



**İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA İDRAR KAÇIRMA ŞİDDETİNE
GÖRE FİZİYOTERAPİ YÖNTEMLERİ HAKKINDA YAPILAN
BİLGİLENDİRMENİN HASTANIN TERCİHİNE ETKİSİ VE
GRUPLARIN ÇOK YÖNLÜ KARŞILAŞTIRILMASI**

Emine İPEK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
FİZİYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2019

Emine İPEK tarafından hazırlanan “İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA İDRAR KAÇIRMA ŞİDDETİNE GÖRE FİZYOTERAPİ YÖNTEMLERİ HAKKINDA YAPILAN BİLGİLENDİRME HASTANIN TERCİHİNE ETKİSİ VE GRUPLARIN ÇOK YÖNLÜ KARŞILAŞTIRILMASI” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. İlke KESER

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan : Prof. Dr. İlker ŞEN

Üroloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

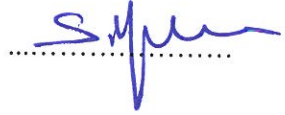
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye : Doç. Dr. Serap ÖZGÜL

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 04/12/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirim, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Emine İPEK

04/12/2019

İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA İDRAR KAÇIRMA ŞİDDETİNE GÖRE
FİZYOTERAPİ YÖNTEMLERİ HAKKINDA YAPILAN BİLGİLENDİRMENİN
HASTANIN TERCİHİNE ETKİSİ VE GRUPLARIN ÇOK YÖNLÜ
KARŞILAŞTIRILMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine İPEK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2019

ÖZET

Bu çalışmanın amacı idrar kaçırma (İK) şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin incelenmesidir. Çalışmaya dahil edilen 70 bireyin sosyo-demografik özellikleri ve üriner semptomları kaydedildi. Bireyler 24-saatlik ped testi sonuçlarına göre, ≥ 4 -20 gr/24 saat değerlere sahip olanlar hafif İK'sı olan grup (n:44) ve ≥ 21 gr/24 saat ve üzerinde değerlere sahip olanlar orta-şiddetli İK'sı olan grup (n:26) olmak üzere iki gruba ayrıldılar. Bireylere İK ve tedavilerini, İK'ya yönelik fizyoterapi uygulamalarını bilip bilmedikleri, daha önce kendilerine İK'ya yönelik tedavi uygulanıp uygulanmadığı soruldu. Bilgilendirme sonrası bireylerden kanıtlanmış fizyoterapi yöntemlerinden hangisini/hangilerini tercih ettiği, bunları tercih etmesinin nedeni, 1'den çok tercihi var ise tercih sırası, İK hakkında bilgiye sahip hissedip hissetmediği ve fizyoterapist tarafından verilen bilgilendirmenin kendisini memnun edip etmediği sorgulandı. Pelvik taban kas (PTK) kuvveti, üriner semptomları, yaşam kaliteleri sırası ile Elektromyografi (EMG) Biofeedback, Ürogenital Distres Envanteri'nin kısa formu (ÜDE-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (İESF) ve King Sağlık Anketi (KSA) ile değerlendirildi. Her iki grupta da bireyler uygulamalar hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdi. Gruplarda en çok tercih edilen fizyoterapi yöntemi pelvik taban kas eğitimi (PTKE) oldu. Tercih nedenleri hafif şiddette İK'sı olan grupta 'rahat ve kolay olması' iken orta-şiddetli İK'sı olan grupta 'tedaviyi evde yapmak istemeleri' ve 'rahat ve kolay olması' olarak ifade edildi. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre bireylerin İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgiye sahip olmadığı ve bu konularda bilgilendirilmeye ihtiyaç olduğu tespit edildi. İK'ya yönelik fizyoterapi seçeneklerine ilişkin bilgilendirme sonrasında İK şiddetinden bağımsız olarak bireyler en çok PTKE'yi uygulamayı tercih etmiştir.

Bilim Kodu : 1024
Anahtar Kelimeler : Üriner inkontinans, hasta tercihi, fizyoterapi, idrar kaçırma şiddeti
Sayfa Adedi : 108
Tez Danışmanı : Doç. Dr. İlke KESER

THE EFFECT OF INFORMATION ABOUT PHYSIOTHERAPY METHODS ON
PATIENTS PREFERENCE ACCORDING TO THE SEVERITY OF URINARY
INCONTINENCE AND MULTIDIMENSIONAL COMPARISON OF THE GROUPS IN
WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

(M. Sc. Thesis)

Emine İPEK

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

December 2019

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effect of urinary incontinence (UI) severity on patient preference after information about physiotherapy methods. Socio-demographic characteristics and urinary symptoms of 70 individuals included in the study were recorded. Individuals were divided into two groups according to the results of the 24-hour pad test, individuals with ≥ 4 -20 gr/24 hours value were included in mild UI group (n:44) and with 21g/24 hours value or above were included in moderate-severe UI group (n:26). The individuals were asked whether they asked about UI and their treatments, physiotherapy applications for UI and whether they had been treated for UI before. After the information, individuals were asked which of the proven physiotherapy methods they prefer, reason to choose, if they have more than 1 preference, order of preference, whether they feel having sufficient information about UI and whether the information given by the physiotherapist satisfied or not. Pelvic floor muscle strength (PFMS), urinary symptoms, quality of life Electromyography (EMG) Biofeedback were evaluated by using the Turkish version of the of Urogenital Distress Inventory-short form (UDI-6) and the Incontinence Impact Questionnaire- short form (IIQ-7) and King Health Questionnaire (KHQ). In both groups, individuals did not have sufficient information about the practices. Pelvic floor muscle training was the most preferred physiotherapy method in the groups. The reason for preference were “comfortable and easy treatment” in the mild UI group. In the group with moderate-severe UI, they expressed “for treatment at home” and “comfortable and easy treatment”. According to the results of this study, it was detected that individuals do not have information about the physiotherapy methods directed to UI and there is a need to be informed about these issues. After informing about physiotherapy options for UI independent from UI severity the individuals preferred to apply PFMS.

Science Code : 1024
Key Words : Urinary incontinence, patient preference, patient benefit index
physiotherapy, incontinence severity
Page Number : 108
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. İlke KESER

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her süreçte her zaman yanımda olan, bilimsel ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, büyük bir özveri sahibi, çok değerli danışmanım ve sevgili hocam Doç. Dr. İlke KESER'e,

Tez çalışmasının oluşturulması için gerekli koşulları ve ortamı sağlayan, bana üroloji alanında çalışma fırsatı veren, alçakgönüllü tavırlarıyla her türlü yardımı sağlayan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. İlker ŞEN'e,

Yüksek lisansa başlamamda beni yüreklendiren ve önderlik eden abim Ümit DERE'ye,

Yüksek lisansa başladığım ilk günden beri yanımda olan, hiçbir yardımını esirgemeyen, uzmanlığa ilk adımı beraber attığım yüreği güzel canım arkadaşım Fzt. Havva Sümeyye ÖZER'e,

Bu süreçte desteğini ve sevgisini esirgemeyen, en sıkıntılı anlarımda yanımda olan Fzt. Mehmet Fatih HALATCI'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana evini, gönlünü açan yengem Gülşen, dayım Sefer DERE'ye ve halam Azize, eniştem Ahmet ÇAKIR'a,

Bu çalışmaya katılarak en büyük yardımlardan birini yapan katılımcılara,

Tezimi hazırlarken bana olan güvenleri ile devam etmemi sağlayan, her türlü kahrımı çekerek yanımda olan beni bugünlere getiren sevgili babam Hakkı ve annem Nuriye İPEK'e, canımın içi kardeşim İbrahim'e, kardeşim Sevim ve eşi Barış'a ve ailemizin en minik üyesi Mahmut'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xi
RESİMLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu	5
2.2. İdrar Kaçırma.....	5
2.2.1. Stres tipi idrar kaçırma	6
2.2.2. Sıkışma tipi idrar kaçırma	6
2.2.3. Karışık tipte idrar kaçırma.....	6
2.2.4. Uykuda idrar kaçırma (enürezis noktürna).....	6
2.2.5. Sürekli ya da devamlı idrar kaçırma.....	6
2.3. İdrar Kaçırma Prevalansı	7
2.4. Risk Faktörleri	7
2.5. İdrar Kaçırmanın Değerlendirilmesi.....	8
2.5.1. Hikâye	8
2.5.2. Nörolojik değerlendirme	9
2.5.3. Diğer fizyoterapi değerlendirme yöntemleri	9
2.6. Tedavi	14

	Sayfa
2.6.1. Hasta eğitimi	14
2.6.2. Hasta tercihi–tedavi seçimi	14
2.6.3. Fizyoterapi tedavi yöntemleri.....	15
2.6.4. Davranışsal tedavi	16
2.6.5. Mesane eğitimi	16
2.6.6. Pelvik taban kas eğitimi	17
2.6.7. Vajinal kon eğitimi.....	19
2.6.8. Elektrik stimülasyonu.....	19
2.6.9. Biyofeedback yardımcı pelvik taban kas egzersizleri.....	20
2.6.10. Modifiye pilates eğitimi	21
2.6.11. Ekstrakorporeal manyetik stimülasyon (manyetik sandalye).....	22
2.6.12. Abdominal egzersizler.....	22
2.6.13. Solunum egzersizleri	23
2.6.14. Alt ekstremitte egzersizleri.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Bireyler	25
3.1.1. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri	25
3.1.2. Çalışma dışında bırakma kriterleri	25
3.2. Yöntem	25
3.2.1. Değerlendirme	25
3.3. Fizyoterapist Tarafından Yapılan Bilgilendirme	32
3.4. İstatistiksel Analiz	36
4. BULGULAR	37
4.1. Bireylere Ait Özellikler	37
4.2. Bireylerin İdrar Kaçırma Tipleri ve Pelvik Taban Kas Aktivasyonu.....	41
4.3. Bireylerin İdrar Kaçırma Sıklığı ve Semptomları	42

	Sayfa
4.4. Bireylerin Bilgilendirme Öncesi Bilgi Düzeyleri	43
4.5. Bireylerin Bilgilendirme Sonrası Tedavi Tercih ve Tercih Nedeni	43
4.6. Bireylerin Yaşam Kalitesi	46
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. İdrar Kaçırması Olan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	47
5.2. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Üriner Semptomlarının İncelenmesi	51
5.3. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre İdrar Kaçırma Tiplerinin İncelenmesi.....	52
5.4. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Pelvik Taban Kas Kuvveti	52
5.5. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi	53
5.6. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Tedavi Tercihlerinin İncelenmesi	55
5.7. İdrar Kaçırması Olan Kadınların İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Yaşam Kalitesi	59
5.8. Çalışmanın Limitasyonları	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler.....	66
KAYNAKLAR	69
EKLER.....	85
EK-1. Etik Kurul Onayı	86
EK-2. Değerlendirme Formu	89
EK-3. Bilgilendirme sunumu	97
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	104
ÖZGEÇMİŞ	108

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Bireylerin demografik özellikleri	38
Çizelge 4.2. Bireylerin eğitim, medeni, çalışma durumuna göre dağılımı	39
Çizelge 4.3. Bireylerin özgeçmişine ait özellikler	40
Çizelge 4.4. Bireylerin obstetrik hikayesinin dağılımı	40
Çizelge 4.5. Bireylerin diğer obstetrik hikayesinin dağılımı	41
Çizelge 4.6. İK şiddetine göre PTK aktivasyonu.....	41
Çizelge 4.7. İK şiddetine göre İK şikayet süresi.....	42
Çizelge 4.8. İK şiddetine göre idrara çıkma sıklığı	42
Çizelge 4.9. İK şiddetine göre İK semptomları	43
Çizelge 4.10. Bilgilendirme öncesi bilgi düzeyi.....	43
Çizelge 4.11. Bilgilendirme sonrası tedavi tercihi.....	45
Çizelge 4.12. King Sağlık Anketi alt alan puanlarının gruplar arası karşılaştırılması....	46

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Hasta akış diyagramı.....	37



RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. EMG-Biofeedback programı ve ölçüm sandalyesi.....	27
Resim 3.2. Elektrot yerleşimi.....	27
Resim 3.3. EMG-Biofeedback programı ekranı	28
Resim 3.4. EMG-Biofeedback programı ölçüm sonucu.....	28
Resim 3.5. Isolab Balance hassas terazi aşamaları	30
Resim 3.6. Fizyoterapist tarafından hasta bilgilendirmesi.....	32

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
μv	mikrovolt
cm	santimetre
dk	dakika
gr	gram
kg	kilogram
kg/m^2	kilogram/metre kare
m	metre
n	birey sayısı
p	istatistiksel bir hipotez testinin olasılık değeri
sn	saniye

Kısaltmalar	Açıklamalar
İK	İdrar Kaçırma
AÜS	Alt Üriner Sistem
AÜSİB	Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu
PTKE	Pelvik Taban Kas Eğitimi
PTK	Pelvik Taban Kasları
VKİ	Vücut Kütle İndeksi
EMG	Elektromiyografi
POS	Pelvik Organ Sarkması
ME	Mesane Eğitimi
BF	Biofeedback
ES	Elektrik Stimülasyonu
EMS	Ekstrakorporal Manyetik Stimülasyon
MP	Modifiye Pilates
AE	Abdominal Egzersiz
UDI	Urogenital Distress Inventory

Kısaltmalar**Açıklamalar**

ÜDE

Ürogenital Distres Envanteri

İESF

İnkontinans Etki Soru Formu

IIQ

Incontinence Impact Questionnaire

KHQ

King Health Questionnaire

KSA

King Sağlık Anketi



1. GİRİŞ

İdrar kaçırma (İK) yaygın görülen bir problemdir. Kadınlarda prevalansı % 9- 72 arasında değişiklik göstermektedir [1]. Yaşlanma, genetik yatkınlık, kronik konstipasyon, metabolik hastalıklar (obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, serebrovasküler hastalık vb.), gebelik ve doğum sayısının fazla olması, fetal makrozomi, sezaryen ve abortus sayısının çok olması, pelvik organ sarkması (POS), geçirilmiş jinekolojik-obstetrik cerrahi [2] operasyonlar, dismenore, servisit-vajinit ve pelvik taban kaslarındaki zayıflık gibi durumlar İK'nın oluşmasına veya ilerlemesine neden olabilir [3].

İK tüm yaş gruplarını etkileyerek, psikolojik, sosyal ve cinsel problemlerle yaşam kalitesini olumsuz yönde değiştirmektedir, ayrıca sosyal ve fiziksel aktiviteleri kısıtlamaktadır [4, 5]. Sürekli ıslaklık hissi ve irritasyondan kaynaklanan sıkıntılar depresyona kadar gidebilen psikolojik sorunlara neden olabilmektedir [5]. Hastaların, İK'nın olumsuz etkilerini önlemek için hem fiziksel ve sosyal aktivitelerini hem de sıvı alımını kısıtladığı belirtilmektedir [4]. Bu da sosyal izolasyon ve sağlığın olumsuz yönde etkilenmesi ile sonuçlanabilmektedir [6]. İK'da morbidite oranı oldukça yüksektir ve sağlık sektöründe büyük harcamalara neden olmaktadır [7].

Günümüzde İK tedavisine yönelik olarak davranış tedavileri, fizyoterapi, ilaç ve cerrahi uygulamalar kullanılmaktadır [8]. Hastanın şikayetlerini azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada fizyoterapi yaklaşımları özellikle ilk basamakta etkilidir [9]. Fizyoterapi uygulamaları değerlendirme ile başlar ve İK'da semptomların şiddeti ve etkileri yanında, uygulanan tedavinin etkinliğini belirlemek amacı ile değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Fizyoterapi değerlendirmeleri doğrultusunda, bireye özelleşmiş olarak, mesane problemlerinin kontrol altına alınabilmesi için uygun tedavi/fizyoterapi yöntemi belirlenebilmektedir. İK tedavisinde fizyoterapi uygulamalarının amacı hastalığın bireyin sosyal ve emosyonel durumu üzerine olan olumsuz etkilerini en aza indirmektir. Bu amaca ulaşmak için zayıflamış olan pelvik taban kasları (PTK)'nın kuvvetini artırmak ve eşlik eden üriner semptomları ortadan kaldırmak üzerinde durulmaktadır [8].

Fizyoterapi uygulamaları içerisinde PTK'yı kuvvetlendirmek, İK'yı önlemek ya da var olan bu durumun nasıl tersine çevirebileceğine dair yöntemler yer alır [8]. PTK'ya kuvvet ve endurans eğitimi, biofeedback (BF) ve nöromüsküler elektrik stimülasyonu [10], vajinal

konlar/problar ile dirençli eğitim ve mesane eğitimi (ME), ekstrakorporeal manyetik stimülasyon (manyetik sandalye) (EMS), modifiye pilates (MP), abdominal egzersizler, solunum ve alt ekstremitte egzersizleri [11, 12] İK'nın önlenmesinde ve tedavisinde temel fizyoterapi yöntemleridir [13].

