirliği konusunda herhangi bir düzeltmeye gerek görülmeden testimiz 150 kadın olgu üzerinde aynen kullanılmıştır. Tutarlılık için test bir hafta arayla aynı olgulara tekrar uygulanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda bu testin ülkemizde kullanılabilecek geçerli bir araç olduğu belirlenmiştir.

Uyguladığımız inkontinans kısa testinin her maddesinin katılıyorum/ katılmıyorum/ bilmiyorum seçeneklerinden birisi kullanılarak cevaplanması istenmiştir. Testimizde bulunan 14 soruya ait doğru cevaplar tabloda belirtildiği gibidir.

Tablo 5.2 : İnkontinans Kısa Testi Cevapları

İfadeler	Doğru Cevaplar
1)İdrar kaçırın kişilerin çoğu normal yaşamlarını sürdürürler	Katılıyorum
2)Sıklıkla sızdıran mesane veya istemsiz idrar kaybı olarak adlandırılan idrar kaçırma, yaşlanmanın doğal sonuçlarından biridir	Katılmıyorum
3)Bir çok kişi 85 yaşına gelince düzenli olarak istemeden/kazara idrar kaçırarak	Katılmıyorum
4)Kadınlar idrar kaçırmaya erkeklerden daha yatkındır	Katılıyorum
5)İdrar kaçırmayı tedavi etmek veya ortadan kaldırmak için ped (kadın bağı), alt bezi ve sonda kullanmaktan başka yapılabilecek çok az şey vardır	Katılmıyorum
6)Öksürürken, hapsirirken veya gülerken idrar kaçırılıyorsa idrar kontrolüne yardımcı olabilecek egzersizler vardır	Katılıyorum
7)İdrar kaçırmının en iyi tedavisi genellikle cerrahidir.	Katılmıyorum
8)İdrar kaçırın bir çok kişi tamamen tedavi edilebilir ve neredeyse hepsi belirgin şekilde iyileşebilir	Katılıyorum
9)İnsanlar düzenli olarak idrar kaçırmaya başladıklarında genellikle bir daha asla bu kontrolü tam olarak kazanamazlar.	Katılmıyorum
10)İdrar kaçırma, kolayca tedavi edilebilen birçok tıbbi durum nedeniyle oluşabilir.	Katılıyorum
11)Reçetesiz ilaçların çoğu idrar kaçırmaya neden olabilir.	Katılıyorum
12)İdrar kaçırma sadece bir veya iki nedenle oluşur.	Katılmıyorum
13)Birçok doktor yaşlı hastalarına mesane kontrol problemlerinin olup olmadığını sorar.	Katılmıyorum
14)İdrar kaçırın kişilerin çoğu doktorlarıyla bunun hakkında konuşur.	Katılmıyorum

5.1 İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesi, Macintosh ortamında SPSS 20.0 istatistik paket programı (Statistical Package for Social Sciences) ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı nicel veriler (ortalama= \bar{x}), (standart sapma, SD), nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Tüm sorularda hem test, hem de tekrar testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. Test-tekrar test arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını araştırmak için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) iç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon analizi kullanılmıştır.

İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) faktör analizi yapılabilmesi için uygun olup olmadığının belirlenmesinde, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Sphericity testi kullanılmıştır. KMO değerinin 0.60'dan yüksek olması ve Bartlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizine uygunluğu için kriter alınmıştır.

İnkontinans Kısa Testi'ni (İKT) açıklayabilecek faktör sayısına karar vermede ve faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada öz değer (eigen value), ve faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen çizgi grafiği (scree plot) kullanılmıştır. Faktör analizinde, öz değeri (eigen value) 1 ya da 1'den daha büyük olan faktörler anlamlı sayılmış, çizgi grafiğinde (scree plot) ise dikey eksen öz değer miktarlarını, yatay eksen ise faktörleri göstermek için kullanılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için varimax döndürme yöntemiyle yapılan, temel bileşenler faktör analizi kullanılmış, madde ayırt edicilik indeksine (madde-madde, madde toplam, madde genel toplam korelasyonları) bakılmıştır.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışmamız Subat 2013- Aralık 2014 tarihleri arasında Mersin Özel Ortadoğu Hastanesi , Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere 3 hastanenin kadın hastalıkları ünitelerindeki toplam 150 olgu üzerinde gerçekleştirildi.

Araştırmaya katılan 150 olgunun fiziksel özellikleri yaş(yıl), boy (cm), vücut ağırlığı (kg) ve vücut kitle indeksleri (kg/m²) gösterilip ortalama ve standart sapmasıyla belirtilmiştir (Tablo 6.1).

Tablo 6.1. Olguların Fiziksel Özellikleri

n=150	X ± Ss
Yaş (yıl)	35.52 ± 12.57
Boy (cm)	163.48 ± 6.44
Vücut Ağırlığı (kg)	68.05 ± 12.18
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	25.78 ± 6.45

Araştırmaya katılan 150 olgunun sosyodemografik özellikleri, eğitim durumları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite; meslek durumları ev hanımı, sağlık personeli, öğretmen ve diğerleri; medeni durumu bekar, evli ve boşanmış olarak sayıları gösterilip yüzdeleri belirtilmiştir(Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

n=150	n (%)
Eğitim durumu	
İlkokul	32 (21.3)
Ortaokul	20 (13.3)
Lise	60 (40.0)
Üniversite	38 (25.3)

Meslek durumları	
Ev hanımı	74 (49.3)
Sağlık personeli	32 (21.3)
Öğretmen	9 (6.0)
Diğer	35 (23.3)
Medeni durum	
Bekar	28 (18.7)
Evli	117 (78.0)
Boşanmış	5 (3.3)

Araştırmaya katılan 150 olgu özgeçmiş özelliklerinde % 73.3'ü hiçbir sağlık problemlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Geri kalanın özgeçmiş özellikleri ve yüzdeleri belirtilmiştir (Tablo 6.3).