Fizyoterapi yaklaşımlarının avantajları arasında güvenli olması, yan etki oluşturmaması, hasta konforu ve hasta memnuniyetinin yüksek olması sayılabilir [14]. Bu müdahaleler hasta tarafından kabul edilebilir, çünkü riskleri oldukça düşüktür [13]. İK'nın semptomları ve işlevsel sınırlamalar pek çok hasta için, fizyoterapi yaklaşımları ile etkili bir şekilde yönetilebilmektedir [14]. Ancak semptomlar için önerilen/kullanılan tedavi yöntemleri hastalar açısından kafa karıştırıcı olabilmektedir. Bazı hastalar başkaları tarafından uygulanan denetimli bir eğitimi tercih ederken, diğerleri eğitimi kendi kendilerine yönetmeyi istemektedir [15]. Bu durumda hastaların beklentisi ve hassasiyetleri ile bilimsel doğruların başarılı bir şekilde örtüşmesi gerekmektedir [16]. Ayrıca hastaların büyük bir kısmı tedaviye uygun olmasına karşın, İK'yı normal bir süreç olarak görmeleri ve bu şikâyet ile doktora başvurmamaları nedeni ile problem çözümünde toplumumuzda hala istenilen başarı oranına ulaşamamıştır [17, 18]. Diğer bir faktör olarak, her hasta için sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği değişmektedir ve bakım gereksinimi olan kadınlar her zaman optimal tedaviye erişememektedir [19]. Tüm bu faktörler bir arada değerlendirilerek hastaya en uygun ve etkili tedavi yönteminin hastaya sunulması belirleyici hale gelmektedir [20].

Yapılan literatür taramasında İK tanılı kadın hastaların tedaviden ne istediklerini değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanmıştır [21, 22]. Bu yayınlar daha çok ilaç veya cerrahi tedavilerin tercih edilmesine odaklı olup, fizyoterapi uygulamaları konusunda hastanın tercihini sorgulayan bir yayın bulunmamaktadır.

İK'ya yönelik yaklaşımlar özel vücut bölgelerini içerdiğinden ve kültürel bazı nedenlerle hastalar tarafından kabul edilebilirlikleri değişiklik gösterdiğinden, hangi fizyoterapi yönteminin hastalar tarafından daha fazla kabul gördüğü bilinirse, klinikte daha verimli uygulamalar yapılabilecektir. Ayrıca İK'ya yönelik olarak mümkün olan farklı olası tedaviler açısından hastanın en iyi seçenek olarak gördüğü yaklaşımın hesaba katılması durumunda, hasta tercihlerindeki farklılıklara duyarlı uygulamalar yapılabilecek ve araştırmalarda daha kabul edilebilir yaklaşımlar geliştirilebilecektir [23].

Tedavi seçeneklerine ilişkin hasta tercihlerinin anlaşılmasının tedaviye uyumu, tedavinin sürdürülebilirliği ve hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olacağı düşünülmüştür [23]. Günümüz şartlarında yaşam süresinin uzaması ile birlikte, İK ile yaşama süresi de artmaktadır. Bu yüzden İK tanı ve tedavisine yönelik araştırmalara giderek daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır [24]. Yaşamın hangi döneminde olursa olsun, İK mutlaka bir sağlık sorunu olarak ele alınmalı ve uygun yöntemlerle tedavi edilip yaşam kalitesi artırılmalıdır [25]. Yenilikçi metodolojilerin geliştirilmesi için de yararlı çıktılara ulaşılabilecektir. Farklı tedavi seçenekleri için hasta tercihlerini anlamamanın önemi vurgulanmıştır [23].

Literatürde tedaviye başlamadan önce İK'sı olan kadınların, İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri arasındaki tercihlerini ve tercih nedenlerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, İK şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin etkisinin incelenmesidir.

Çalışmanın hipotezleri

H_0 : İdrar kaçırma şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin etkisi yoktur.

H_1 : İdrar kaçırma şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin etkisi vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu

Alt üriner sistem (AÜS), mesane ve üretradan oluşur ve idrarın koordineli bir şekilde depolanmasını ve boşaltılmasını sağlar. Fonksiyonel olarak normal bir işeme, mesane doluluğunun algılanmasından sonra fiziksel ve sosyal olarak uygun bir zamanda istemli olarak gerçekleşir [26]. Alt üriner sistem işlev bozukluğu (AÜSİB), bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşamlarını etkilemektedir. Üriner bozukluklar kalıcı ürolojik değişikliklere de neden olabilmektedir [27].

AÜSİB hasta tarafından tanımlanır. Hasta tarafından doğrudan dile getirilir ya da sorgulama sırasında öğrenilebilir. Bazen de hastanın bakımından sorumlu kişilerce tanımlanır. AÜSİB üç gruba ayrılır. Bunlar:

1. İdrarın depolanması ile ilgili semptomlar,
2. İdrarın boşaltılması ile ilgili semptomlar,
3. İşeme sonrası görülen semptomlardır.

İK, idrarın depolanması ile ilgili belirtilerden biridir [28].

2.2. İdrar Kaçırma

Uluslararası Kontinans Topluluğu'nun, tanımına göre İK, her türlü İK şikayeti olarak tanımlanmıştır. İK bir tanı değil, bir semptomdur [29]. İK yaşlılıkla artan bir insidans göstermesine rağmen, hep algılandığı gibi yaşlılık sürecinin olağan bir sonucu değildir [30]. Basit bir yaklaşımla İK tipleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Stres tipi İK
- Sıkışma tipi İK
- Karışık tipte İK
- Uykuda İK (Enürezis noktürna)
- Diğer İK tipleri [28].

2.2.1. Stres tipi idrar kaçırma

Bir güç sarf edilmesi, egzersiz, hapşırma veya öksürmek ile oluşan İK'dır. İK popülasyonunda içinde genç yaş grubunun en sık görüldüğü İK tipidir. Artmış intraabdominal basınç artışına bağlı olduğu varsayılmaktadır. PTK'nın zayıflığı nedeni ile mesane çıkışı ve üretranın hipermobilitesi en sık görülen faktördür. İkinci sıklıktaki faktör, intraabdominal basınç normale döndüğü zaman iyileşen intrensek sfinkter yetmezliğidir. Östrojen eksikliği, önceki pelvik ameliyatlar ve sık vajinal doğum, sfinkteri zayıflatarak stres tip İK'ya neden olan faktörler arasındadır [31].

2.2.2. Sıkışma tipi idrar kaçırma

Acil idrar boşaltma ihtiyacı duyulması ile birlikte veya bu hissi takiben görülen İK'dır. Hastalar bu durumu tuvalete yetişememe olarak tanımlar ve genellikle öngöremezler. Aşırı miktarda kaçırma olabildiğinden, bu durumdan dolayı çok rahatsızlık duyarlar. Diğer AÜS semptomları sık idrara çıkma, sıkışma ve noktüridir [32].

2.2.3. Karışık tipte idrar kaçırma

Sıkışma hissi ve zorlamaya bağlı İK biçimlerinin bir arada bulunmasıdır. Stres ve sıkışma tipi İK'nın belirtileri sfinkter, mesane, nöromüsküler ve zihinsel kaynaklı olabilir. İK tanılı hastaların en az 1/3'i karışık tipte İK'ya sahiptir. Detrüsör duyuşal motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyonel bozukluk görülür. Hem stres hem de sıkışma tipi İK'nın nedenleri karışık tipte İK'nın nedenleri olarak düşünülebilir [33].

2.2.4. Uykuda idrar kaçırma (enürezis noktürna)

Kişi uykudayken idrar kaçıır. Enürezis herhangi bir durumdaki İK'yı tanımlar. Uykuda İK kast ediliyorsa, "noktürnal" sıfatıyla birlikte kullanılmalıdır [28].

2.2.5. Sürekli ya da devamlı idrar kaçırma

Hastanın devamlı İK şikayeti vardır.

Diğer İK tipleri farklı ortamlara bağlı olabilir. Örneğin, cinsel ilişki sırasında, sadece gülerken İK ortaya çıkar. Birey hiçbir şey hissetmeden, herhangi bir zorlama olmadan da idrar kaçırdığını söyleyebilir. Duyu etkilenimi olması nörolojik bir hastalığı düşündürür [28].

2.3. İdrar Kaçırma Prevalansı

İK prevalansı konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Belirlenen prevalanslar her zaman gerçeğin altında kalmıştır. Çünkü hastalar genellikle çekinme, utanma, İK'yı doğal bir süreç olarak görme, tedavinin yararlılığına inanmama gibi nedenlerden dolayı şikayetçi olmamaktadır [34]. Ayrıca prevalans çalışmalarında farklı popülasyonların taranmasına ve farklı tanı kriterleri kullanılmasına bağlı olarak sonuçlar farklılık göstermektedir. Bu çalışmalar sonucunda ulaşılan en doğru sonuç İK prevalansının %20-30 arasında olduğudur [35]. Dünyada İK sorununa sahip 200 milyondan fazla insan olduğu öngörülmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla İK problemine sahiptir. Kadın/erkek görülme oranının 60 yaş altında 4/1, 60 yaş ve üzerinde 2/1 olduğu belirtilmektedir [2]. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, kadınlarda İK prevalansı %16.4 ile %68.8 aralığındadır [36]. İK tipine göre, İK görülme sıklığı %36.6, stres tip İK için %33.5, sıkışma tip İK %26.8 olarak belirlenmiştir [37].

2.4. Risk Faktörleri

Literatürde İK ile ilgili birçok veri olmasına rağmen, farklı etiyolojik faktörlerin önemi ve etkileri hala net bir şekilde anlaşılamamıştır. Kabul görmüş, başlıca risk faktörleri arasında yaş, obezite, gebelik ve doğum şekli sayılabilir. Vücut kütle indeksi (VKİ) değerinin 30 kg/m² ve üzerinde olmasının İK riskini 4 kat artırdığı bilinmektedir. Alkol tüketimi, stres ve depresyon da İK için risk faktörleri olarak bildirilmiştir. Sigara, kadınlarda sıkışma tip İK ile ilişkili olarak görülmektedir. Sigaranın üretra ve mesane üzerine irritan etkisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca akciğer etkilenimine ve öksürüğe neden olduğu için sigaranın stres tip İK için risk faktörü olabileceği belirtilmektedir. Kadın cinsiyet, doğum travması, östrojen yetersizliği, ırk, kronik konstipasyon, gevşek bağ dokusuna sahip olmak, geçirilmiş pelvik cerrahi, POS, radyoterapi, üriner sistem enfeksiyonları, abdominal tümör, nörolojik hastalıklar (Multipl Skleroz, Parkinson Hastalığı, Serebro vasküler olaylar) ve spinal kord yaralanmaları, bazı ilaçlar, diyabet kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalıklar

da İK'nın diğer risk faktörleri olarak sıralanabilir. Menopoz, histerektomi geçirmiş olmak ve bazı sosyal alışkanlıklar gibi birçok faktör ise İK üzerinde etkili olduğu düşünülen ve halen tartışılan konulardandır [38-43].

2.5. İdrar Kaçırmanın Değerlendirilmesi

Uluslararası Kontinans Topluluğu, İK için kullanılacak değerlendirme parametrelerinde 5 ana grubun yer almasını önermektedir. Bunlar; 1.Hastanın gözlemlenmesi (anamnez/semptomlar), 2.Semptomların nicelleştirilmesi ya da şiddetinin belirlenmesi (işeme günlüğü veya ped testi), 3.Doktorun gözlemleri (anatomik ve fonksiyonel) PTK gücü, prolapsus skorlaması, ürodinami), 4.Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, 5.Sosyoekonomik değerlendirmedir [44].

Değerlendirme hikaye alınması yanında, nörolojik ve fizyoterapi değerlendirmelerini içermektedir [28]. Değerlendirme sonuçları semptomların varlığını, çeşidini ve şiddetini belirlenmesinde, uygulanacak olan tedaviye karar verilmesine ve seçilen tedavilerin etkinliğinin ölçülmesinde kullanılır. Ayrıca, kişinin yaşam kalitesi, sosyal hayatı, uyku düzeni, iş ve ev hayatı üzerinde İK'nın etkilerini değerlendirmek için çeşitli anketler de kullanılabilir [8].

2.5.1. Hikâye

İlk etapta demografik bilgiler, genel sağlık durumu, özgeçmiş, soy geçmiş, VKİ, kullanılan ilaçlar ve önceden alınan tedaviler sorgulanmalıdır. Birincil idrar şikâyetleri için İK'nın başlangıcı, gelişimi, şiddeti ve İK'nın başlamasına veya artmasına neden olan faktörler araştırılmalıdır. Vakaların obstetrik öyküsü ayrıntılı olarak alınmalıdır. Bu bağlamda gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, uzamış doğum, cerrahi doğum müdahalesine ihtiyaç, doğum ağırlığı, geçirilmiş abdominal ve vajinal jinekolojik cerrahi operasyonlarda kaydedilmelidir. Hastaların tıbbi özgeçmişlerinde yukarıda değinilen risk faktörlerinin varlığı sorgulanmalıdır. Olası sebepler ve risk faktörlerinin belirlenmesi (günlük tüketilen su, kahve ve çay miktarı) iyileşme sürecini etkileyebilecek faktörler (diüretik kullanımı, POS, aşırı kilo, cinsel problemler v.b.) ve hastalığın kişisel yönü (hastanın bu durumla baş etmek için neler yaptığı v.b.) rapor edilmelidir [28, 42].

2.5.2. Nörolojik değerlendirme

Nörolojik değerlendirme tüm hastalara uygulanmalı ve mental durum, duyu ve motor fonksiyonlar, alt ekstremiteler ve lumbosakral spinal kordun refleks testlerini içermelidir. Duyu değerlendirmesinde lumbosakral, perineal ve perianal dermatomlarda hafif dokunma, sıcak-soğuk ve sivri-künt duyusu değerlendirilebilir. Herhangi bir dermatomda belirlenen eksiklik periferik nöropatiyi düşündürmelidir. Ek olarak, duyu değerlendirme, İK tedavisinde önemlidir. Özellikle elektrik stimülasyonu veya ısınma sağlayan ajanlar kullanılacağında bu konuda dikkatli olunmalıdır [45].

2.5.3. Diğer fizyoterapi değerlendirme yöntemleri

Değerlendirme yapılmasının amacı PTK fonksiyonunu, kas-iskelet sisteminin diğer parçalarının PTK fonksiyonunu etkileyip etkilemediğini ve etkilendi ise ne kadar etkilediğini, lokal ve genel olumsuz prognostik faktörleri belirlemektir. Fizyoterapist tanı sürecine sağlık problemini vücut yapısı ve fonksiyonlarının bozukluklarını, kişinin aktivite kısıtlılıklarını ve İK ile ilişkili kişisel ve çevresel faktörleri değerlendirerek katkı sağlar. Fizyoterapist belirtilen şikayetler, hastalık hikayesi ve değerlendirmeler sırasında alınan bilgiler dahilinde bireyle görüşerek tedavi programını hazırlar [46].

Pelvik taban kas fonksiyon ve kuvvetinin değerlendirilmesi

Bu amaçla kullanılan pek çok yöntem bulunmaktadır. Bu kısımda en sıklıkla kullanılan değerlendirme yöntemleri anlatılacaktır.

Vizüel gözlem ve palpasyon

Doğru bir PTK kontraksiyonu üretral, vajinal ve anal açıklıklar çevresinde sıkışma ve perineumda gözlenebilen içeri doğru bir harekettir. Bu hareket sırt üstü pozisyonunda 3-4 cm kadardır. Pratik olarak kontraksiyon yeteneği hakkında bir ilk izlenim için kullanılabilir. Gözlem, bilimsel amaçlar için kullanılmamalıdır. Çünkü kontraksiyon, ıkmama ve fiziksel efor sırasında hareketi değerlendirmede manyetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografi daha duyarlı, güvenilir ve geçerli yöntemlerdir [44].

Vajinal palpasyon ile hastanın PTK' larını doğru bir şekilde kasma ve gevşetme yeteneğini test etmek, PTK kuvveti (maksimum istemli bir kontraksiyon için hastanın çabasını değerlendirme) ve enduransı (kontraksiyonu belli bir süre için devam ettirme veya kontraksiyonları tekrar etme yeteneği) değerlendirmek, istirahat tonusu, bir kontraksiyon sonrası tamamen gevşeme yeteneği, alt abdominal kaslarla koordinasyon, sağ ve sol PTK kontraksiyonunun simetrisi belirlenebilir. Ayrıca, skar, adezyonlar ve ağrının varlığı, levator aninin kasılma hızı ve perineal kaslara göre devreye girme sırası ve ürogenital hiatusun transvers ve anteroposterior çaplarını değerlendirmek için de kullanılır [44].

Dijital palpasyonla pelvik taban kas kuvveti değerlendirmesi

PTK gücünü subjektif olarak değerlendiren bir yöntemdir. Hasta uygun pozisyonunu alır ve testi yapan kişi iki parmağını vajinaya yerleştirir. Kişiden abdominal, kalça ve uyluk kaslarını gevşek bırakması ve vajina etrafındaki kaslarını düşünerek işeme esnasında nasıl gevşediği ve işemeyi nasıl durdurduğunu düşünmesi istenir. Parmaklar vajinada iken, hastadan idrar ve gaz çıkışını durdururcasına PTK'larını kasma, karın, kalça ve uyluk kaslarını gevşek bırakması ve bu sırada normal nefes alıp vermeye devam etmesi söylenir. Testin puanlanmasında Modifiye Oxford Skalası kullanılır [47]. Testin puanlaması şöyledir; 0: Kasılma yok, 1: Kasılma minimal, 1 sn'nin altında parmakları tutabilme, 2: Kasılma zayıf, parmaklarda elevasyon yok ve 1-3 sn tutabilme, 3: Kasılmayla terapistin parmakları posterior vajinal duvara kadar eleve edilir, minimal basınç ve 4-6 sn tutabilir, 4: Terapistin parmakları posterior vaginal duvara eleve olur, parmaklar üzerinde daha yoğun basınç hissi ve 7-9 sn tutabilme, 5: 9 sn süren güçlü bir kasılma ve terapistin parmağına karşı büyük bir direnç olur [47].

Daha sonra Laycock ve Jervood 2001'de "PERFECT" sistemini geliştirmiştir.

P:"Power" (güç) Modifiye Oxford Skalası ile 0-5 arasında kas kuvveti derecelendirilir. E:"Endurance" (endurans): Maksimum volunter kasılma yorgunluk oluşturmada önce sürdürebildiği süre saniye cinsinden ölçülür. Maksimum kuvvette azalma başladığı anda süre durdurulup kayıt edilir. R:"Repetitions" (tekrarlar): 4 sn dinlenme periyodları verilerek yapılan maksimum volunter kasılma sayısı kayıt edilir. F:"Fast": Bir saniye kasılma, bir saniye gevşeme şeklinde yapılan maksimum volunter kasılmaların sayısı kayıt edilir.

Yorgunluk oluşacak kadar en hızlı bir şekilde kasılma ve gevşemeleri içermelidir. ECT: Tüm kasılmaların toplam zamanı (PERF işlemini yaparken geçen toplam süre) kayıt edilir [48].

Perineometre

Vajinal basınç sensörüne bağlı bir manometre olup, PTK kasılması ile cmH₂O cinsinden sonuç verir. PTK kuvvetini ve tedavi etkinliğini objektif olarak değerlendirmede, PTKE'de kullanılan bir cihazdır. Perineometrenin sensörü vajinanın 5-7 cm içine kadar ilerletilir. Hastanın basınç algılayan bu sensörü sıkıştırması için PTK'larını kasma istenir. Normal kişilerde değer 30-60 cmH₂O dir. Üç ölçüm yapılarak bunların ortalaması alınır [49].

Elektromiyografi-elektromiyografi biofeedback

Elektromiyografi (EMG), kas lifleri tarafından açığa çıkarılan biyoelektriksel aktivitenin hücre dışı kayıdır. Klinikte kullanılan en az iki farklı yöntem karşılık gelir. Bunlar kinezyolojik EMG ve motor ünite EMG'si olarak adlandırılır. Her iki yöntem de sağlıklı ve hastalıklı durumda pelvik taban, AÜS, anorektal ve seksüel fonksiyonun değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır [44]. PTK disfonksiyonunun tedavisinde kullanılan EMG BF cihazı ise istirahatte veya istemli kas kasılması esnasında işitsel veya görsel sinyaller ile geri bildirim sağlamaktadır. Güncel BF tedavisi, EMG ya da manometrik basıncı kullanır. EMG kasın elektriksel aktivitesini mikrovolt cinsinden ölçer. Ölçümün doğruluğu bireyin PTK'yı doğru kasabilmesine, valsalva manevrası veya kalça retroversiyonu yaparak kompensasyonu önlemesine bağlıdır. PTK'nın kuvvetinin normal değerlerinde olduğu gibi, kontinansı devam ettirmek için gerekli olan PTK'nın gerçek eşik değeri de bilinmemektedir. BF, PTK'yı değerlendirmeye, uygun şekilde egzersiz yapmaya ve detrüsör kasılmaların nasıl inhibe edileceğini bireye öğretmeye yardımcı olur [50, 51].

Pelvik taban dinamometresi

Dinametreler değerlendiriciden bağımsız şekilde bir kas kasılması sırasında açığa çıkan kuvvetleri ölçerler. Gövde, üst ve alt ekstremitte kaslarının değerlendirilmesinde fizyoterapistler tarafından 40 yıldan uzun süredir kullanılmasına rağmen, pelvik taban dinamometreleri daha güncel yöntemlerdir. Bu cihaz, PTK'nın kuvvetini grafiklerle gösterip Newton (N) cinsinden ölçebilmektedir. PTK'nın maksimum kuvveti ve enduransı ölçülür. Ayrıca hız ölçümleri de yapıp grafiğe yansıtılabilmektedir [52].

Üretral basınç ölçümleri

Üretral fonksiyonun ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Üretranın İK'yı önleme yeteneğini değerlendirirler. Üretranın bazı noktalarında veya tüm üretral uzunluk boyunca ölçüm (üretral basınç ölçümü) yaparlar [53].

İşeme (mesane) günlüğü

Hasta işeme günlüğü ile aldığı sıvının miktarı ve cinsini, işeme hacmini, gün /gece boyu işeme sıklığını, İK sıklığını, sıkışma hissi ya da idrar kaçırdığı andaki aktivitesini saatleri ile birlikte kaydeder. Böylece, İK'yı artıran ve azaltan durumların ne olduğu ve İK tipi belirlenir [54]. İşeme günlükleri için süre, içerik ve form açısından maalesef bir standardizasyon yoktur. 24 saatten 14 güne kadar değişik süreler boyunca işeme günlüğü kaydı yapılabilir [55]. Avrupa Üroloji Birliği 3-7 günlük işeme günlüklerinin İK değerlendirmesinde güvenilir olduğunu belirtmektedir [32]. Uzun karmaşık çizelgeler daha çok bilgi verir gibi gözükmeyle birlikte, bunlara hastanın uyumu iyi değildir. 24-72 saatlik işeme günlüğü de semptomların şiddeti ve İK tipinin değerlendirilmesinde yeterli olur [54].

Ped testi

Kaçırılan idrar miktarını objektif olarak değerlendirir. Menstruasyon döneminde ve enfeksiyon varlığında yapılmamalıdır. Bu test belirli bir zaman periyodundan (örn; 1 saat, 24 saat, 48 saat) önce ve sonra pedin ağırlığı ölçülerek yapılır [56]. İK'yı uzun süreli ölçen ped testleri (24 saat veya 48 saat) daha güvenilirdir. Bütün ped testleri içinde 24 saatlik ped testi en kullanışlı olanıdır. Yüksek güvenilirliği ve hasta için uygulaması maküldür. 24 saatlik ped testinde 4 gr'ın üzerindeki değerler anlamlı olarak kabul edilmektedir ve İK şiddeti: hafif ($\geq 4-20$ g/24 saat), orta (21-74 g/24 saat) ve şiddetli (>75 g/24 saat) olarak sınıflandırılır [57].

Hasta sorgulama formları

Semptomların etkisini, ciddiyetini, hastanın aktivitesi ve iyilik halini ölçen en geçerli yol psikometrik olarak güçlü anketlerin kullanılmasıdır. Uygulama ve araştırmada bir anketin kullanılabilmesi için geçerlilik, güvenilirlik ve duyarlılık özelliklerini göstermesi gerekir [58].

İçerdiği bilgilere göre anketler genel olarak 3 gruba ayrılır [58]. Bunlar;

1. Özel semptomların varlığını ve bunların ciddiyetini değerlendiren semptom anketleri
2. Yaşam kalitesini değerlendiren, yaşam kalitesi anketleri
3. Cinsel fonksiyonları değerlendiren, cinsel fonksiyonları sorgulayan anketlerdir.

Semptom anketleri İK'nın şiddeti, sıklığı, tipini ortaya koymak için geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları Ürogenital Distres Envanteri-6, İnkontinans Şiddet İndeksi, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu, Bristol Alt Üriner Sistem Semptomları Anketi, Kadın Üriner İnkontinans Tanı Anketi, Pelvik Taban Distres Envanteri -20 olarak sıralanabilir [58-61].

İK her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ya da hijyenik bir durumdur. İK değişik nedenlerden dolayı meydana gelen karmaşık bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir. İK tanılı hastalar değerlendirilirken yaş, sosyal-kültürel durumlardaki ve genel sağlıktaki farklılıktan dolayı semptomlarını hafif ya da ciddi olarak tanımlarlar. Yaşam kalitesi anketleri İK'nın birey için sorun olma derecesini yansıtır [12]. İK tanılı hastalarda genel ve hastalığa özel yaşam kalitesi anketleri kullanılabilir. Kullanılan bazı genel yaşam kalitesi anketleri; Kısa form-36, Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi, Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anket Formudur. Duruma özel yaşam kalitesi anketleri ise; İnkontinans Etki Ölçeği-7, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, King Sağlık Anketi, Urge İnkontinans Etki Ölçeği, SEAPI İnkontinans Yaşam Kalitesi Skoruması, Wagner Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pelvik Taban Etki Anketidir [59-61].

İK'nın kendisi cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkili olabilmektedir. İlişki esnasında İK (koital İK) durumunda idrar kokusunun oluşması, utanma, korku duyguları ve özgüven kaybı cinsel fonksiyon bozukluğunun temel nedenleridir [62]. Bu yüzden cinsel fonksiyonu değerlendirmek için sorgulama anketleri geliştirilmiştir. Bu anketlere örnek olarak Kadın Cinsel İşlev İndeksi, McCoy Kadın Cinsel İşlev Anketi, Prolapsus ve İnkontinans Cinsel İşlev Anketi-12, Pelvik Organ Prolapsusu / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu verilebilir [58].

2.6. Tedavi

2.6.1. Hasta eğitimi

Öğretim, bilgilendirme gibi terimler aynı amaç için kullanılmıştır. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu hasta eğitimini: "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır [63]. Bu eğitim yalnızca bilgi aktarımı değildir. Başarı ile sonuçlanan eğitim; bireyin sağlıklı, nitelikli yaşamını destekleyecek olan davranışları kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir [64]. Geleneksel olarak, sağlık uzmanları tarafından yüz yüze öğretim yöntemleriyle sağlanır [65-67]. Bu yöntemler genellikle yazılı kitapçıklar veya broşürler [66, 68] veya ses kayıtları, dijital çok yönlü diskler ve video gibi multimedya kanalları tarafından desteklenir [69, 70]. Hekim ve diğer sağlık çalışanları için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılar. En önemlileri hizmet kalitesinin artırılması ve daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmet ve tedavilere uyum artacaktır. Tedaviye uyum artışı başarıyı ve eğitim uyumunu artıracak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşılacak ve morbidite azalacaktır [63].

2.6.2. Hasta tercihi–tedavi seçimi

Tedavi seçimi, kanıta dayalı tıp için ön koşullardan biri haline gelmiştir. Son yıllarda birçok ülkede, sadece etkinlik açısından değil, klinik açıdan yararların da belirlenebileceği tıbbi prosedürlerin değerlendirilmesi için, hastanın bakış açısına göre kriterler getirilmiştir [71]. Tedavi seçimi artık geçmişte olduğundan çok daha fazla hasta tarafından yönlendirilmektedir. Bununla birlikte, hastanın belirli bir durum için mevcut olan farklı tedaviler açısından en iyi seçenek olarak gördüğü seçeneğin tam olarak hesaba katılması durumunda, hasta tercihlerindeki farklılıklara duyarlı olan araştırmaların yapılmasına gereksinim oluşmaktadır [20, 72-76]. Farklı tedavi şekilleri bireyin tercihinde farklılıklar ile bağıntılı olabilir. Bu hasta tercihlerinin tanımlanabilmesi için uygun yöntemler geliştirilmelidir.

Almanya'da, mevcut düzenlemede hasta yararının öncelikle hastanın perspektifinden değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir [77]. Çoğu sağlık sisteminde, tahsis kararları

hastayla ilgili kriterleri dikkate almaktadır. Gelecekte yapılan klinik araştırmalar, sonuç değişkenleri olarak hasta tanımlı fayda parametrelerini de içermelidir. Ancak, şu ana kadar genel kabul görmüş bir “tedaviye ait fayda” tanımı yayınlanmamış ve “hasta tanımlı fayda”nın kaydedilmesi için açık bir yöntem geliştirilmemiştir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar, hastanın bakış açısından tedavi yararının doktor tarafından değerlendirilmediğini, doktorlar ve hastalar arasındaki tahminlerde farklılık olduğu için hastanın doğrudan sorgulanması gerektiğini göstermektedir [78]. Son yıllarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesi, hasta tarafından sağlanan faydaların kaydedilmesinde etkili olmuştur [79-81]. Bu tercihler farklı hasta alt gruplarında değişiklik gösterir ve hasta ile doktor arasında özel farklılıklar gösterir [78]. Yalnızca doktor tarafından uygulanan tedavilerde değil, tüm sağlık personelinin hastaya sunduğu tüm tedavi ve hizmetleri kapsayıcı şekilde hasta tercihinin sorgulanmasına olan ihtiyaç yukarda bahsedilen çalışmaların doğal bir sonucu olarak görülebilir.

Genel olarak, hastalar bireysel ihtiyaçlarını karşılayan tedavilerden en fazla yararlanırlar. Yararlı olan ancak belirli bir hasta için en önemli olanı yerine getirmeyen tedaviler ikinci seçenek olacaktır. Bu nedenle, tedavi sonuçlarının ve bireysel tedavi tercihleri eşleştirilmesi, tedavi faydasının değerlendirilmesinde özellikle önemlidir [82].

2.6.3. Fizyoterapi tedavi yöntemleri

İK’nın egzersize dayalı müdahaleler kullanılarak yönetilebileceğine dair kanıtlar mevcuttur ve literatürde cerrahi tedavi uygulanmadan önce konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesi kabul görmüş bir ilke olarak kabul edilmektedir [83]. İK’nın tedavisi, İK nedenine ve türüne göre yapılır. İK tanılı bir hastanın tedavisine yönelik olarak davranış, ilaç ve cerrahi temelli olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Bu seçeneklerden bir veya birkaçı, taşıdıkları risklere ve hastanın şikâyetlerini düzeltme potansiyeline göre tercih edilirler. Hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olarak denenmesi önerilmektedir [84]. Konservatif ve farmakolojik olmayan müdahaleler daha çok tercih edilir ve hafif İK’sı olan hastalar için İK yönetiminin temelini oluşturur [85].

İngiltere'deki klinik rehberler [86] cerrahi müdahale veya daha fazla invaziv işlemlerden önce fizyoterapist denetimli PTKKE’nin denenmesini tavsiye etmiştir. Çünkü en önemli özyönetim stratejisi, farkındalık oluşturarak kadınlara erken aşamada uygun yardım isteme

yetişi kazandırır. Konservatif tedavi ve özyönetim stratejileri ile hafif-orta dereceli stres İK için sonuçların daha iyi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle ilgili bilgiye zamanında erişim yaşam kalitesini arttırmada ve semptom şiddetini ve ilerlemesini azaltmada önemli olabilir [86].

2.6.4. Davranışsal tedavi

Düşük risk taşıdıkları ve hem stres tipi İK hem de sıkışma tipi İK semptomlarının düzeltilmesini hedefledikleri için umut verici tedavilerden biri olarak ilk sırada tercih edilir [2, 87]. Hastaların sıvı tüketiminin hem nicel hem nitel olarak yeniden düzenlenmesi, sigaranın bırakılması, kafein tüketiminin kısıtlanması, obezite varlığında kilo verilmesinin sağlanması, konstipasyonun önlenmesi ve bağırsak alışkanlığının düzenlenmesi adımlarından oluşmaktadır [88].

2.6.5. Mesane eğitimi

Mesane düz kaslardan oluşan fakat kortikal kontrol altında çalışan bir organdır. Sağlıklı bir kişide mesane kapasitesi 150-200 ml'e ulaştığında ilk doluluk hissi oluşur. Mesane tamamen dolana kadar uyum sağlamak için gevşer. Böylece kişi uygun ortam bulana kadar idrar yapma isteğini bastırır. Mesane, serebral korteks ve spinal kord arasındaki nörofizyolojik karmaşık mekanizma idrar yapma sıklığının günde 5-7 kez olmasına neden olur. Normalden sapma durumlarında bu mekanizmada bozukluk oluşur [89].