Tablo 6.3. Olguların Özgeçmiş Özellikleri

n=150	n (%)
Akciğer hastalığı	3 (2.0)
Kalp damar hastalığı	8 (5.3)
Nörolojik hatalık	4 (2.7)
Konstipasyon	3 (2.0)
Vajinal yoldan cerrahi	5 (3.3)
Kadın hastalıkları	17 (11.3)

Olguların Düzenli İlaç Kullanımları;

Olguların bu sağlık sorunu için ilaç kullanımını sorgulandığında % 28.7'si düzenli ilaç kullanımını olduğunu ifade etmiştir.

Olguların Adet Düzenleri ;

Olguların adet düzenleri sorgulandığında 92'si (% 61.3) düzenli adet gördüğünü, 35'i (% 23.3) düzensiz adet gördüğünü, 23'ü ise (% 15.3) menopozda olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan 150 olgunun obstetrik hikayelerinde gebelik sayısı, vajinal doğum sayısı, sezaryanla doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı belirtilmiştir. (Tablo 6.4)

Tablo 6.4. Olguların Obstetrik Hikayeleri

n=150	n (%)
Gebelik sayısı	
0	49 (32.7)
1	30 (20.0)
2	19 (12.7)
3	27 (18.0)
4 ve üzeri	25 (16.7)
Vajinal doğum	
0	87 (58.0)
1	29 (19.3)
2	16 (10.7)
3	11 (7.3)

	4 ve üzeri	7 (4.7)
Sezeryanla doğum		
	0	105 (70.0)
	1	25 (16.7)
	2	19 (12.7)
	3	1 (0.7)
Düşük		
	0	122 (81.3)
	1	20 (13.3)
	2	2 (1.3)
	3	1 (0.7)
	4 ve üzeri	5 (3.3)
Küretaj		
	10	118 (78.7)
	1	22 (14.7)
	2	4 (2.7)
	3	3 (2.0)
	4 ve üzeri	3 (2.0)

Olguların İnkontinans Varlığı;

Araştırmaya katılan 150 olgunun 109'unda(%72.7) üriner inkontinans ve 9'unda (%6) fekal inkontinans şikayetinin varlığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan 150 olgunun üriner inkontinans şiddeti yok, hafif, orta ve şiddetli olarak puanlanmış sayıları ve yüzdeleri belirtilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 6.5. Olguların Üriner İnkontinans Şiddetleri

n=150	n (%)
İnkontinans şiddeti	
Yok	41 (27.3)
Hafif	79 (52.7)
Orta	18 (12.0)
Şiddetli	12 (8.0)

Araştırmaya katılan 150 olgudan inkontinans problemi olduğunu belirten 109 olgunun sadece 75'i inkontinans tipini belirleyen sorulara cevap vermiştir. İnkontinans tipi hasta değerlendirme formundan çıkan sonuçlara göre belirlenmiş olup stress, urge, mixt ve nokturnal enurezis olarak gösterilip tablodaki sayılarla ifade edilmiştir(Tablo 6.6).

Tablo 6.6. Olguların İnkontinans Tipleri

n=109	
İnkontinans tipi	
Stress	6 (%8.9)
Urge	43(%55.7)

Mixt	12(%16.8)
Nokturnal enurezis	14(%18.6)

Olguların İdrar Kaçırma Problemi İçin Bir Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu

Araştırmaya katılan 150 olgunun idrar kaçırma problemi için bir sağlık kurumuna başvurup vurmadağı soruldu. Sadece 10'u (%6.7) bu şikayetler nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ifade etti.

Araştırmaya katılan 150 olgudan idrar kaçırma problemi için bir sağlık kurumuna başvurmayan 99 hastanın başvurmama nedenleri gösterilip sayıları ve yüzdeleri belirtilmiştir (tablo 6.7).

Tablo 6.7. Olguların İdrar Kaçırma Problemi İçin Bir Sağlık Kurumuna Başvurmama Nedenleri

n=99	n (%)
İlerleyen yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme	8 (5.7)
Muayeneye gitmek için zaman bulamama	5 (3.6)
İdrar kaçırmanın çok rahatsız etmemesi	4 (2.9)
Muayene olmaktan çekinme	23 (16.4)
Diğer	69 (71.4)

Araştırmaya katılan 150 olgunun idrar kaçırma problemi için tedavi durumları hayır ve evet olarak gösterilip; evetse cerrahi tedavi, ilaç tedavisi ve fizyoterapi olarak gruplandırılıp sayı ve yüzdeleri belirtilmiştir.(tablo 6.8)

Tablo 6.8. Olguların İdrar Kaçırma Problemi İçin Tedavi Alma Durumları

n=150	n (%)
Hayır	129 (86.0))
Evet	
Cerrahi tedavi	11 (7.3)
İlaç tedavisi	8 (5.3)
Fizyoterapi	2 (1.3)

Rahim/Mesane/Bağırsak Sarkması;

Araştırmaya katılan 150 olgunun 26'sı(%17.3) rahim mesane ve bağırsak sarkması problemine sahip olduğunu belirtmiştir.

Cinsel İlişki Sırasında Sorun;

Araştırmaya katılan 150 olgudan 12'si(%8) cinsel ilişki sırasında sorun yaşadığını ifade etmiştir. 22(%14.7) kişi de aktif cinsel yaşantısının olmadığını belirtmiştir.