ME, 1960'ların sonundan bu yana kadınlarda özellikle aşırı aktif mesane semptomlarının (örneğin sıkışma, sıklık, sıkışma tip İK ve noktüri) tedavisinde kullanılmaktadır [90]. Ayrıca karışık tipte İK ve stres tip İK için de bir tedavi olarak önerilmektedir [91]. ME normal mesane fonksiyonunu onarmak için işemeler arası zamanı aşamalı olarak uzatan, zorunlu veya kişi kendi yönetiminde yapılan bir hasta eğitim sürecini içerir [92]. ME dört aşamadan oluşur. Birincisi AÜS hakkında hastayı bilgilendirmektir. İkincisi işemeyi erteleme ve acil idrar hissini önlemeye yönelik programı uygulamaktır. Aciliyeti geciktirmek için tuvalete koşulmamalıdır. Ayakta durmalı ya da oturmalıdır. Perineye basınç uygulanır, abdominal kasları gevşetmek için solunum egzersizi ve PTKE yapılır. Eğer engel olunamıyorsa kaçırmayı önlemek için idrar yapılabilir [93]. Üçüncüsü iki işeme arasındaki süre 2 saatten

az ise, en az 2-4 saat olacak ve işenen miktar artacak şekilde programa uymaktır (zamanlı işleme eğitim programı) . Dördüncü bileşen hastayı motive etmek için desteklemektir [94].

Bu programda kritik nokta hastanın motivasyonudur. Yazılı komutlar faydalıdır. Böyle bir programda ilerlemek için acele eden hastalar hayal kırıklığına uğrayabilirler ve cesaretleri kırılabilir. Bu tedavinin başarısını belirleyen en önemli faktör hasta uyumudur [93].

2.6.6. Pelvik taban kas eğitimi

PTKE’de amaç; PTK’larını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmektir. PTKE, kişilerde olabilecek POS’u azaltır ve vajinayı daha stabil hale getirir [95, 96]. Ayrıca, pelvik tabanın tonusu ve kontraksiyon yeteneği arttırmakta ve böylece eksternal üretral kas yapının tonusunda da artış oluşmaktadır. Uygun zamanda kuvvetli bir PTK kasılması, idrar kaçağını; üretrayı pubise doğru sıkıştırarak, karın içi basınçlarının ani artışında üretranın aşağıya yer değişimini azaltarak ve egzersize bağlı kas hipertrofisinin üretral basıncı ve pelvik organların yapısal desteğini arttırarak engeller [97]. Randomize çalışmalar ve sistematik derlemeler, PTK egzersizlerinin hem stres hem de karışık tip İK tedavilerinde tek başına etkili olduğunu gösteren kuvvetli kanıtlar ortaya çıkarmıştır [97, 98]. Sıkışma tip İK için de birinci basamak tedavi seçeneği olarak, en az 3 ay uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır [82].

Zayıflamış PTK, intrabdominal basınç artışı sırasında İK’ya neden olur [95, 96]. Uzun süre yapılan PTKE ile Tip I liflerinde hipertrofi meydana gelir bu da PTK’nın yapısal destek fonksiyonunun artmasına neden olur. Tip I lifleri, oksidatif metabolizmaya sahiptirler, yorulmaya dirençlidirler ve ileti hızları ile kasılma süreleri uzundur. PTKE ile aynı zamanda motor ünitelerin birbiri ile olan ilişkisi ve koordinasyonu da düzenlenir. Düzenli ve doğru yapılan PTKE ile aktif motor ünite sayısı ve bunların uyarılması artar [98].

PTKE önerilirken ‘aşırı yük prensibi’ göz önüne alınmalıdır. Bu prensibe göre eğer bir kasın performansı arttırılmak isteniyorsa, daha önce alışmış olduğu seviyeden daha yüksek düzeyde efor sarf etmesi gerekir. Aşırı yük, egzersiz esnasında kasa yüklenen direncin ve/veya egzersiz sıklığının arttırılması ile elde edilir [98].

Dayanıklılık egzersizinde ise, kasılma süresinin uzatılması amaçlanır. Mümkünse, aşırı yük derecesi her hastanın kas performansına ve gücünü kaybetmesine bağlı olarak ayarlanmalıdır. Egzersizin fizyolojik etkileri ancak 2. haftanın ortasında çıkmaya başlar [99]. 6-8 haftada şikâyet azalır, 6 ayda da düzelme olur. Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonusa ulaşınca etkiyi korumak amacıyla ömür boyu sürdürülmelidir. Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması için daha uzun bir süre geçebilir. Yapılan çalışmalarda egzersiz süreleri 6 hafta ile 4 ay arasında değişmektedir. Eğer istenilen yanıt alınamazsa altta yatan başka bir neden araştırılmalıdır [2, 100].

Egzersizin kontrendikasyonu yoktur. Fakat bu kaslar herhangi bir eklem hareketine sebep olmadığından birçok kadın PTK'sını doğru şekilde çalıştırmayı başaramaz. Egzersizi öğretme hastanın doğru kasını kullanıp kullanmaması açısından çok önemlidir. Hastaya egzersiz öğretmeden önce gerekli anatomik bilgiler kapsamlı şekilde verilmelidir. Egzersizler hastaya birebir öğretilmelidir. Egzersize başlamadan önce hastanın mesanesi boşaltılmalı, rahat hareket edebileceği kıyafet giymesi söylenmelidir. Hasta dizler hafif fleksiyonda, baş hafifçe kalkık ve sırtüstü pozisyonda PTK'sını kasma ve gevşeme yöntemi öğretilir [91]. Kasma yöntemi öğretilirken; PTK'larını idrar ve gaz geçişini durduruyormuş gibi arkadan öne doğru sıkması, gevşeme yöntemi öğretilirken ise; PTK'larını idrar ve gaz geçişine izin verecekmiş gibi rahat bırakması istenir. PTKE yapılırken karın, kalça ve uyluk kasları kasılmamalı ve valsalva manevrası yapılmamalıdır [95].

Kişinin genç veya premenopozal dönemde olması, semptomların kısa süreçli olması ve stres tip İK tanısı olması durumunda başarı artar. Kasılma olmaksızın obezitenin kendisi intraabdominal basıncı artırır ve stres tip İK'ya neden olabilir [95]. Bu nedenle obez hastalarda başarı daha kısıtlıdır. Cerrahi girişim geçirme; etkinliği azaltır, çünkü oluşan skar dokusu kasların kasılma yeteneğini azaltır. Depresyon ve yorgunluk tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Egzersizin avantajları; risk ve maliyetinin olmaması, hastane dışı ortamlarda da uygulanabilmesidir [101]. Egzersiz programlarının yoğun olarak uygulanması, egzersizlere geri bildirim eklenmesi ve hastanın egzersizleri bir gözetmen eşliğinde yapması, etkinliği arttıran unsurlar olarak bildirilmektedir. PTKE, İK'sı olan yaşlı veya gebe kadınlarda da rahatlıkla tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir. Erken gebelikte başlanan PTKE ile gebeliğin geç döneminde ve postpartum ilk 6 ayda görülen İK'nın azaltılabileceği ve erken postpartum dönemde başlanan egzersiz ile postpartum 12 aya kadar İK'da belirgin azalma olacağı ileri sürülmektedir [82].

2.6.7. Vajinal kon eğitimi

Ağırlıkları 20 gr 'dan 100 gr 'a kadar değişen vajinal konların vajinada sıra ile taşınmaları ile yapılan egzersizle pelvik tabanın kas yapısının kontraksiyon etkinliğini ve PTK'nın kuvvet ve enduransını artırabilmek amaçlanmaktadır. Vajinal konlar ile PTK'da güçlü izometrik kontraksiyonlar oluşturularak, konların vajinada durabilmesi sağlanır. Değişik ağırlıklara karşı dirençli olarak çalıştırılır. Konun vajende tutulabilmesi için PTK gücünün Modifiye Oxford Skalası'na göre 3 ve üzerinde olması istenir. Uygulamaya en hafif olan konla başlanır, daha sonra uygun ağırlıklıdaki bir kon vajinaya yerleştirilip hastadan yürümesi istendiğinde, kon kayıp düşme eğilimi gösterir. Konu düşürme hissi kuvvetli bir geri bildirim sağlayarak, PTK'larını kasılmaya teşvik eder. Hastadan, günde 2 kez, başlangıçta 10 dk daha sonra 20 dk süresince konu vajina içerisinde tutması istenir. Hasta bunu başardığında bir üst ağırlığa geçilir.

Vajinal konlar aşırı POS varlığında kullanılmaz. Doğum sonrası dönemde gevşemiş PTK esnekliğinin tekrar kazanılmasında oldukça faydalı bir yöntemdir. Ayrıca bu yöntemle PTKE sırasında istemeden oluşabilecek abdominal ve gluteal kontraksiyonlar engellenmiş olur [102, 103].

2.6.8. Elektrik stimülasyonu

ES ile ilgili tekniklerin ilerlemesi ile birlikte stres tip İK, sıkışma tip İK, karışık tip İK, idrara çıkma sıklığı ve nöropatik işeme disfonksiyonu tedavisinde kullanılan, basit, invaziv olmayan, ucuz, alternatif bir tedavi modalitesi olarak yerini almıştır. Sıkışma tip İK'lı hasta grubunda ES'nin etki mekanizması hakkındaki yorumlar kortikal aktivitenin regülasyonu ve spinal reflekslerin reorganizasyonu ile ilişkili olabileceği yönündedir. ES, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonunda olduğu gibi invaziv olmayan yüzey elektrotlarla (transkutanöz), vajinal ve/veya rektal elektrotlarla, perkutanöz iğne elektrodlarla (tibial sinir stimülasyonu) ya da tamamen implante cihazlar yardımı ile (sakral sinir stimülasyonu) uygulanabilmektedir [104]. ES ile stres tip İK'da direkt pelvik taban hedeflenirken, sıkışma tip İK'da hedef; detrüsör, pelvik taban ya da afferent sinirler olabilir [54].

ES'nin etki mekanizmaları:

1. Kas kontraksiyonu ile kas gücü artar (pasif olarak PTKÉ)
2. Pudental sinirin direkt stimölasyonu ile üretral basınç artar
3. Pelvik sinirin refleks stimölasyonu ile detrösör inhibe edilir
4. Lokal dolaşım artar
5. Kortikal bilinci artırır
6. Adrenerjik aktivite artar, kolinerjik aktivite azalır [53].

Frekansı 5-25 Hz olan ES, detrösörde inhibisyona neden olması nedeniyle sıkışma tip İK tedavisinde kullanılmaktadır. Stres tip İK için, çalışmaların çoğunda 35-50 Hz uygulayan kısa süreli ES kullanılmıştır [105]. Tedavi sürelerine baktığımızda; intravajinal ES'nin günde 2 kez toplam 30 dakikadan, haftada 3 kez günde 20 dakikaya kadar değişen sıklıklarda, toplamda 4-12 hafta süresince uygulandığı görölmektedir [106, 107]. ES yöntemi PTK gücü 3/5'in altında olan hastalarda tercih edilir [6].

ES'nin yapılmadığı durumlar; obezite, ileri derecede POS'u, menstruasyon, hamilelik veya hamilelik şüphesi, malignite, enfeksiyon, üriner retansiyonu, periferik denervasyon ve kalp pili olmasıdır. Atrofik vajinit ve/veya idrar yolu enfeksiyonu varsa ES uygulamasından önce tedavi edilmelidir. Uygulama sırasında dikkate alınması gereken diğer konular ise; cinsel istismar, epilepsi, hipo/hipertansiyondur [108].

Tibial sinir ES, perkutan bir iğneyle veya elektrokardiyografi elektrodunun yapıştırılmasıyla transkutanöz olarak uygulanır. Posterior tibial sinirin uyarılmasıyla daha az invaziv olarak Sakral S2-S4 bileşkesindeki sakral pleksus nöromodölasyonu sağlanmış olur [109].

2.6.9. Biyofeedback yardımcı pelvik taban kas egzersizleri

BF fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılarak, bilinçsiz fizyolojik durumlar hakkında hastanın bilgilendirilmesi ve bunları hasta tarafından kontrol edebilmesi amaçlanan düşük riskli, noninvaziv bir yöntemdir. PTKÉ programında kullanılan BF, vajinal/yüzeyel EMG elektrodları ya da vajinal basınç elektrod/probları (manometre) kullanılarak uygulanır. Egzersiz ve ES'de görsel bir feedback olmadığından istenmeyen kaslar da kasılabilmektedir. BF'de bu olasılık

daha azdır. İntraabdominal basıncın ölçülmesi isteniyorsa rektal elektrod kullanılır. Bu sayede intraabdominal basınç artışı oluşturmada PTK'nın doğru şekilde eğitimi amaçlanır [110]. Bu yöntemle hasta PTK'larını belirleyebilmeyi ve abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın PTK'yı seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir.

Vajinal basınç BF yönteminde; vajende bulunan ve basıncı algılayan vajinal probun PTK kontraksiyonu ile sıkıştırılması neticesinde artan basıncın prob aracılığıyla ekrana yansıtılarak görsel ya da işitsel uyarı elde edilmesi ve bu uyarıların hastanın PTK'larını doğru bir şekilde kasma için kullanılması amaçlanır [111].

Bir diğer BF yöntemi; perianal (yüzeyel) elektrotlarla yapılan EMG BF'dir. Bu BF metodunda ise perine bölgesine yapıştırılan ve PTK kontraksiyonu ile hastanın PTK'larını doğru bir şekilde kasma için kullanılması amaçlanır [112]. EMG, BF tipleri içinde en çok kullanılan yöntemlerinden biridir [113].

BF uygulaması hakkında tam bir standardizasyon mevcut değildir. BF protokollerinin süresi ve uygulama şekli çok değişkenlik göstermektedir. EMG-BF tarafından gösterilen ana sınırlamalar, BF ekranındaki herhangi bir aktiviteyi kaydetmek ve görselleştirmek için en küçük kas aktivite yoğunluğuna ihtiyaç duyulur. BF yönteminin başarısı için doğru hasta seçimi önemlidir. Hastanın motivasyonunun iyi olması, yaşamda bağımsız olması ve bilişsel fonksiyonların normal olması gereklidir. Daha düşük kalitede makinelerde artefakt oluşmasını önlemek için yüksek kaliteli, güvenilir ekipman gereklidir. Eğitmen, yöntemin ayrılmaz bir parçasıdır. Tedavi edici protokolü nasıl geliştireceğini değerlendirmeli ve çalışmalıdır [114].

2.6.10. Modifiye pilates eğitimi

Standart İK tedavisine ek olarak, daha yakın zamanda, duruş ve nefes almaya odaklanan yavaş, kontrollü hareketler içeren bir zihin-vücut yaklaşımı olan MP, fizyoterapi rehabilitasyon programlarına daha fazla dahil olmuştur [115]. Pilates, belirli bir kas odağına sahip olmak yerine tüm vücudun esnekliğini güçlendiren ve artıran bir dizi hareket içeren bir egzersiz şeklidir. MP, abdominal kasılmalardan, nefes tutma süresinden veya pelvik taban üzerinde daha fazla baskı yaratabilecek gerginlikten kaçınırken eş zamanlı olarak PTK'yı da eğitebilen egzersizleri içerir [11]. Herhangi bir egzersiz seansına başlamadan

önce PTK'nın özel olarak değerlendirilmesi, her kadında hangi tür pilates egzersizinin uygulanabileceğinin seçimini kolaylaştırır ve pelvik taban yaralanmalarının potansiyel riski hakkında bilgi sağlayabilir. [115]. PTK kasılması bu egzersizlerin çoğunda meydana geldiğinden, birçok eğitmen pilates egzersizlerinin PTK kuvvetini önemli ölçüde artırabileceğine inanmaktadır. İK'sı olan kadınlarda pilates eğitiminin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar vardır [11, 116]. Pilatesin PTK kuvveti üzerinde gerçekten bir etkisi olup olmadığını belirlemek için detaylı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır [116].

2.6.11. Ekstrakorporeal manyetik stimülasyon (manyetik sandalye)

Atımlı manyetik stimülasyon ile PTK'ların kuvvetlendirilmesi prensibine dayanır [117]. EMS tedavisinde, PTK'ları ve sinirleri aralıklı olarak manyetik dalgalar ile uyarılarak üretral ve anal sfinkter fonksiyonları artırılmakta, mesane kasılması azaltılmakta ve PTK'ları güçlendirilmektedir [118]. Bu yöntem hem sıkışma hem de stres tip İK tanılı hastalarda kullanılmaktadır. Aynı zamanda cinsel fonksiyon bozuklukları, gaita kaçırma, dismenore, enürezis ve hatta erkeklerde ereksiyon sorunlarının tedavisinde uygulanmaktadır. Ancak, EMS'nin gebelerde, rahim içi araç, kalça protezi, kalp pili kullananlarda, ciddi aritmisi olanlarda kullanılması önerilmemektedir [117, 118]. Tedavi, haftada 2 kez 20 dakikalık seanslar şeklinde 6 hafta boyunca uygulanır. Hasta kıyafetleri ile, iç kısmında manyetik alan jeneratörü olan ve dış güç ünitesine bağlı özel bir sandalyeye oturtulur. PTK'nın ve aynı zamanda üretral ve anal sfinkterlerin yayılan manyetik alanın tam üstüne denk gelebilmesi için hastaların perinesinin sandalyenin ortasında bulunan yuvarlak tablaya denk gelecek şekilde oturtulması gerekir. Bu sayede perine dokuları, yayılan manyetik alan dalgaları tarafından uyarılmış olur. Aletten hastanın vücuduna hiçbir elektrik akımı geçmez, hasta yalnızca manyetik akıma maruz kalır. Manyetik alanın frekansı 10 dk boyunca aralıklı olarak 10Hz ve bunu takip eden 1-5 dakikalık dinlenmeden sonra 10 dk boyunca aralıklı olarak 50Hz'dir. Tedavide kas yorgunluğundan kaçınmak için uygulama aralıklı olarak (5sn açık, 5sn kapalı) yapılmalıdır [117].

2.6.12. Abdominal egzersizler

PTK entegre bir abdominopelvik ünitenin parçası olarak hareket eder. Merkezi sinir sistemi PTK'nın uygun zamanlamasını sağlar. Bu da gövde duruşu ve gövde kas aktivitesindeki

herhangi bir değişikliğe otomatik yanıtı oluşturur. Abdominal egzersizler (AE), PTK'nın eğitimi için idrar ve gaita kaçırma tedavisinde faydalı olabilir. Ayrıca AE'nin PTK'nın koordinasyon, destek, dayanıklılık ve kuvvetini korumada yararlı olabileceği öne sürölmüştür [119]. İntraabdominal basınç, pelvik taban, karın duvarı ve diyaframın kombine hareketi ile belirlenir [11, 120]. Abdominal kaslarının ko-aktivasyonunun, güçlü bir PTK kasılmasının oluşumuna katkıda bulunduğu bilinmektedir [121]. Böylece abdominal kas kasılması ile PTK kasılır ve birlikte koordine hareket ederler. AE eklenerek yapılan PTKE, PTK kaslarının spesifik kuvvetlendirme eğitiminden daha etkili bulunmuştur [119].

Diğer bir yönden abdominal kasların kontraksiyonu, PTK'ların kontraksiyonunda özellikle bu kaslarını nasıl kasacağını öğrenmede zorluk çeken hastalar için etkili bir mekanizma sağlayabilir. Bununla birlikte, PTK'ları rehabilite etmek için abdominal kas antrenmanının kullanılması stres tip İK tedavisinde yararlı olabilir [122].

2.6.13. Solunum egzersizleri

Karın boşluğu, ön ve sağ tarafta abdominal kaslar, arkada paraspinal kaslar, üstte diyafram ve altta PTK'dan oluşur. Yapısı nedeniyle, PTK kendi başına kasılmaz, ancak karın bölgesi çevresindeki kaslarla beraber çalışır [121, 123]. Genel olarak, konuşma, nefes alma veya öksürme ile intraabdominal basınç artar. PTK ve diyafram organları basına karşı korumak için birlikte kasılır [124]. PTK'nın, diyaframın aşağı doğru hareket etmesine yardımcı olmak için nefes alma sırasında gevşemesi ve inspirasyon akışının artmasına izin verdiği iyi bilinmektedir. Ayrıca, karın içi basıncı artırarak diyaframın yukarı doğru hareket etmesine yardımcı olmak için nefes verme veya öksürme sırasında abdominal kas ile kasılırlar. Bu prosedür sayesinde PTK nefes alma ile koordineli olarak çalışır ve dolaylı olarak solunumla bağlantılıdır. Nefesi tutmak intraabdominal basıncı artırabilir ve böylece PTK'nın aşağı doğru hareketine, gerilmesine ve zayıflığına neden olabilir. Bu nedenle hem işeme hem de dışkılama sırasında gevşetilmeleri önemlidir [120, 121]. Solunum egzersizleri diyaframı rahatlatır, intraabdominal basıncını azaltır ve aynı anda abdominal kasları ve PTK'yı aktive eder.

2.6.14. Alt ekstremite egzersizleri

PTK eğitimi genellikle, izole kasıldığında ya da gluteal kaslar, kalça addüktör, abdükör, abdominal ve kalça kaslarının kasılmalarıyla birlikte kullanıldığında PTK'nın tekrarlayan kasılmalarını ve gevşemelerini içerir [125, 126]. Bir çalışmada, üretranın anterior duvarına yerleştirilen ve PTK'da üretraya lateral olan, vajinadaki kalıcı EMG ile, sağlıklı deneklerde bazı manevraları gerçekleştirirken, çizgili üretra kasları, kalça addüktörleri, gluteal ve abdominal kaslar arasında koaktivasyon saptanmıştır [127]. Levator ani ve gluteal kaslar dışındaki yapıların, özellikle obturator internus gibi kalçayı çevreleyen kasların, kontinans ve cinsel fonksiyona katkıda bulunduğunu gösteren anatomik kanıtlar vardır [128]. Obturator internus, özellikle kalça fleksiyonda ve izometrik kasılmada [129] kalça abdükörü ve dış rotator görevi görür. Bu nedenle, hala tartışmalı olmasına rağmen, PTK'lerin ve alt gövde ve kalça bölgelerini çevreleyen kasların, özellikle de henüz iyi ele alınmamış kasların dinamik aktivasyonuna odaklanan PTK rehabilitasyonuna farklı bir yaklaşım olabilir. Kadınların kombine edilmiş görevlerin koşullarında eğitilmesi, PTK'nın kuvvet üretimini ve bakımını iyileştirebilir, çünkü kadınların yaptığı yürüme, öksürme, ağırlık kaldırma ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken idrar kaybı meydana gelir [129]. Klinik uygulamada ve PTK rehabilitasyonu için kombine kalça hareketi ile yapıldığında klinisyenler için daha iyi bir seçenek olabilir [129]. Bir çalışmada sağlıklı kadınlarda intravajinal dinamometre ile PTK kuvveti ve direncine bakılarak [22] izometrik kalça addüksiyonu ve abduksiyonu PTK kuvvet performansı üzerine etkileri araştırılmıştır. Fakat kısa dönemli uygulamada yeterli kanıt sağlanamamıştır. Bundan dolayı bu hipotezi doğrulamak için daha fazla klinik çalışma gereklidir [129].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Bu çalışmaya, Kasım 2018–Kasım 2019 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı polikliniğine İK şikayeti ile başvuran ve İK tanısı doğrulanan, eğitim ve öneriler almak üzere Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'ne yönlendirilen bireyler dâhil edildi. Bireylere çalışma hakkında bilgi verildi ve bireylerden çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alındı. Gazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınarak çalışmaya başlandı (Karar No:794). Etik kurul izni EK-1'de sunuldu. Çalışmaya dâhil edilen bireyler EK-2'te sunulan değerlendirme formuna bağlı kalınarak değerlendirildi. Değerlendirme tamamlandıktan sonra (hafif, orta-şiddetli) 24-saatlik ped testi sonuçlarına göre bireyler sınıflandırıldı.

3.1.1. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak,
- Son 6 aydır İK'ya yönelik tedavi uygulanmıyor olmak
- İletişim problemine sahip olmamaktır.

3.1.2. Çalışma dışında bırakma kriterleri

- Son 6 ayda pelvik taban bölgesine yönelik cerrahisi geçirmiş olması,
- Eşlik eden nörolojik hastalığının ve idrar yolu enfeksiyonunun olması,
- İK için ilaç kullanması (son 6 ay),
- Pelvik taban eğitimi veya herhangi bir fizyoterapi programına dahil olması
- Gebe olmasıdır.

3.2. Yöntem

3.2.1. Değerlendirme

Değerlendirmeler fizyoterapist tarafından yapıldı ve veriler kaydedildi. Değerlendirme formu aşağıdaki bölümlerden oluşmakta idi. Değerlendirme:

1. Hasta özelliklerinin sorgulanması,
2. İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgilendirme öncesindeki mevcut bilgi düzeyinin,
3. PTK'nın kuvvetinin,
4. İK şiddetinin,
5. Diğer üriner semptomların,
6. Yaşam kalitesinin,
7. İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgilendirme sonrasındaki mevcut bilgi düzeyinin değerlendirilmesini içerdi.

Hasta özelliklerinin sorgulanması

Hastaların demografik ve fiziksel verilerinden yaş (yıl), boy (cm), vücut ağırlığı (kg), VKİ (kg/m^2) gibi fiziksel özellikleri, eğitim düzeyi (ilkokul, lise, üniversite, lisansüstü), çalışma durumu (çalışmıyor, çalışıyor, emekli), medeni durumu (evli, bekâr, dul-boşanmış) kaydedildi. Hikâyeleri alındı. Özgeçmişinde kronik hastalıkları, doğum yapıp yapmadığı, parite (doğum sayısı), abortus (düşük sayısı), küretaj sayısı, doğum tipi (normal-sezaryen), doğum ağırlığı ve doğumda kullanılan müdahaleleri sorgulayan obstetrik hikayesi kaydedildi. Menapoz durumu sorgulandı. Ayrıca, kronik öksürük (var, yok) ve kronik konstipasyon (bağırsak fonksiyonlarında anormallik hissetmesi ve az sayıda dışkılama şeklinde ifade edilen) (var,yok) şikâyetlerinin olup olmadığı kaydedildi. İK'ya ilişkin özellikleri (şikâyet süresi(ay), sıklığı, idrara çıkma sıklığı (gece/gündüz)) sorgulandı.

İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri hakkında eğitim öncesinde mevcut bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

Hastaların İK hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığı, İK'ya yönelik fizyoterapi uygulamalarını bilip bilmedikleri, daha önce İK'ya yönelik tedavi uygulanıp uygulanmadığı, değerlendirildi. Bilgilendirme sonrası hastalardan aşağıdaki etkinliği kanıtlanmış fizyoterapi yöntemlerinden (PTKE, ME, BF, vajinal konlar ile eğitim, EMS, MP, AE, solunum egzersizleri, alt ekstremité egzersizleri, ES) hangisini/hangilerini tercih ettiği, bunları tercih etmesinin nedeni, 1'den çok ise tercih sırası soruldu. Tedavi yöntemini fizyoterapist bırakan hastalar ayrıca not edildi ve tedavi tercihleri sonuna eklendi. Tercih nedenleri bireylerin cevaplarına göre katagorize edildi. Ayrıca fizyoterapist tarafından verilen bilgilendirmenin

kendisini memnun edip etmediği hakkında, İK ve İK fizyoterapi yöntemleri hakkında yeterli bilgisi olup olmadığını düşündüğü sorgulandı.

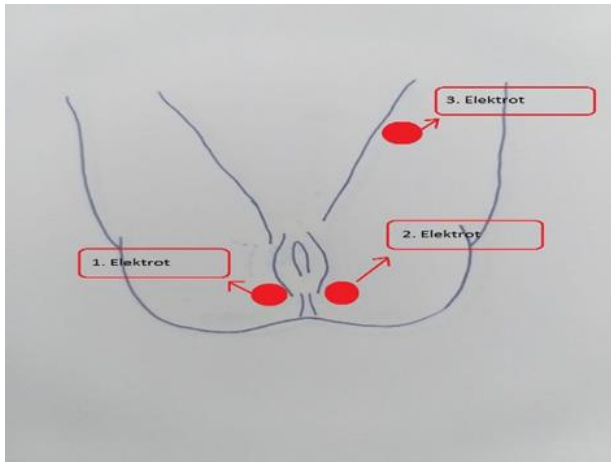
Pelvik taban kas kuvvetinin değerlendirilmesi

Kas kuvveti ölçümleri hastanede bulunan MMS marka Solar Üro model ürodinami cihazı EMG-Biofeedback programı ile litotomi pozisyonunu destekleyen sandalyede yapıldı (Resim 3.1.).



Resim 3.1. EMG-Biofeedback programı ve ölçüm sandalyesi

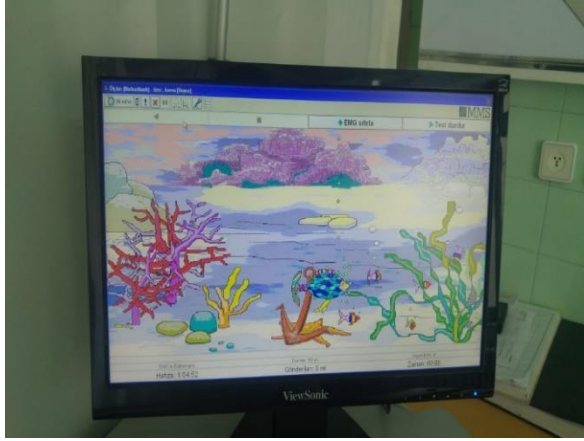
Yüzeyel elektrotlar noninvaziv olarak perine çevresine 2 adet, iç bacağı 1 adet elektrot olacak şekilde yerleştirilerek EMG verileri kaydedildi (Resim 3.2.).



Resim 3.2. Elektrot yerleşimi

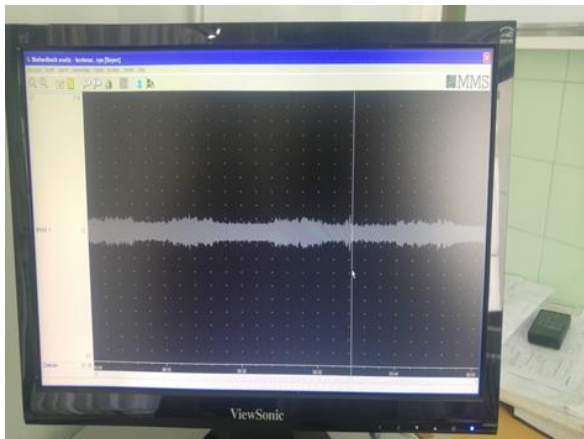
Doğru kas kontraksiyonu için, hastalardan idrarını ya da dışkısını tutar gibi içeri/yukarı yönde çekmesi istendi. Bu hareket gözlemsel olarak doğrulandı. PTK'nın kontraksiyonu sırasında, hastadan nefesini tutmaması, abdominal kas kontraksiyonuna eşlik eden derin ve aşırı inspirasyondan kaçınması, karnını içeri doğru çekmemesi, bacaklarını veya kalça kaslarını sıkmaması ve pelvisini hareket ettirmemesi istendi.

Ölçüm esnasında bireyin kaslarını daha doğru kasabilmesi için, PTK aktivasyonu ile gerçek zamanlı olarak hareket eden ve ekranda görsel geri bildirim işaretli olan balığı takip etmesi ve kas kontraksiyonu artıran bu sembolü yukarı çıkarması istendi. Testi başlatmadan önce bireyin PTK'yı kasmayı öğrenmesi için pratik yapıldı [114] (Resim 3.3).



Resim 3.3. EMG-Biofeedback programı ekranı

EMG Biofeedback cihazında PTK kontraksiyonuna bağlı olarak elde edilen EMG dalgaları belirlenerek kaydedildi (Resim 3.4).

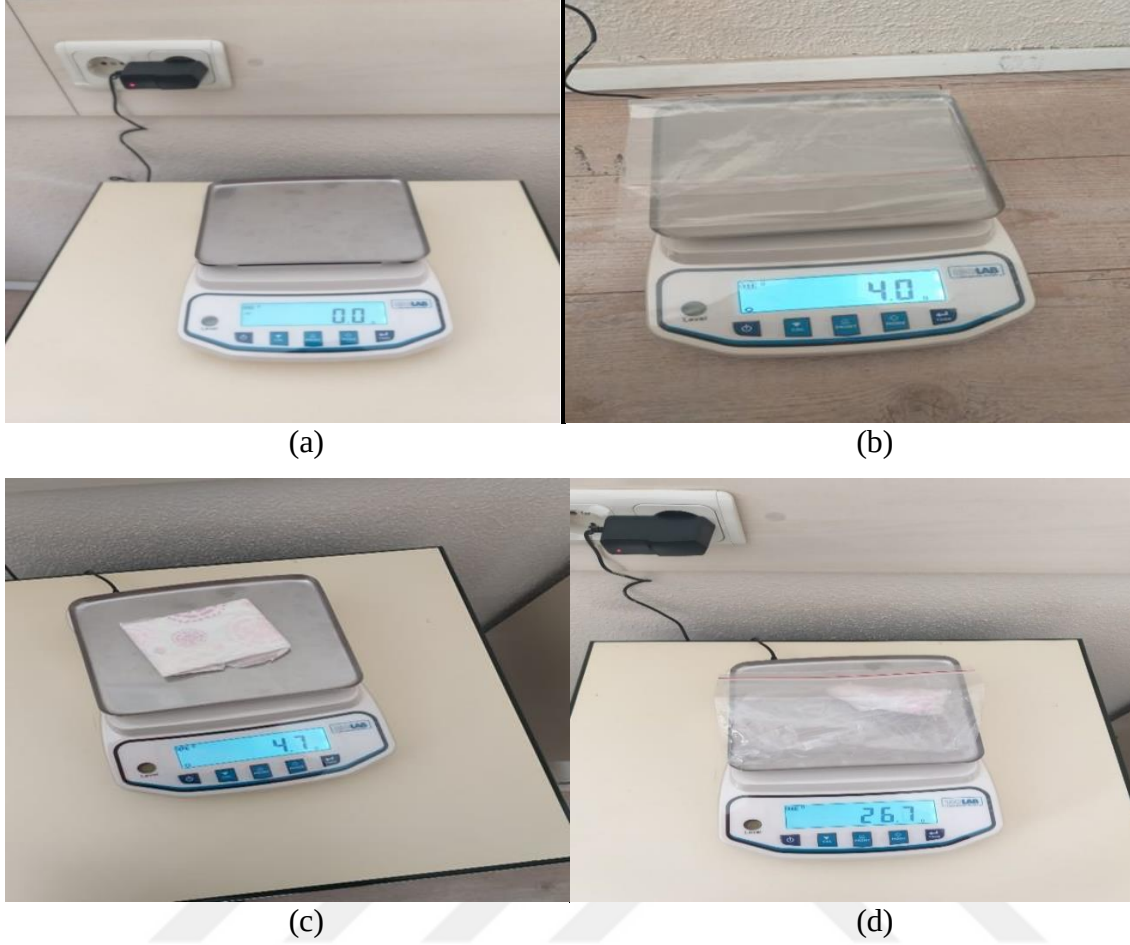


Resim 3.4. EMG-Biofeedback programı ölçüm sonucu

İK şiddetinin değerdendirmesi

İK şiddeti, 24-saatlik ped testi kullanılarak değerdendirildi. Bu test yapılmadan önce hastalara test sırasında normal günlük aktivitelerini devam ettirmeleri konusunda bilgi verildi. İdrarın buharlaşmasını engellemek amacıyla her 4-6 saatte bir pedin değıştirilmesi ve pedlerin hava ge cirmeyen kilitli poşetlere konulması istendi. Hastaların testi doğru bir şekilde yapmaları için bilgilendirmelere ek olarak bu testin uygulanışını açıklayan bir broşür ve kilitli poşetler verildi. Sonunda pedlerin hemen tartılması gerektiği için hastalar kliniğe gelmeden 1 gün önce bu testi yapmaya başlamaları konusunda bilin lendirildi. Hastalardan kliniğe gelirken kullandıkları ped ile aynı özelliklerde olan temiz pedi ve 24 saatlik süre içinde biriktirdikleri pedleri kilitli poşette muhafaza ederek getirmeleri istendi. Pedlerin ağırlığı klinikte hassas terazi (Isolab Balance, Germany) marka kullanılarak ölçüldü [56] (Resim 3.5) .