İdrar Tutmaya Yardımcı Kaslarınız (Pelvik Taban Kasları) Olduğunu Biliyor musunuz?

Araştırmaya katılan 150 olgudan 49'u(%32.7) idrar tutmaya yardımcı kaslarını (pelvik taban kasları) ve 35'i(%23.3) pelvik taban egzersizlerini (kegel egzersizleri) bildiğini ifade etmiştir.

6.1. İç Tutarlılık Analizi

İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) iç tutarlılık analizi için Cronbach α katsayısı ve madde toplam korelasyon analizi kullanılmıştır. Buna göre testin genel iç tutarlılık katsayısı (Cronbach α) 0.80 (n:150) gibi yüksek tutarlılıkta bir değer olarak

bulunmuştur. Madde-toplam korelasyonları ise 0.14 ile 0.56 arasında değerler almıştır. En düşük madde-toplam korelasyonuna sahip olan birinci soru (0.14) silinerek yapılan iç tutarlılık analizinde ise Cronbach α değeri 0.81 gibi genel tutarlılık katsayısına (0.80) çok yakın değer almıştır, yani iç tutarlılığa belirgin bir etkisi olmamıştır (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.1. İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) Madde Analizi

Sorular	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach α değeri
Ikt 1	0.14	0.81
Ikt 2	0.28	0.80
Ikt 3	0.45	0.79
Ikt 4	0.44	0.79
Ikt 5	0.45	0.79
Ikt 6	0.37	0.80
Ikt 7	0.47	0.79
Ikt 8	0.49	0.79
Ikt 9	0.56	0.78
Ikt 10	0.53	0.78
Ikt 11	0.30	0.80
Ikt 12	0.48	0.79
Ikt 13	0.54	0.78
Ikt 14	0.43	0.79

6.2. Test-Tekrar Test Güvenirliliği

Çalışmada olgulara ilk test yapıldıktan bir hafta sonra aynı test yeniden tekrarlanmıştır. Test-tekrar test arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını araştırmak için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda bir hafta arayla uygulanan testler arasında yüksek oranda anlamlı ilişki bulunmuştur.

Korelasyon katsayıları en düşük 0.83 (İKT9) ve en yüksek 0.94 (İKT4) olmak üzere tüm maddeler için test-tekrar test güvenilirliğini yüksek oranda göstermiştir ($p<0.001$) (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.1. İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Sorular	R
Ikt 1	0.92
Ikt 2	0.92
Ikt 3	0.85
Ikt 4	0.94
Ikt 5	0.86
Ikt 6	0.85
Ikt 7	0.87
Ikt 8	0.87
Ikt 9	0.83
Ikt 10	0.91
Ikt 11	0.83
Ikt 12	0.92
Ikt 13	0.89
Ikt 14	0.86

R: Spearman Korelasyon Katsayısı

6.3. Yapı Geçerliliği (Construct validity)

İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde Kaiser Meyer Olkin testi, Bartlett testi ve faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır.

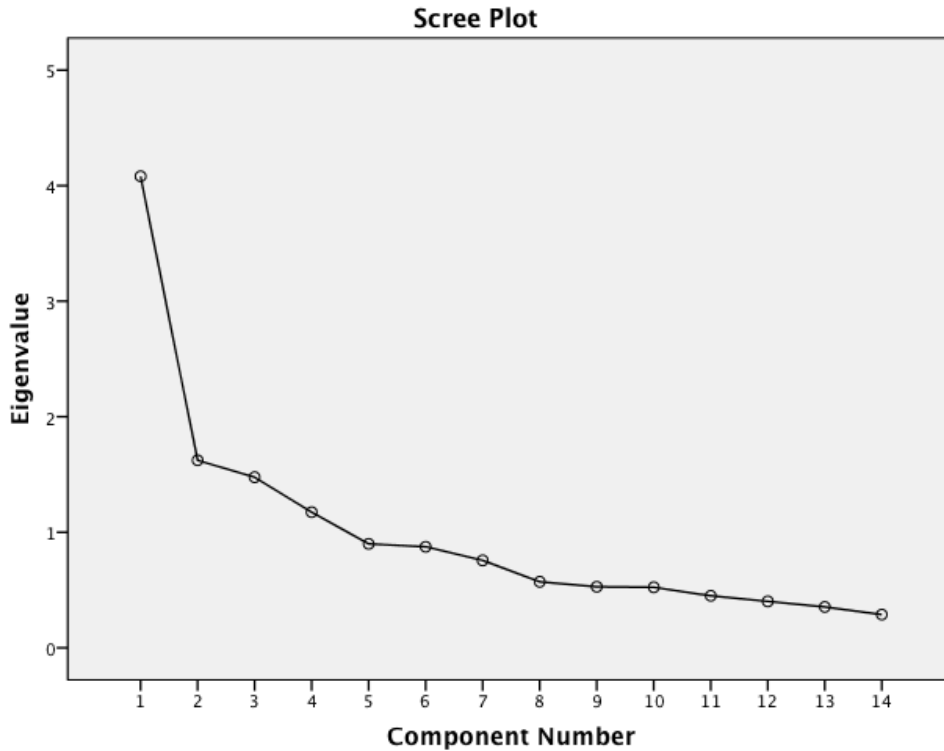
İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) faktör analizi yapılabilmesi için uygun olup olmadığının belirlenmesinde, Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett Sphericity testi kullanılmıştır.