24 saatlik ped testinde 4 g'ın üzerindeki değ rler anlamlı kabul edilir. İK şiddeti: hafif (≥ 4 -20 g/24 saat), orta (21-74 g/24 saat) ve şiddetli (>75 g/24 saat) olarak sınıflandırıldı [57].



Resim 3.5. Isolab Balance hassas terazi aşamaları

Üriner semptomların değerlendirilmesi

Ürogenital distres envanteri -Türkçe versiyonu

İK semptomlarının değerlendirilmesi için Ürogenital Distres Envanteri kısa form (ÜDE-6) “(Urinary Distress Inventory) (UDI-6)” uygulandı. Bu anket kadınlarda İK’yı da içeren AÜS semptomlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. ÜDE-6, 6 sorudan oluşmakta ve 4’lü likert tipi skorla derecelendirilmektedir. İlk iki sorusu dolum semptomları ‘sıkışma, sıklık ve ağrı’ ortaya çıkarmaya yönelik iken 3. ve 4. soruları stres semptomlarını hedefler ve son iki sorusu işeme semptomları içindir. ÜDE-6’ dan en az 0, en fazla 18 puan alınabilmektedir. Alınan puanlar yüzdeye çevrilerek skorlar belirlenir. ÜDE-6 testinde puanlar 100 üzerinden değerlendirilmektedir. Burada 0 “hastanın hiç rahatsız olmadığını” belirlerken, 100 “hastanın bu semptomdan son derece rahatsız olduğunu” ifade etmektedir. Ölçekten alınan puanların artması yaşam kalitesi düzeyinin bozulduğunu gösterir. Ölçeğin

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, Çam ve ark. (2004) tarafından gerçekleştirilmiştir [130].

İnkontinans etki soru formu - Türkçe versiyonu

İnkontinans Etki Soru Formu-kısa formu (İESF-7) ‘‘Incontinence Impact Questionnaire’’ (IIQ-7) çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği bir soru formudur. Her bir madde için 0:hiç, 1: hafif, 2:orta, 3:çok seçenekleri bulunmaktadır. 7 sorudan oluşmakta ve 4’lü likert şeklinde derecelendirilmektedir. İESF-7 soru formunun ise fiziksel aktivite (1-3. sorular), yolculuk (4.soru), sosyal ilişkiler (5. soru) ve emosyonel sağlık (6-7. sorular) olmak üzere dört boyutu vardır. IIQ-7’den en az 0, en fazla 21 puan alınabilmektedir. Alınan puanlar yüzdeye çevrilerek skorlar belirlenir. İESF-7 100 üzerinden değerlendirilmektedir. Burada 0 hastanın hiç rahatsız olmadığını belirlerken, 100 hastanın bu semptomdan son derece rahatsız olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan puanın artması yaşam kalitesi düzeyinin bozulduğunu gösterir. Ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Çam ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır [130].

Yaşam kalitesinin değerlendirmesi

Hastaların yaşam kaliteleri ve semptom skoru, King Sağlık Anketi (KSA) ‘‘King’s Health Questionnaire’’ (KHQ) ile değerlendirildi. KSA, 32 maddeyi içeren ve iki bölümden oluşan İK’sı olan hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmede sıkça kullanılan bir ankettir. Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin etkilenimi gibi iki tane tek maddelik soruya ek olarak çoklu maddelerden oluşan 7 alt başlığı içerir. Bunlar: Rol limitasyonları, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, kişisel ilişkilerdeki limitasyonlar, duygusal problemler, İK ile ilişkili uyku ve enerji bozuklukları ve İK için ciddiyet ölçümlerinden oluşmaktadır. İkinci bölümü, üriner semptomların varlığını ve ciddiyetini değerlendiren 11 maddelik Semptom Ciddiyet Skalasıdır. Semptom Ciddiyet Skalası’nın puanı 0 (en iyi)-30 (en kötü) arasında değişmektedir. Diğer KSA alanları için puanlar 0 (en iyi) -100 (en kötü) arasındadır. Ölçeğin, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Kaya ve ark. tarafından yapılmıştır [131].

3.3. Fizyoterapist Tarafından Yapılan Bilgilendirme

Bilgilendirme basit ve anlaşılır bir dil ile görsellerle desteklenerek yaklaşık 20 dakikalık sürede, powerpoint sunusu şeklinde sessiz sakin bir ortamda yüz yüze birebir görüşme şeklinde yapıldı. Fizyoterapi yöntemi seçenekleri hastalara tarafsız şekilde sunuldu. Her bir yönetime eşit süre ayrılmaya özen gösterildi (Resim 3.6).



Resim 3.6. Fizyoterapist tarafından hasta bilgilendirmesi

Bilgilendirme içeriğinde;

- İK nedir?
- Daha çok kimlerde görülür?
- İK'nın nedenleri nelerdir?
- En çok görülen İK tipleri nelerdir?
- Kadın üriner sistemi nelerden oluşur?
- Pelvik taban anatomisinin bileşenleri nedir?
- PTK nasıl kasılır, nasıl kuvvetlendirilir?
- İK'da tedavi neleri içerir?
- Mevcut ve ulaşılabilir tüm İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri, bu yöntemlerin uygulanışı, avantaj ve dezavantajları yer almaktadır. Sunum EK-3 te sunuldu.

Anlatılan fizyoterapi yöntemleri ve anlatım şekilleri aşağıdaki gibidir:

Davranışsal tedavi, genellikle başlangıç tedavisi olarak önerilen ilk sırada uygulanması gereken tedavilerdir. Her tip İK için alışkanlıkları düzenlememiz gereklidir. Bu tedavide alışkanlıkların, risk faktörlerinin ve yanlış uygulanan davranışların düzenlenmesi hedeflenir. Örneğin; sıvı tüketiminin düzenlenmesi, sigaranın bırakılması, kafein kısıtlaması, obez kadınlarda kilo verilmesinin sağlanması, konstipasyonun önlenmesi, bağırsak alışkanlığının düzenlenmesi şeklinde sıralanabilir. Düşük risk taşırlar [83].

ME normal mesane fonksiyonunu onarmak için işemeler arası zamanı aşamalı olarak uzatan, zorunlu veya kişinin kendisi ayarlayarak yapılan bir eğitim sürecidir . Bu program özellikle sık tuvalete giden kişilere acil idrar yapma isteğini uygun bir yer ve zaman buluncaya kadar ertelemeyi hedefler. Amacımız mesane kontrolünü geliştirmek, İK olmaksızın mesanenin biriktirebileceği idrar miktarını artırmaktır. İdrar yapma aralıklarında başarılı oldukça işeme aralığı her hafta 30 dakika kademeli olarak artırarak, idrar yapma aralığını 3-4 saate çıkarmak amaçlanır [92].

ME kolay, ucuz bir yöntemdir. İstenmeyen bir yan etkisi yoktur. Çok ilaç kullanan ve ilaç tedavisi alarak ilaç yan etkileri açısından yüksek risk grubuna girebilecek ileri yaştaki yetişkinlerde de rahatlıkla kullanılabilir [88-90].

PTKE'nin İK da şikâyetleri azalttığı ve yaşam kalitesini düzelttiği kanıtlanmıştır. PTKE'nin temelini; PTK'larının güçlü ve hızlı bir şekilde kasılmasıyla, abdominal basıncın aşırı arttığı durumlarda üretranın kapanarak üretral basıncın arttırılması ve İK'nın önlenmesi oluşturur. PTK kas grubu, bacaklarımızın arasındaki kemikten, kuyruk sokumu kemiğine kadar uzanan hamak şeklinde, destek görevi yapan, ayrıca idrar ve gaita kontrolünde aktif rol oynayan kaslardır. Bu kontrolü işeme anında gevşek, diğer bütün zamanlarda kasılı durarak sağlar. PTKE öğretilirken bireylerden mesanesinin boş olması ve işlem öncesi derin bir nefes alıp ve tüm egzersiz boyunca rahat ve düzgün olarak nefes alıp verilmesi istendi. PTKE verilirken doğru kas grubunu çalıştırmak önemlidir, yalnızca PTK üzerine odaklanılmalıdır. PTK'yı kasmayı öğretirken kişiden idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına arkadan öne doğru sıkması, gevşeme yöntemi öğretilirken ise; PTK'larını idrar ve gaz geçişine izin verecekmiş gibi rahat bırakması istenir. PTK kasılırken kalça, bacak ve abdominal kasları ise mümkün olduğunca gevşek olmalıdır [90-95].

Riski ve maliyeti yoktur. Hastane dışında da uygulanabilir. PTK'yı tanımlamada ve ayırmada zorluk çekilmesi nedeniyle bu egzersizin doğru uygulama tekniğinin öğrenilmesi önemlidir. Yeterli bilgi olmadan hatalı ve etkisiz egzersiz yapma ihtimali yüksektir [90-95].

Vajinal kon eğitimi, PTK kuvvetini artırmak ve PTKE öğretmek amacıyla kullanılır. Tedavi yönteminin esası istemli ya da istemsiz bir geri bildirim duygusu oluşturarak pelvik taban kasılmaları oluşturmaktır. 3-9 adet 20 gr'dan 100 gr'a kadar artan ağırlıklardan oluşur. Genel olarak günde 2 kez 15 dk, 1 ay veya daha fazla süre ile taşıma şeklindedir. İlerleyen dönemde, yürürken 15-20 dk, bu ağırlıkları vajende tutması amaçlanır [97-98].

Avantajları; her kadın için bireyseldir, kullanımını öğretmenin daha az zaman alır, vücut hakkında geri bildirim sağlar, vajinal değerlendirme yapılmadan kullanılabilir. Ayrıca PTKE'leri sırasında istemeden oluşabilecek abdominal ve kalça kasılmaları engellenmiş olur [97-98].

Dezavantajları ise; dar ve yaralı bir vajenin olması, aşırı şişman olmak, çok doğum yapan kadınlarda ve aşırı derecede POS varlığında kullanımanın zor olması, kişide yabancı bir cismi kullanmak istememe ve bakire kadınlarda kullanımının uygun olmamasıdır [97-98].

ES, farklı bölgelere bir elektrot yerleştirilerek (vajina, rektum) yüzeysel elektrod ile PTK'lara uygulanmasıdır. Tedavide alçak frekanslı akım olan faradik, orta frekanslı akım olan enterferansiyel akım ya da yüksek frekanslı akım olan TENS kullanılır. PTK'larını izole veya istemli kasamayanlar için ilk tedavi seçeneğidir. Frekansı 5-25 Hz olan ES, detrusörde inhibisyona neden olması nedeniyle sıkışma tip İK tedavisinde kullanılmaktadır. Stres tip İK için, genellikle 35-50 Hz uygulayan kısa süreli ES kullanılır. Tedavi süreleri değişiklik göstermektedir [100-104].

Basit, girişimsel olmayan, ucuz, alternatif bir tedavi biçimidir. Aşırı kilo, vajinal enfeksiyon varlığı, çok gecikmiş vakalar, idrar yapamama, ileri derecede POS, adet dönemi, hamilelikte ve hamilelik şüphesinde, kötü huylu tümör varlığı ve kalp pili varlığında uygulanamaz [100-104].

BF ile PTK kontraksiyonları ile açığa çıkan biyolojik sinyallerin kaydı için bir alet veya cihaz kullanımı olarak tanımlanır ve bu kayıt işitsel veya görsel formda döner. Kişi, PTK'sını

tanılarak seçici olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir. Tedavinin başlangıç aşamasında kaslarını etkin bir şekilde kullanamayan kişilerin adaptasyonu için yararlıdır. BF protokollerinin süresi ve uygulama şekli çok değişkenlik göstermektedir [105-109].

Düşük riskli, invaziv olmayan bir yöntemdir. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Ancak istenmeyen kasların kasılma olasılığı daha azdır. BF uygulaması hakkında tam bir standardizasyon mevcut değildir [105-109].

MP, duruş ve solunuma odaklanan yavaş, kontrollü hareketleri içeren bir zihin-beden yaklaşımıdır. Pelvik tabanı eğitebilen egzersizler içerir. Alternatif bir tedavi yöntemidir. Yoğun karın kasılmaları, nefes tutma veya zorlamalardan kaçınılmaktadır [111].

EMS tedavisinde manyetik dalgalarla PTK ve sinirler aralıklı olarak uyarılır. Kaslar her manyetik dalgada kasılır ve sonrasında gevşer. Kişi tedavi süresince PTK'nın kasılıp gevşediğini hisseder. Hastada vajene ya da rektuma herhangi bir cihaz yerleştirilmez. Hasta bir sandalyede 20-30 dakika süreyle elbiseleri ile oturur. Manyetik alanın frekansı 10 dk boyunca aralıklı olarak 10Hz ve bunu takip eden 1-5 dakikalık dinlenmeden sonra 10 dk boyunca aralıklı olarak 50Hz'dir [112, 113].

Yeni bir tedavi yöntemi olan manyetik sandalyenin herhangi bir yan etkisi yoktur. Hasta yalnızca manyetik akıma maruz kalır. EMS'nin gebelerde, rahim içi araç, kalça protezi, kalp pili kullananlarda, ciddi aritmisi olanlarda kullanılması önerilmemektedir [112, 113].

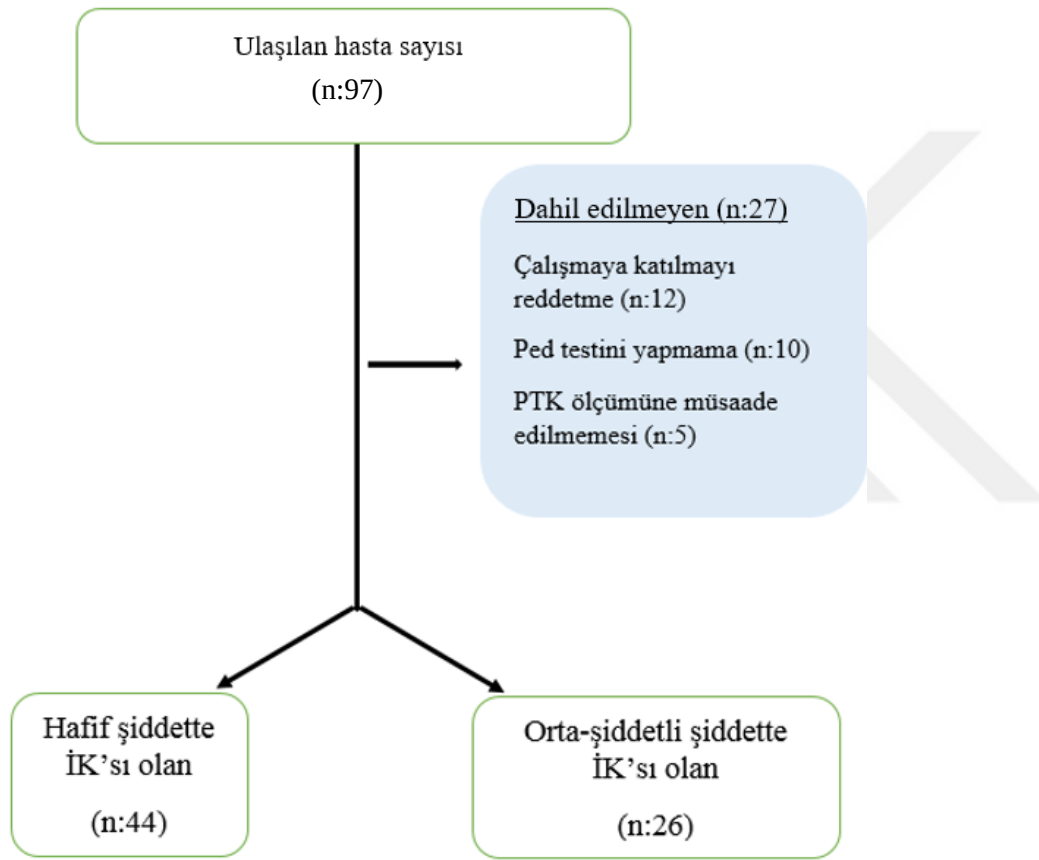
Pelvik taban PTK, diyafram ve abdominal, kalça, bel kasları ile bir bütündür. Bu kaslardan birinde veya birkaçında sıkıntı olması durumunda tedavi programına eklenmelidir. Kasların kuvvetlendirmeye ihtiyacı vardır ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için gerektiğinde gevşek ve esnek olmalıdır [114-116]. Ayrıca nefesi tutmak karın içi basıncını artırabilir ve dolayısıyla gerginlik ve zayıflığa neden olabilir. Solunum egzersizleriyle diyafram rahatlar, karın içi basınç azalır ve aynı anda abdominal kaslar ve PTK aktive olur [120-121]. Alt ekstremitelerde amaç kalça hareketlerinden kaynaklanan kuvvetin PTK kasılma kalitesini arttırmaktır [125]. Kadınların kombine edilmiş görevlerin koşullarında eğitilmesi, PTK kuvvet üretimini ve bakımını iyileştirebilir. Çünkü kadınlar yürüyüş, öksürük ve ağırlık kaldırma gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken idrar kaçıışı yaşayabilir [125].