Test sonucuna göre KMO katsayısı=0.76, Bartlett testi sonucu ise 562.777 çıkararak anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). KMO değeri 0.60'dan yüksek ve Bartlett testinin anlamlı çıkması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. Bu nedenle verilerimizin faktör analizi yapılabilmesi için uygun olduğu bulunmuştur.

6.4. Faktör Analizi

İnkontinans Kısa Testi'ni (İKT) açıklayabilecek faktör sayısına karar vermede ve faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada öz değer (eigen value), ve faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen çizgi grafiği (scree plot) kullanılmıştır. Faktör analizinde, öz değeri (eigen value) 1 ya da 1'den daha büyük olan faktörler anlamlı sayılmış, çizgi grafiğinde (scree plot) ise dikey eksen öz değer miktarlarını, yatay eksen ise faktörleri göstermek için kullanılmıştır. Buna göre İnkontinans Kısa Testi'nin (İKT) dört faktörlü bir yapı oluşturduğu bulunmuştur. Bu dört faktörün öz değerleri 1.17 ile 4.08 arasında değerler almıştır (Şekil 6.4.1).

Şekil 6.4.1. Öz Değeri (eigen value) 1 ya da 1'den Daha Büyük Olan Faktörlerin Gösterildiği Çizgi Grafiği



Faktör analizinde kullanılan temel bileşenler analizi sonucuna göre, İnkontinans Kısa Testini söz konusu dört faktörlü yapı, toplam varyansın % 59.68'i ile açıklamıştır (Tablo 6.4.2).

Tablo 6.4.2. İnkontinans Kısa Testi'nin Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

Faktörler (Öz Değer ≥ 1)	Açıklanan Varyansın %'si	Açıklanan Toplam %'si	Varyansın
Faktör 1	29.15	29.15	
Faktör 2	11.59	40.74	
Faktör 3	10.55	51.29	
Faktör 4	8.39	59.68	

Faktör analizinde kullanılan temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) ve buna uygun olarak oluşturulan Varimax dik döndü tekniğine göre her bir soruya ilişkin faktör yükleri 0.53 (İKT 2) ile 0.81 (İKT 6) arasında değişmektedir (Tablo 6.4.3).

Tablo 6.4.3 İnkontinans Kısa Testi'nin Varimax Dik Döndürme Tekniğine Göre Her Bir Soruya İlişkin Faktör Yükleri

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör3	Faktör 4
İKT 1	-0.14	0.59	-0.26	0.35
İKT 2	-0.04	0.53	-0.07	0.43
İKT 3	0.19	0.71	0.22	-0.04
İKT 4	0.22	0.71	0.20	-0.06
İKT 5	0.42	0.58	0.13	-0.12
İKT 6	0.12	0.11	0.81	-0.08
İKT 7	0.76	0.04	0.12	0.11
İKT 8	0.78	0.17	0.21	-0.12
İKT 9	0.65	0.20	0.12	0.27

İKT 10	0.61	0.06	0.08	0.48
İKT 11	0.11	-0.06	0.11	0.77
İKT 12	0.16	0.01	0.33	0.67
İKT 13	0.23	0.07	0.71	0.31
İKT 14	0.11	0.07	0.72	0.22

Faktör analizinde kullanılan temel bileşenler analizi ve Varimax dik döndü tekniğine göre her bir sorunun, faktör yüklerine göre hangi faktörler altında toplandığı Tablo 6.4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 6.4.4 İnkontinans Kısa Testi Sorularının Yüklerine Göre Yer Aldığı Faktörler

n=150		
Faktör	Soru	Faktör Yüğü
Faktör 1		
	İKT 7	0.76
	İKT 8	0.78
	İKT 9	0.65
	İKT 10	0.61
Faktör 2		
	İKT 1	0.59
	İKT 2	0.53
	İKT 3	0.71
	İKT 4	0.71
	İKT 5	0.58
Faktör 3		
	İKT 6	0.81
Faktör 4		
	İKT 13	0.71
	İKT 14	0.72

7.TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı inkontinans kısa testi Türkçe versiyonunun Türk kadınları üzerindeki uygulanabilirliğini test etmektir. Bu çalışma Türk kadınlarının pelvik taban disfonksiyonlarından olan üriner inkontinans konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirme anketlerine olan ihtiyaçtan yola çıkarak planlanmıştır.

İnkontinanslı hastaları değerlendirmek için yeni bir anket geliştirilmesi mümkün olsa da yeni bir anket geliştirilmesine göre varolan bir anketin dilimize çevrilmesi ve adaptasyonunun iki avantajı bulunmaktadır. Bunlardan biri; anketin geçerlilik ve güvenilirliğinin kanıtlanmasıyla uluslararası bir karakter kazanması ve ülkemizin de içine yer aldığı uluslararası çalışmalarda kullanılabilir bir ölçek olmasıdır. Diğer bir avantajı ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarıyla yeni bir anket geliştirilmesinde gerek soruların hazırlanmasında gerekse seçiminde harcanacak olan vaktin kazanılmasıdır (Guillemin, 1993).