3.4. İstatistiksel Analiz

Tanı ve ped ağırlığı gruplarına göre nicel(sayısal) değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, nitel değişkenlerin frekans tablosu oluşturuldu. Önemlilik testlerine geçilmeden önce tüm değişkenler normallik yönünden Shapiro Wilk testi ile, varyansların homojenliği yönünden ise Levene testi ile incelendi. Nicel değişkenlerin tanı gruplarına göre istatistiksel açıdan kontrolü parametrik test varsayımlarını sağlayanlar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), parametrik test varsayımlarını sağlamayanlar için Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Nicel değişkenlerin ped ağırlığı gruplarında istatistiksel açıdan kontrolü parametrik test varsayımlarını sağlayanlar için Student t test, parametrik test varsayımlarını sağlamayanlar için Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Nitel değişkenler ile tanı ve ped ağırlığı grupları arasındaki ilişki ki-kare analizi ile gösterildi. ÜDE-6, İESF-7 ve King sağlık anketi sonuçlarının ped ağırlığı grupları yönünden değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testinden yararlanıldı. Tüm istatistiksel analizler minimum %5 hata payı ile incelendi. Tüm istatistiksel analizler SPSS 14.01 paket programı ile yapıldı.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya hakkında bilgi verilen 97 İK tanılı kadın hastadan 27'si çeşitli nedenlerle (çalışmaya katılmayı reddetme:12, ped testini yapmama:10, PTK ölçümüne müsaade edilmemesi:5) çalışma dışında kaldı. Çalışma 1 yıllık süre içerisinde 70 gönüllü hasta ile tamamlandı (Şekil 4.1.). Bireyler 24 saatlik ped testi kriter alınarak İK şiddetine göre 44 hafif ve 26 orta-şiddetli derece olmak üzere 2 gruba ayrıldı.



Şekil 4.1. Hasta akış diyagramı

4.1. Bireylere Ait Özellikler

Bireylere ait yaş, boy, vücut ağırlığı ve VKİ'nin gruplara göre dağılımı çizelge 4.1'de verilmiştir. Hafif İK'sı olan grubun yaş ortalaması $53,98 \pm 10,70$ yıl, VKİ $30,17 \pm 5,26$ kg/m², orta-şiddetli İK'sı olan grubun yaş ortalaması $54,38 \pm 13,57$ yıl, VKİ $30,52 \pm 6,37$ kg/m² idi.

Gruplar arasında yaş ortalamaları, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, VKİ yönünden farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.1. Bireylerin demografik özellikleri

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta-Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	p
Yaş (yıl)	53,98 ±10,70	54,38 ±13,57	0,89
Boy (cm)	157,61 ±6,83	159,04 ±6,43	0,39
Kilo (kg)	75 ±11,45	77,85 ±14,80	0,37
VKİ (kg/m ²)	30,17 ±5,26	30,52 ±6,37	0,80

İK: İdrar kaçırma, VKİ: Vücut Kütle İndeksi, X: Ortalama, SS: Standart sapma *p<0.05, Student t testi.

Bireylerin eğitim düzeyi incelendiğinde ilkokul mezunu olanların hafif İK'sı olan grubunda %52,3, orta-şiddetli İK'sı olan grubunda %69,2 oranı ile en yüksek sayıda olduğu saptandı.

Evlilik oranı hafif İK'sı olan grupta %77,3, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %76,9 oranında olduğu tespit edildi. Kadın İK tanılı bireylerin çoğu evli idi. Çalışmayanlar hafif derece İK grubunda %65,9, orta- şiddetli derece İK grubunda %84,6 olarak belirlendi (Çizelge 4.2). Her iki grupta da çalışmayan bireylerin daha fazla olduğu belirlendi.

Gruplar arasında eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu farklılık göstermedi (p>0.05).

Çizelge 4.2. Bireylerin eğitim, medeni, çalışma durumuna göre dağılımı

		Hafif İK grubu (n:44)		Orta- Şiddetli İK grubu (n:26)		p
		n	%	n	%	
Eğitim düzeyi	Okuryazar Değil	4	9,1	1	3,8	0,40
	İlkokul	23	52,3	18	69,2	
	Lise	6	13,6	4	15,4	
	Üniversite	11	25,0	3	11,5	
Medeni durumu	Evli	34	77,3	20	76,9	0,45
	Bekar	2	4,5	3	11,5	
	Dul-Boşanmış	8	18,2	3	11,5	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	29	65,9	22	84,1	0,16
	Çalışıyor	8	18,2	1	3,8	
	Emekli	7	15,9	3	11,5	

İK: İdrar kaçırma n: sayı %:yüzde *p<0.05, Mann-Whitney U testi.

Bireylerin özgeçmişlerindeki sistemik hastalıklara ait veriler incelendiğinde, hafif İK'sı olan grubunun %45,5'inde sistemik hastalık özelliği olmadığı, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %50'sinin birden çok sistemik hastalık öyküsüne sahip oldukları tespit edildi.

Her iki grupta da sigara içme durumu, kronik konstipasyon ve menapoz durumu benzerdi. Hafif İK'sı olan grupta %13,6, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %11,5 oranda sigara içme alışkanlığı saptandı.

Kronik öksürük hafif İK'sı olan grupta %36,4, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %7,7 oranda, kronik konstipasyon hafif İK'sı olan grupta %45,5, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %57,7 oranda şikayetlerinin olduğu belirlendi. Kadınların hafif İK'sı olan grubun %65,9'u, orta-şiddetli İK'sı olan grubun %73,1'i menapoza girmişti (Çizelge 4.3).

Gruplar arasında sadece kronik öksürük varlığının anlamlı derecede farklı olduğu saptandı (p<0.05).

Çizelge 4.3. Bireylerin özgeçmişine ait özellikler

		Hafif İK grubu (n:44)		Orta- Şiddetli İK grubu (n:26)		p
		n	%	n	%	
Sistemik Hastalık	Yok	20	45,5	7	26,9	0,09
	Tek Sistemik Hastalık	13	29,5	6	23,1	
	Birden Çok Sistemik Hastalık	11	25,0	13	50,0	
Sigara Kullanımı	Hayır	32	72,7	28	69,2	0,81
	Evet	6	13,6	3	11,5	
	Bırakmış	6	13,6	5	19,2	
Kronik Öksürük	Yok	28	63,6	24	92,3	0,01*
	Var	16	36,4	2	7,7	
Kronik Konstipasyon	Yok	24	54,5	11	42,3	0,45
	Var	20	45,5	15	57,7	
Menapoz	Hayır	15	34,1	7	26,9	0,60
	Evet	29	65,9	19	73,1	

İK: İdrar kaçırma n: sayı %:yüzde *p<0.05, Mann-Whitney U testi.

Bireylerde parite, küretaj ve abortus varlığı Çizelge 4.4’de yer almaktadır. İK şiddetine göre gruplararası dağılımlarında anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Çizelge 4.4. Bireylerin obstetrik hikayesinin dağılımı

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta- Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	p
Parite	2,61±1,28	2,85±1,71	0,39
Küretaj	1,11±1,35	0,92±1,23	0,62
Abortus	0,20±0,40	0,23±0,42	0,80

kg/m² İK: İdrar kaçırma X: Ortalama SS: Standart sapma *p<0.05, Student t testi

Grupların diğer obstetrik hikayeleri incelendiğinde doğum ağırlığı, doğum tipi, epizyotomi ve forseps/vakum durumlarında İK şiddetine göre anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Çizelge 4.5. Bireylerin diğer obstetrik hikayesinin dağılımı

		Hafif İK grubu (n:44)		Orta- Şiddetli İK grubu (n:26)		p
		n	%	n	%	
Doğum Ağırlığı	Doğum yok	2	4,5	3	11,5	0,28
	Normal	30	68,2	16	61,6	
	Yüksek	12	27,3	7	26,9	
Doğum Tipi	Yok	2	4,5	3	11,5	0,17
	Normal doğum	31	70,5	17	65,4	
	Sezaryen	5	11,4	0	0,0	
	Normal doğum-Sezaryen	6	13,6	6	23,1	
Epizyotomi	Yok	15	34,1	10	38,5	0,79
	Epizyotomi	29	65,9	16	61,5	
Forseps/Vakum	Yok	41	93,2	25	96,2	0,99
	Var	3	6,8	1	3,8	

İK: İdrar kaçırma n: sayı %:yüzde *p<0.05, Mann-Whitney U testi.

4.2. Bireylerin İdrar Kaçırma Tipleri ve Pelvik Taban Kas Aktivasyonu

Hafif İK'sı olan ve orta ve şiddetli İK'sı olan gruplarda İK tipi dağılımı sırası ile stress tip İK (n:11 %25-n: 6 %23,1), sıkışma tip İK (n:7 %15,9-n: 6 %23,1), karışık tip İK (n:16 %59,1-n: 14 %53,8) idi.

İK şiddetine göre, PTK aktivasyonları incelendiğinde gruplar arasında farklılık bulunmadı (p>0.05) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. İK şiddetine göre PTK aktivasyonu

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta- Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	p
PTK aktivasyonu	29,99±17,06	32,05±18,84	0,84

İK: İdrar kaçırma PTK: Pelvik taban kası X: Ortalama SS: Standart sapma *p<0.05, Student t testi.

4.3. Bireylerin İdrar Kaçırma Sıklığı ve Semptomları

İK şiddetine göre İK şikâyetini yaşama süreleri analiz edildiğinde gruplar arasında farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. İK şiddetine göre İK şikayet süresi

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta- Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	p
İK şikayet süresi	6,91±9,59	7,25±7,04	0,31

İK: İdrar kaçırma X: Ortalama SS: Standart sapma * $p<0.05$, Student t testi.

İK şiddetine göre gündüz idrara çıkma sıklığında gruplar arasında farklılık saptanmadı ($p>0.05$). İK şiddetine göre gece idrara çıkma sıklığının, gruplar arasında farklı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Orta-şiddetli İK'sı olan grupta diğer gruba göre gece idrara çıkma sıklığı daha fazla olduğu belirlendi (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. İK şiddetine göre idrara çıkma sıklığı

		Hafif İK grubu (n:44)		Orta- Şiddetli İK grubu (n:26)		p
		n	%	n	%	
Gündüz idrara çıkma sıklığı	1 saatten daha az	12	27,3	8	30,8	0,634
	1-2 saatte bir	19	43,2	13	50	
	3-5 saatte bir	13	29,5	5	19,2	
Gece idrara çıkma sıklığı	Hiç	11	25	1	3,8	0,009*
	1-2 kez	22	50	10	38,5	
	3 kez ve daha fazla	11	25	15	57,7	

İK: İdrar kaçırma n: sayı %: yüzde * $p<0.05$, Mann-Whitney U testi

İK şiddetlerine göre ölçülen İK semptomlarının şiddetini değerlendiren ÜDE-6 skalasında bir fark yokken ($p<0,233$), İK şiddetlerine göre ölçülen İK etkisini değerlendiren İESF-7 ölçeğindeki puanların gruplar arasında farklı olduğu belirlendi($p<0,05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. İK şiddetine göre İK semptomları

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta- Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	P
ÜDE-6	50,21±16,39	54,23±16,37	0,23
İESF-7	42,83±25,75	59,85±28,39	0,01*

İK: İdrar kaçırma X: Ortalama SS: Standart sapma *p<0.05 Student t testi

ÜDE-6:Ürogenital Distres Envanteri -kısa form İESF-7: İnkontinans Etki Soru Formu.

4.4. Bireylerin Bilgilendirme Öncesi Bilgi Düzeyleri

İK şiddetine göre bilgilendirme öncesinde İK'ya yönelik olarak hafif İK'sı olan gruba %86,4, orta-şiddetli İK'sı olan gruba %69,6 oranda herhangi bir tedavi uygulanmadığı, hafif İK'sı olan grubun %77,3, orta-şiddetli İK'sı olan grubun %96,2 fizyoterapi yöntemlerini bilmediği saptandı. Böylece hastaların İK fizyoterapisi hakkında bilgisinin olmadığı tespit edildi (p>0.05) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Bilgilendirme öncesi bilgi düzeyi

		Hafif İK grubu (n:44)		Orta-Şiddetli İK grubu (n:26)		P
		n	%	n	%	
Öncesinde tedavi alma	Almadı	38	86,4	18	69,6	0,45
	Aldı	6	13,6	8	30,4	
Fizyoterapi yöntemlerini bilme	Hayır	34	77,3	25	96,2	0,10
	Evet	1	2,3	0	0,0	
	Kısmen	9	20,5	1	3,8	

İK: İdrar kaçırma n: sayı %:yüzde p<0.05, ANOVA.

4.5. Bireylerin Bilgilendirme Sonrası Tedavi Tercihi ve Tercih Nedeni

Bilgilendirme sonrası hastalara İK ve fizyoterapi yöntemleri hakkında tekrar bilgiye sahip olup olmadıkları sorulduğunda, hafif İK'sı olan grubun %31,81'i bilgisini yeterli düzeyde görürken, 52,27'si bilgi düzeyini kısmen olarak belirtti. Orta-şiddetli İK'sı olan grup ise bilgisini %34,61 oranında yeterli görürken, %34,61 oranında kısmen olarak ifade etti. İki grup arasında bilgi düzeyleri hakkındaki düşüncelerinde fark yoktu (p>0.05).

Tercih

Bilgilendirme sonrası tedavi tercihinde her iki İK grubunda da çoğunlukta ilk sıradaki tedavi tercihinin PTKE olduğu görüldü. İkinci sıradaki tedavi tercihinde hafif İK'sı olan grupta %20,5 mesane eğitimi, orta-şiddetli İK'sı olan grupta %30,8 fizyoterapisti bırakmayı tercih etti. Üçüncü tedavi tercihinde iki grup da çoğunlukla kararı fizyoterapisti bırakmayı seçti.

Tercih nedeni

Her iki grupta da en çok tercih edilen tedavi seçeneği olan PTKE'yi tercih nedeni gerekçesini hafif İK'sı olan grup %38,6 oranında 'evde yapmak istemesi' olarak ifade ederken orta-şiddetli İK'sı olan grup %26,9 oranında 'evde yapmak istemesi' ve 'rahat ve kolay olması' şeklinde belirtti.