Anketin hazırlandığı popülasyon ile hedef popülasyonun kültürlerinin benzer olduğu durumlarda anketin sadece hedef dile çevrilmesi yeterlidir (Guillemin, 1993). Ancak iki toplumun kültür ve yaşam tarzları farklı olduğunda anketin çevirisi yeterli olmaz. Hedef popülasyon için anket adaptasyonu gerekmektedir (Guillemin, 1993). Bizim çalışmamız da ülkemizin yaşam standartlarının batılı toplumlardan farklı oluşu nedeniyle anketin adaptasyonu gerçekleştirilmiştir. Adaptasyon süresince hedef dilde soruların istenilen anlamı kazanıp kazanmadığının belirlenmesinde Türk kültürüne ve toplumuna ne kadar uygun olduğu ve Türkçe anlamsal uygunluğunu değerlendirmek amacıyla pilot testlerden yararlanılmıştır (Guillemin, 1993, Bullinger, 1998, Bjoner, 1998). Bu nedenle hedef popülasyondan önce hangi sorunların hastalar tarafından anlaşılıp, hangilerinin anlaşılmadığına karar verilmiş olmaktadır.

Güvenilirlik çalışmaları bir anketin tutarlılığını ve tekrarlanabilirliğini belirlemektedir (Steiner, 1995). Anketin tutarlılığı içsel tutarlılık ve anketin zamana dayalı stabilitesi ile ölçülmektedir. İçsel tutarlılık ankette yer alan soruların kendi aralarında korele olup olmadığına, başka bir deyimle aynı şeyi ölçüp ölçmediğine karar vermektedir (DeVellis, 1991). İçsel tutarlılığı ifade etmek için genellikle cronbach alfa katsayısı kullanılmaktadır (Cronbach, 1951). Eğer cronbach alfa katsayısı 0.7'nin

üzerindeyse anketteki sorular kendi aralarında yüksek dereceli korele anlamına gelmektedir (DeVellis, 1991). Bizim çalışmamızda testin genel iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa 0.80 (n:150) gibi yüksek tutarlılıkta bir değer olarak bulunmuştur.

Anketin zamana dayalı stabilitesi test-tekrar test güvenilirliği ile ölçülmektedir. Bizim çalışmamızda inkontinans kısa testi bir hafta arayla olgulara uygulanıp korele olduğu gözlemlenmiştir.

Geçerlilik çalışmaları bir anketin primer olarak neyi ölçtüğünü belirlemektedir. Başka bir deyişle anketin geçerliliği istenilen ölçümün anket sayesinde yapıp yapılmadığını, istenmeyen ölçümlerin ayırt edilmesini ifade etmektedir (Pierrabon, 2002).

Anketimiz toplam 14 sorudan oluşan, Türk kadınlarının inkontinans hakkında bilgi düzeyini ölçen bir ankettir. Ankette yer alan soruların basit anlaşılır olmasından dolayı sorular üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Böylelikle Türkçe versiyon çalışması sırasında, Türkçe'ye çevrildikten sonra ölçeğin maddelerinin kolay anlaşılır olduğu ve kültürel olarak anlam kargaşasına neden olmadığı görülmüştür.

Bu ölçeğin Türkçe versiyonunun 18-65 yaş aralığında Türk kadınlarının inkontinans hakkında bilgi durumunu incelemek için uygun ve kullanımı kolay ve spesifik bilgi veren bir ölçek olduğunu söyleyebiliriz.

Ülkemizde, PTD farkındalığına yönelik olarak gerçekleştirilen bir araştırmada Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastaların %57'sinin idrar kaçırmayı bir sağlık problemi olarak görmedikleri, %80'inin Üİ tedavisi için herhangi bir kuruma başvurmadığı ve %86'sının Üİ nedeniyle tedavi olmadığı bulunmuştur (Yalçın Ö. 2000). Çetinel ve diğ.'nin (2007) de yaptıkları çalışmada kadın inkontinans hastalarının çoğunun bu problemlerine yönelik sağlık yardımı talep etmedikleri görülmüştür (Çetinel ve diğ.2007). Uluslararası Kontinans Cemiyeti'nin (International Continence Society: ICS) 2003 yılında yaptığı çok uluslu bir araştırmada, kadınlarda en sık karşılaşılan inkontinans tipi olan üriner stres inkontinans (ÜSİ) konusunda bilgi ve farkındalık eksikliği olduğu gösterilmiş, kadınlara yönelik "pelvik taban sağlığı eğitimi ve farkındalığı" odaklı kampanyaların yürütülmesi gerekliliği ortaya konmuştur.

(Wirthlin World wide 2003). Araştırmamıza katılan 150 olgunun sadece 10'u (%6.7) bu şikayetler nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ifade etti.

Buna göre yaptığımız çalışmanın sonuçları konu hakkında yapılan diğer çalışmalarla korele olduğu ortaya konmuştur.

Günümüzde inkontinanslı bir hastanın tedavisi amacıyla davranış, ilaç ve cerrahi temelli olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Bu seçenekler, taşıdıkları risklere ve hastanın şikayetlerini düzeltme potansiyeline göre tercih edilirler. 'Agency for Health Care Policy and Research's Clinicial Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults'; hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olmasını önermektedir (Fantl and Newman, 1996). Bizim çalışmamızda olguların %7.3 cerrahi tedavi, %5.3 ilaç tedavisi,%1,3 fizyoterapi temelli tedavi görmüş olup diğer olgular bu problemten dolayı tedavi almamışlardır. Zhu ve arkadaşları idrar kaçırma prevalansını %38.5, stres tip idrar kaçırma sıklığını %22.9, sıkısma tipi idrar kaçırma sıklığını %2.8 ve karışık tip idrar kaçırma sıklığını %12.4 olarak saptamışlardır (Malmsten, 1997). Yapılan bu çalışmada kadın doğum ünitelerine çeşitli sorunlarla basvuran hastalarda hasta değerlendirme formunda verilen cevaplara göre idrar kaçırma prevalansını %72.7, stres tip idrar kaçırma sıklığını %8.9, sıkısma tipi idrar kaçırma sıklığını %55.7, karışık tip idrar kaçırma sıklığını %16.8 ve nokturnal enürezis %18.6 saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization: WHO) de Üİ'yi "son medikal tabulardan birisi olarak isimlendirmiştir. İngiltere, Yunanistan, Güney Afrika gibi ülkelerde de PTD farkındalığına yönelik geniş çaplı çalışmalar yapılmış, bu tedavi edilebilir ve önlenabilir tıbbi sorun konusunda farkındalık geliştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (Liapis, 2010). Buna göre Türk kadınları üzerinde inkontinas hakkındaki farkındalığı arttırmak için inkontinans kısa testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Daha önceki çalışmalarla benzer şekilde inkontinans kısa testi Türkçe Versiyonu'nun tamamlanma süresi. 10 dakika gibi kısa bir zaman olarak belirlendi . Bu da inkontinans kısa testi Türkçe Versiyonu'nun kolay uygulanabilirliğini göstermektedir.