Tüm katılımcılar İK ve İK'ya yönelik olarak uygulanan fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirmeden memnun olduklarını ifade etti (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Bilgilendirme sonrası tedavi tercihi

Tercih sırası	Tercih ettiği tedavi yöntemi	Hafif İK grubu (n:44)		Orta-Şiddetli İK grubu (n:26)	
		N	%	n	%
1.Tedavi Tercihi	Pelvik Taban Kas Eğitimi	28	63,6	19	73,1
	Mesane Eğitimi	2	4,5	1	3,8
	Biofeedback	0	0,0	2	7,7
	Vajinal Kon	0	0,0	0	0,0
	Manyetik Sandalye	7	15,4	0	0,0
	Pilates	1	2,3	2	7,7
	Abdominal Egzersiz	1	2,3	0	0,0
	Solunum Egzersizi	0	0,0	0	0,0
	Alt Ekstremitte Egzersizleri	3	6,8	0	0,0
	Elektrik Stimülasyonu	2	4,5	1	3,8
	Fizyoterapistte Bıraktı	0	0,0	1	3,8
2.Tedavi Tercihi	Pelvik Taban Kas Eğitimi	3	6,8	0	0,0
	Mesane Eğitimi	9	20,5	2	7,7
	Biofeedback	3	6,8	1	3,8
	Vajinal Kon	2	4,5	1	3,8
	Manyetik Sandalye	5	11,4	4	15,4
	Pilates	3	6,8	0	0,0
	Abdominal Egzersiz	7	15,4	3	11,5
	Solunum Egzersizi	3	6,8	3	11,5
	Alt Ekstremitte Egzersizi	4	9,1	2	7,7
	Elektrik Stimülasyonu	4	9,1	2	7,7
	Fizyoterapistte Bıraktı	1	2,3	8	30,8
3.Tedavi Tercihi	Pelvik Taban Kas Eğitimi	4	9,1	0	0,0
	Mesane Eğitimi	5	11,4	1	3,8
	Biofeedback	2	4,5	1	3,8
	Vajinal Kon	0	0,0	0	0,0
	Manyetik Sandalye	3	6,8	0	0,0
	Pilates	4	9,1	0	0,0
	Abdominal Egzersizi	1	2,3	2	7,7
	Solunum Egzersizi	4	9,1	3	11,5
	Alt Ekstremitte Egzersizleri	3	6,8	3	11,5
	Elektrik Stimülasyonu	0	0,0	2	7,7
	Fizyoterapistte Bıraktı	18	40,9	14	53,9
Tercih Nedeni	Evde Yapmak İsteddiği İçin	5	11,4	7	26,9
	Rahat Ve Kolay Olduğu İçin	17	38,6	7	26,9
	Kendi Yapabildiği İçin	12	27,3	3	11,5
	Faydalı Olduğunu Düşündüğü İçin	8	18,2	6	23,1
	Ameliyat İstemediği İçin	1	2,3	0	0,0
	Elektrik Ve Manyetik Uygulamaları İstemediği İçin	1	2,3	1	3,8
	Egzersiz İstemediği İçin	0	0,0	2	7,7
Memnun Olma	Hayır	0	0,0	0	0,0
	Evet	44	100	26	100

İK: İdrar kaçırma n: sayı %:yüzde PTKE *p<0,05, ANOVA.

4.6. Bireylerin Yaşam Kalitesi

KSA'nın alt testleri olan İK etkisi, rol limitasyonları, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, uyku ve enerji bozuklukları, ciddiyeölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). İK şiddeti fazla olan grupta yaşam kalitesi azalmıştır. Genel sağlık algılaması, kişisel ilişkilerdeki limitasyonlar, duygusal problemler, semptom ciddiyeölçümü alt alanların puanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.12. King Sağlık Anketi alt alan puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

	Hafif İK grubu (n:44) X±SS	Orta-Şiddetli İK grubu (n:26) X±SS	P
Genel sağlık algılaması	46,59±19,88	44,23±20,38	0,63
İnkontinans etkisi	65,87±25,42	78,18±26,59	0,05
Rol limitasyonları	35,96±28,73	61,51±33,60	0,01*
Fiziksel limitasyonlar	48,46±26,12	70,49±30,67	0,01*
Sosyal limitasyonlar	20,81±23,61	46,33±36,66	0,01*
Kişisel ilişkiler	9,46±20,13	19,86±34,96	0,23
Emosyonlar	36,51±28,47	48,68±34,56	0,14
Uyku/enerji	34,07±33,32	64,73±36,31	0,01*
Ciddiyeölçümleri	44,97±20,65	62,53±26,21	0,01*
Semptom Ciddiyeölçümü Skalası	10,68±5,98	14,38±6,03	0,01*

İK: İdrar kaçırma X: Ortalama SS: Standart sapma * $p<0,05$, ANOVA.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, İK şiddetinin hastanın kendisine uygulanacak fizyoterapi tercihinine etkisini inceleyen, literatürde bizim rastladığımız ilk araştırmadır. İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası karşılaştırıldığında, İK şiddetine göre hafif, orta-şiddetli İK tanılı kadınlar, her iki grupta da, hastanın ilk seçtiği tedavi tercihinin PTKE olduğu saptandı. PTKE'yi tercih etme nedenlerini ise hafif İK grubu 'rahat ve kolay olması' olarak ifade ederken, orta-şiddetli İK grubu 'rahat ve kolay olması' ve 'evde yapabildikleri' şeklinde ifade etmiştir. Bilgilendirme öncesinde hastaların İK için uygulanabilecek fizyoterapi yöntemleri hakkında hiçbir bilgiye sahip olmadığı, bilgilendirme sonrası memnuniyet ve bilgi düzeylerinin arttığı, İK şiddeti daha fazla olan kadınlarda, İK semptomları nedeniyle, yaşam kalitesinin daha düşük olduğu tespit edildi.

Çalışmamıza katılan 70 kadının %62,9'u hafif İK'lı iken % 37,1'i ise orta-şiddetli İK tanılı idi. Özerdoğan [132] çalışmasında 161 kadının %36,1'inde "hafif", %51,6'sında "orta", %12,4'sinde "şiddetli" düzeyde İK olduğunu bildirmiştir. Koçak ve ark. [133] çalışmasında, kadınların sadece %4,5'inin şiddetli İK olduğunu belirtmiştir. Özerdoğan'ın çalışması 2003 yılında yapılmış ve aradan geçen 16 yılda hastaların bilinç düzeyi artarak, hafif şiddette İK'ya sahip bireylerin de doktora başvurması farkındalığı gelişmiştir şeklinde yorumlandı. Ayrıca çalışmamızın İK konusunda referans olarak gösterilen uzman bir üroloji ekibinin yer aldığı bir üniversite hastanesinde yapılmış olması da hafif İK tanılı hastanın başvurma sayısına etki etmiş olabilir.

5.1. İdrar Kaçırması Olan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Kadınlarda, İK yaygın olarak görülmektedir. Yaş, VKİ, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, kronik konstipasyon, kronik öksürük, sistemik hastalıklar, doğum yapma, parite (doğum sayısı), abortus (düşük sayısı), küretaj sayısı, doğum tipi, doğum ağırlığı, menopoz durumu ve epizyotomi İK'da risk faktörleridir [36, 134-135].

Çalışmamızda bireylerin yaşları 18 yaş üstü olup grupların yaş ortalaması benzerdi. Bu çalışmada yaşlanmanın etkisi elimine olarak İK şiddeti ile ilgili sonuçları etkilememiştir.

Obez kişilerde artan karın içi basıncının PTK üzerinde kronik olarak yük oluşturduğu ve mesane basıncında artışa yol açarak idrar yapmada zorluk, sık idrara çıkma, disüri, enürezis noktüri ve stres tip İK gibi problemlere neden olabildiği belirtilmektedir [136]. Auwad ve ark. %5 ve daha fazla kilo kaybının stres tip İK tanılı hastaların ped testi ve yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir iyileşme oluşturduğunu saptamıştır [137]. Bir diğer çalışmada, VKİ ile intraabdominal basınç ve mesane içi basınç arasında kuvvetli bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Uzun dönemde bu basınç artışı pelvik tabana baskı yaparak, İK gelişimi riskini artırmaktadır [138]. Kaya ve ark. [46] 2015 yılında 50 stres tip İK'lı, 16 sıkışma tip İK tanılı, 42 karışık tip İK 'lı toplam 108 kadında yaptıkları araştırmalarında 3 grup arasında karışık tip İK tanısı olan grupta VKİ değerlerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Bu araştırmada hafif ile orta ve şiddetli İK'sı olarak gruplanan kadınların VKİ'leri incelendiğinde, grupların birbirine benzer olduğu bulundu. VKİ'nin gruplar arasında benzer bulunmasını örneklem sayısının az olması, gruplara benzer VKİ'li hastaların denk gelmesi şeklinde düşündük. VKİ ortalamasının 30 kg/m²'in üstünde olduğu görüldü. Bu değer VKİ sınıflandırmasında birinci derece şişman olarak kategorilendirilmektedir. Her iki gruptaki hastalarda da vücut ağırlığı olması gerekenden fazla olan birey sayısının benzer olması, sonuçları yorumlarken bu parametrenin etkisini yakın hale getirmiştir.

Literatürde, eğitim seviyesi ve İK arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında sonuçlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi düştükçe, İK'nın arttığını ve düşük eğitim seviyesinde olmanın İK için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra, eğitim seviyesinin İK prevalansında bir gösterge olmadığını savunan araştırmalar da bulunmaktadır. [138, 139].

Bu çalışmada ise kadınların eğitim durumlarının benzer olduğu ve her grupta da ilkökul mezunu kadınların daha fazla sayıda olması eğitim düzeyinin direkt bir etkisi olmadığı yönündeki kanaati desteklemiştir. Ancak çalışmamızda hafif İK tanılı bireylerin fazla olması ve bu grupta üniversite mezunu olanların oranının daha yüksek olması, İK'yı önemseme ve tıbbi rehberliğe ihtiyaç duyarak başvurma oranına eğitim düzeyinin etki etmiş olabileceğini düşündürdü. İleriki çalışmalarda bu yönde incelemelerin de yapılması ve halk sağlığı uygulamalarında dikkate alınması yararlı olabilir.

Bu araştırmada kadınların İK şiddetine göre çalışma durumu dağılımlarının benzer olduğu ve ev hanımı kadınların her iki İK şiddetinde de daha fazla olduğu görüldü. İK semptomunu ve etkilerini incelerken çalışan bireylerin ve İK şiddeti arttışının daha fazla bu durumdan daha fazla etkilenebileceği öngörülmüştü. İleriki çalışmalarda İK şiddeti ve çalışanlarda yaşam kalitesi ve İK yönetimi üzerine etkileri incelenebilir.

Konstipasyon pelvik taban hasarı için bağımsız bir risk faktörüdür ve pelvik taban hasarı gelişiminde obstetrik travma kadar önemlidir. Özellikle de kronik hale geldiğinde, bu durum daha da önem kazanmaktadır. Amselem ve ark. [192] 600 kadın üzerinde yaptığı çalışma da, kadınların %10'ununda pelvik taban hasarı tespit edilmiş ve bu grubun %31'inde konstipasyon olduğunu bildirmiştir. Pelvik taban hasarının konstipasyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda İK şiddeti ile kronik konstipasyon bulgusunun benzer olduğu bulundu. Bu durum her İK şiddetinde konstipasyon olabileceği şeklinde yorumlandı. Fakat İK şiddeti değerlendirilirken konstipasyonun şiddeti ve süresinin kaydedilmesinin yararlı olacağı düşünüldü.

Literatürde sigara içenlerde sigaranın öksürükle İK oluşumuna neden olduğu ve mesane basıncının arttığı belirtilmektedir. Şiddetli öksürmenin sfinkterin anatomik ve nörolojik fonksiyonunu bozduğu, sigaranın kollajen sentezi ve östrojen seviyesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ifade edilmektedir [2]. Ünsal ve ark.'nın [148] çalışmasında sigara içmenin İK için risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada sigara içenlerin oranı düşük bulundu ve İK şiddetini bu yüzden etkilemediği düşünüldü.

İK tanılı kadınların özgeçmişleri incelendiğinde Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Astım-KOAH varlığının İK tipine göre değişiklik göstermediği görüldü. Kaya ve ark.[46] da İK tipleri arasında Diyabetes Mellitus, kronik öksürük ve diüretik kullanımı açısından fark bulmamıştır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların birçoğunun İK için risk faktörlerini belirlemek üzerine olduğu görüldü. Bu risk faktörlerinin aynı zamanda iyileşmeyi olumsuz etkileyebilecek prognostik faktörler de olduğu da bilinmektedir [147].

Komorbid hastalıkların İK şiddetini artırma yönünde rol oynadığı bilinmektedir. Kişide 2 ya da daha fazla hastalığın olması İK oluşumunu kolaylaştıran bir durumdur [2].

Bu çalışmada birden fazla sistemik hastalığı olanlarda İK şiddeti arasında fark bulunmamıştır fakat orta-şiddetli grupta çoklu hastalığa sahip olanlar daha yüksek orandadır. Bu bulgular, artan komorbid hastalıklarda İK'nın da değerlendirilerek gerekli önlemlerin erken dönemde başlatılmasına olan ihtiyacı ortaya koymuştur.

Birçok çalışma, doğum yapmamış kadınlara göre bir veya birkaç doğum yapmış kadınlarda İK oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir [140, 141]. Parite ve İK ilişkisini inceleyen çalışmalarda, paritenin İK riskini artırdığı; nulliparlarda İK oranının daha düşük, 4 ve üzeri doğum yapanlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan hastaların doğum sayısı ortalamaları incelenmiş; iki gruptaki hastalar arasında doğum sayısı ortalaması açısından benzer bulunmuştur. Bu parametrenin sonuçları yorumlarken grupları eşit düzeyde etkileyeceği düşünüldü.

Doğum şeklinin (normal doğum) İK için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Torkestani ve ark. [142] İK olan 125 hasta ile 125 kontrol hastasını incelemişler. Sezaryen ile doğumun İK oluşma oranını düşürdüğünü rapor etmiştir. Yine aynı çalışmada, İK'nın parite ve doğum şekli ile ilişkisi olduğunu göstermişlerdir. Literatürde PTK'ların doğumdan sonra zayıfladığı, normal doğumun ise pelvik tabanda hasara neden olan en önemli faktör olduğu belirtilmektedir [143]. Normal doğum yapan kişilerde, pelvik tabanın çizgili kaslarında yetmezlik alanlarının olduğu manyetik rezonans görüntüleme tekniği ile gösterilmiştir [144]. İnsan kadavralarında yapılan histolojik inceleme sonuçları, levator ani kasındaki lif yoğunluğunda azalma myojenik hasarı işaret etmektedir [145].

Bu çalışmada her iki grupta da normal doğum sayısı fazla idi. İK şiddeti fazla olan grupta normal doğum hafif olan grup ile benzerdi. Normal doğumun iki grupta yer alan İK tanılı kadınlarda farklı şiddetlerde olsa da bir şikayet olarak ortaya çıkması, normal doğumun İK için risk faktörü olduğunu desteklemektedir.

Güneş ve Pehlivan [146], 20 yaş ve üzerindeki, 459 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada, menopoza girmiş kadınların İK sıklığı, menopoza girmeyen kadınlara göre daha

fazla bulunduğunu belirtmiştir. Menopoz döneminde östrojen hormon düzeyindeki azalma nedeniyle İK şikayetleri daha fazla görülmekte ve dolayısıyla yaşam kaliteleri daha olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu çalışmada ise, her iki İK şiddetinde de menopoza giren kadın sayısı yüzde olarak fazla bulunmuştur. Bu durumun, yaş ortalamasının her grupta 50 ve üstü olarak olmasından kaynaklandığı ve menapozun İK gelişimini kolaylaştırdığı şeklinde açıklanabilir.

Turan ve ark.'nın [136] çalışmasında epizyotomi öyküsü olanların İK bulgularını daha fazla sıklıkta yaşadıkları vurgulanmıştır.

Bu çalışmada ise farklı İK şiddetine sahip olasalar da epizyotomi öykülerinin benzer oranda pozitif olduğu görülerek, epizyotominin iki grubu da yakın şekilde etkileyeceği anlaşıldı. Bu durum ise epizyotomi hakkında daha fazla bilgi alınması gerektiğini düşündürdü.

5.2. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Üriner Semptomlarının İncelenmesi

Demir ve Kızılkaya Beji'nin [150] yaptığı çalışmada İK süresinin en yüksek %24,3 oranla 1 yıl olduğu bulunmuştur. İK süresinin 6 ay -2 yıl arasında olan en yüksek olması; İK'sı olan bireylerin bu durumdan rahatsız olup hemen hekime başvurduğu ve tedavi sürecine yöneldiği, bunun yanı sıra günümüzde kişinin bu konudaki farkındalığının yüksek olması şeklinde yorumlanmıştır. Bunun yanında, İK süresi 5 yıldan fazla olan hasta oranının düşük (%14.2) olması, hastaların belirli bir süre tedavi sürecinden sonra kabullenme sürecine girdiklerinin veya almış oldukları tedaviler sonucunda İK şikâyetlerinin ortadan kalktığını düşündürdüğünü ifade etmişlerdir [150]. Öztürk ve ark.'nın [35] çalışmasında da kadınların çoğunun İK nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılan bireylerin İK süreleri incelendiğinde; süre ortalaması hafif derece İK'da $6,91 \pm 9,59$ yıl, orta- şiddetli derece İK'da $7,25 \pm 7,04$ yıl idi. Süreler literatüre göre 5 yıldan fazla hasta grubu ile benzer bulundu. Bu durumda hastaların uzun süredir İK ile yaşadığı ve kabullenme sürecine girdikleri düşünüldü. Ayrıca kadınların İK hakkında bilgiye sahip olmaması, İK ile nasıl başa çıkabileceğini bilmemesi gibi nedenlerle hekime zamanında başvurmadığı düşünülmektedir.

Bu