Çalışmamızı sınırlayan bir nokta, tek merkezli bir çalışma olmasıydı. Bölgeler arasında kültürel farklılıklar olabileceği ve soruları anlama ve yorumlama açısından fark oluşturabileceği düşünülerek, diğer bölgelerde de uygulanabilirliğinin gözlenmesi gerekmektedir. Çalışmamız sadece inkontinanslı kadın hastaları değil sağlıklı kadınları da kapsamaktaydı. Farklı PTD teşhisine sahip farklı yaş gruplarındaki ve farklı eğitim düzeyindeki kadınlarda da incelenmesi ve karşılaştırılması gerekir. Katılımcı sayısı açısından ise bir geçerlik, güvenilirlik çalışması için makul seviyede olmasına rağmen inkontinans tipi için bir genelleme yapılamayabilir.

8.SONUÇ

1. Bu çalışma, inkontinans kısa testi Türkçe Versiyonu'nun Türk kadınlarında geçerli ve güvenilir olduğunu gösterdi.
2. Türk toplumundaki kadınların idrar kaçırma ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmede kullanılabilir bir ankettir.
3. Bilindiği kadarıyla inkontinans kısa testi Pelvik taban disfonksiyonu ve üriner inkontinans konusundaki bilgi düzeyini değerlendirmede kullanılabilir Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş ilk ölçektir.
4. İnkontinans kısa kestinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini inceleyen ilk anket çalışmasıdır.

9.KAYNAKLAR

Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT (1990) The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:1-16.

Abrams P, Cardozo L, Fail M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wem A (2002) The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. Neurourology and Urodynamics;21:167-78.

Arısan K.(1991), Kadın Hastalıkları Kitabı. 3. bs., İstanbul , Çeltük Matbaacılık.

Bayrak Ş.,(2008) "Lower Urinary Tract Symptoms In Women With Urinary Incontinence" journal 20 (Suppl 3):

Berzuk K.(2012) Effects of increasing awareness of pelvic floor muscle (PFM) function on pelvic floor dysfunction (PFD): A Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies of the University of Manitoba in partial fulfillment of the requirement of the degree Doctor of Philosophy. University of Manitoba, Winnipeg.

Biri, A., Durukan, E., Maral, I., Korucuoglu, U., Biri, H., Tyras, B., Bumin, M.A. (2006). "Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey", Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 17(6):604-10.

Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeasu CE, Resnick NM. ,(1994) Urinary incontinence knowledge among community dwelling people 65 years of age and older. Journal of American Geriatrics Society 1994; 42: 1257-62.

Brown JS, Grady D, Herzog AR, Varner RE.(1990): Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. obstetrics and gynecology. 94:66-70.

Bullinger M. Alonso J. Apolone G.(1998) et al : Translating health status questionnaires and evaluating their quality: 51: 913-23

Bump RC.(1998), North PA.Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction 25:723-46

Burgio KL., Matthews KA.,(1991): Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. Journal of Urology 146:1255-9.

Burns PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Hadley EC, Levy KJ, Ory MG.(1993): A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic floor muscle exercise treatment of stress incontinence in older community-dwelling women. *J Gerontol* Jul; 48(4): M167-74.

Celenay ST, Akbayrak T, Kaya S, Ekici G, Beksac S.(2012) Validity and reliability of the Turkish version of the Pelvic Floor Distress Inventory-20. *International Urogynecology Journal*; 23: 1123-1127

Chatoor DR, Taylor SJ, Cohen CR, Emmanuel AV. Comment in *Br J Surg*.(2007) Jun;94(6):754; author reply 754-5. *Br J Surg*. 2007 Sep;94(9):1180

Çayan S., Akay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E.(2004): The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia International* 72:52-7.

Çetinel, B., Demirkesen, O., Yalçın, O., Koçak, T., Şenocak, M., İtil, İ., (2007). “Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior?”, *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18(6):659-64.

Debeau (2006); Norton ve Brubaker (2006) *International Urogynecology Journal*;19: 1283-1289

Dikencik, B.K. (2002). “Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı”, Ed: Beji NK, FN Hemşirelik Yüksekokulu Yayın: 5, Emek Matbaacılık, s.29-50.

Emin Aydur, Adnan Şimşir (2008) *Kontinans Derneği Dergisi Midüretal sling ameliyatları sonrası başarısızlığa (Rekürrens) Yaklaşım*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC(1999): Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *American Journal of Public Health* 89:209-12.

Getliffe K(1996): Urinary incontinence: Approaches to care. *Primary Health Care* 6:31-6.

Gomel, V., Munro, M.G., Rowe T.C.(1995) *Jinekoloji Pratik Yaklaşım*. Çev: Doç. Dr. N.Erkut Atar. Özışık Ofset Matbaacılık.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.(1993) : Cross- cultural adaptation of health-related quality of life measures:46:1417-32

Güner H, Yazıcı F G(2000). Kadın Genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. Güner H. Ed.Ürojinekoloji, 1. Baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti. 1-10.

Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST, Taiwan J(2008): Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Obstet Gynecol* 47:197-202.

Schimpf MO, Harvie HS, Omotosho TB, Epstein LB, Jean-Michel M, Olivera CK, et al.(2010) Does vaginal size impact sexual activity and function *Int Urogynecol J*;21:447-52

Jones KA, Moalli PA, (2010) Pathophysiology of Pelvic Organ Prolapse Female Pelvic Med Reconstr surg 16:79-89

Kelleher C(1997); Quality of life and urinary incontinence. *Urogynecology* (Ed: Cardoza L). New York 673-88.

Kocak(2004), Beji N.K. (2005). "Ürojinekolojide hemşirelik yaklaşımı", *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(45): 52-55.

Koyuncu Döver E., Kizilkaya Beji N., Yalçın Ö.,(1997) "Pelvik Kas Gücünün Değerlendirilmesinde Dijital Test Ve İdrar Akışını İstemli Olarak Durdurma Testinin Yeri ", *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, cilt.1, ss.137-142,

Kubik K(2004), Blackwell L, Heit M. Does socioeconomic status explain racial differences in urinary incontinence knowledge *American Journal of Obstetrics and Gynecology*;191: 188-193

Liapis A, Bakas P, Liapi S, Sioutis D, Creatsas G.(2010) Epidemiology of female urinary incontinence in the Greek population: EURIG study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* Feb;21(2):217-22.

Locher JL, Burgio KL(1996): Epidemiology of incontinence. *Urogynecology and urodynamicstheory and practice*. 4. bs. London.

Mallett VT, Bump RC(1994): The epidemiology of female pelvic floor dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 6:308-12.

Malmsten UG, Milsom I, Molander U, Norlen LJ(1997): Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: An epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *J Urol* 158:1733-7.

Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B.(1993): The Influence of Age, Parity, Oral Contraception, Hysterectomy and Menopause on the Prevalence of Urinary Incontinence in Women. *Journal of Urology*;149(6):1459-62.

Norton, P.A(1990), “Prevalence and Social Impact of Urinary Incontinence in Women,”*Clinical Obstetrics and Gynecology*; 33 (2): 295-297.

Pauls ve Ark. (2007); Rogers ve Ark.(2006) *International Urogynecology Journal* 2012; 23: 1123-1127

Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y(2002): Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 89:61–6.

Pietrabon R.(2002) Standard scales for measurement of functional outcome for servical pain or dysfunction a sistematic reiew:

Raz S, Stothers L, Chopra A.(1998): Vaginal reconstructive surgery for incontinance and prolapse. in Walsh C P, Retik A B, Vaughan E D, Wein A J. Eds. *Campbell’s Urology*,7th Ed., USA: Saunders Company: 1060-1092

Sadler TW.(1990) *Langman’s Medical Embryology*. Baltimore: Williams and Wilkins Company:260-96.

Salonia A, Zanni G, Briganti A, Fabbri F, Rigatti P, Montorsi F(2004): Sexual dysfunction in women. *Curr Opin Urol* 14:389-93.

Sampselle CM, Palmer MH, Boyington AR, O’Dell KK, Wooldridge L.(2004): Prevention of urinary incontinence in adults: population-based strategies *Nursing Research* 53(6Suppl).

Shah AD, Massagli MP, Kohli N, Rajan SS, Braaten KP, Hoyte L.(2008): A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*;19: 1283-1289

Shaw C(2002): A systematic review of the literature on the prevalence of the sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *European Urology* 42:432-40.

Strohbehn k.(1998) Normal pelvic floor anatomy *obstet gynecol clin North am* 25:683-705

T.Can GÜLER & N. YAĞCI.(2006) D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü. Kadın Üriner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. 11. Sayı. Eylül.

Versi E.(1990), “Incontinence in the Climacteric,” *Clinical Obstetrics and Gynecology*; 33(2): 392-8.

Walters MD(1993): Epidemiology and social impact of urinary incontinence. *Clinical Urogynecology*.

Weber (2009). *Clinical Obstetrics and Gynecology* 23: 1123-1127

Wei TJ, DeLancey JO.(2004) Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical Obstetrics and Gynecology*; 47:3-17.

Wester C, brubaker L.(1998):normal pelvic floor physiology . *obstet gynecol clin North am* 25:707-22

Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP(1996): Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 103:154-61.

Wirthlin Worldwide.(2003): International Continence Society multi-national survey: Stress urinary incontinence and women: discovering the truth.

Word RA(2009): pathophysiology of pelvic prolapse *obstet gynecol clin Nam* 36:521-39

Yalçın Ö. (1996) Ürojinekoloji. Kışnişçi H, editör. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi;s.730-747.

Yalçın Ö.(2000) Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi. Güner H, editör. *Ürojinekoloji*, Ankara: Atlas Kitapçılık; . s.11-18.

Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*. Feb 20. 62(2):134-9.

EKLER

Ek-1: Hasta Değerlendirme Formu

Hasta Değerlendirme Formu			
Ad Soyad:		Tarih:	Yer:
Yaş:	Vücut ağırlığı:	Boy uzunluğu:	VKİ:
Meslek:	Eğitim: Yıl.		
Medeni durum: Bekar,evli,boşanmış/dul			
Obstetrik hikaye: gebelik sayısı....., vajinal doğum sayısı..... , sezaryenle doğum sayısı....., düşük sayısı....., küretaj sayısı.....			
Özgeçmiş: akciğer hastalığı....., kalp-damar hastalığı....., nörolojik hastalık....., konstipasyon....., vajinal yoldan cerrahi....., kadın hastalıkları.....			
Düzenli kullanılan ilaç: Yok....., Var.....			
Adet düzeni: Düzenli, düzensiz....., menopozda.....			
Pelvik taban disfonksiyonu:			
Gayta (büyük abdest) kaçırma durumu: var....., yok.....			
İdrar kaçırma problemi: var, yok.....			
Öksürme, hapşırma, gülme, günlük aktiviteler sırasında idrar kaçırma: var....., yok.....			
Tuvalete sıkışınca aniden idrar kaçırma: var....., yok.....			
Uyurken idrar kaçırma: var....., yok.....			

İdrar kaçırma problemi için bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu? Evet....., hayır.....
İdrar kaçırma problemi için bir sağlık kurumuna başvurmadıysanız bunun nedeni: İlerleyen yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme Muayeneye gitmek için zaman bulamama İdrar kaçırmanın çok rahatsız etmemesi Muayene olmaktan çekinme Diğer.....
İdrar kaçırma problemi için tedavi aldınız mı? Cerrahi, ilaç....., fizyoterapi....., hayır.....
Rahim/mesane/bağırsak sarkması: yok....., var.....
Cinsel ilişki sırasında sorun: yok....., var: (.....), aktif cinsel yaşantı yok.....
İdrar tutmaya yardımcı kaslarınız (pelvik taban kasları) olduğunu biliyor musunuz? Evet....., hayır.....
Pelvik taban egzersizlerini (Kegel egzersizleri) biliyor musunuz? Evet....., hayır.....

Ek-2: Inkontinence Quiz

INCONTINENCE QUIZ			
QUESTION	CORRECT ANSWER		
1-Most people who currently have involuntary urine loss normal lives.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
2-Involuntary loss of urine, often called leaky bladder or urinary incontinence, is one of the results of normal aging.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
3-Most people will involuntarily or accidentally lose control of their urine on a regular basis by the time they are 85.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
4-Women are more likely than men to develop urinary incontinence.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
5-Other than pads, diapers, and catheters, little can be done to treat or cure involuntary urine loss.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
6-There are exercises that can help control urine if one leaks when they cough, sneeze or laugh.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
7-The best treatment for involuntary urine loss is usually surgery.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
8-Many people with involuntary urine loss can be cured and almost everyone can experience significant improvement.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
9-Once people start to lose control of their urine on a regular basis they usually never regain complete control over it again.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
10-Involuntary loss of urine can be caused by several easily treatable medical conditions.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
11-Many over the counter medications can cause involuntary urine loss.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
12-Involuntary urine loss is caused by only one or two conditions.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
13-Most physicians ask their older patients whether they have bladder control problems.	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW
14-Most people with involuntary urine loss talk to their doctors about it..	AGREE	DISAGREE	DON'T KNOW

A priority identified salient questions for inkontinence care seeking. (2,9,13,14)

Ek-3: İnkontinans Kısa Testi

	İfadeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum
1	İdrar kaçıran kişilerin çoğu normal yaşamlarını sürdürürler			
2	Sıklıkla sızdıran mesane veya istemsiz idrar kaybı olarak adlandırılan idrar kaçırma, yaşlanmanın doğal sonuçlarından biridir			
3	Bir çok kişi 85 yaşına gelince düzenli olarak istemeden/kazara idrar kaçırarak			
4	Kadınlar idrar kaçırmaya erkeklerden daha yatkındır			
5	İdrar kaçırmayı tedavi etmek veya ortadan kaldırmak için ped (kadın bağı), alt bezi ve sonda kullanmaktan başka yapılabilecek çok az şey vardır			
6	Öksürürken, hapşırırken veya gülerken idrar kaçırılıyorsa idrar kontrolüne yardımcı olabilecek egzersizler vardır			
7	İdrar kaçırmanın en iyi tedavisi genellikle cerrahidir			
8	İdrar kaçıran bir çok kişi tamamen tedavi edilebilir ve neredeyse hepsi belirgin şekilde iyileşebilir			
9	İnsanlar düzenli olarak idrar kaçırmaya başladıklarında genellikle bir daha asla bu kontrolü tam olarak kazanamazlar			
10	İdrar kaçırma, kolayca tedavi edilebilen birçok tıbbi durum nedeniyle oluşabilir			
11	Reçetesiz ilaçların çoğu idrar kaçırmaya neden olabilir			
12	İdrar kaçırma sadece bir veya iki nedenle oluşur			
13	Birçok doktor yaşlı hastalarına mesane kontrol problemlerinin olup olmadığını sorar			
14	İdrar kaçıran kişilerin çoğu doktorlarıyla bunun hakkında konuşur			

Ek-4 Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 33
KONU:

13 / 08 / 2013

Sayın; Prof.Dr.Nur TUNALI

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Kerime Canser KARA' nın "*Pelvik Taban Disfonksiyonunda Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi*" isimli araştırması kurumumuzun 01.08.2013 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Kerime Canser KARA
Doğum Yeri ve Tarihi	Silvan-14.01.1989
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	canserkara@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Erdemli Süper Lisesi	2003-2007
Lisans	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü	2008-2012

İş Tecrübesi

Görev	Süre
Fizyoterapist	2 yıl

Mesleki Dernek/Kurum Üveligi

Türkiye Fizyoterapistler Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar

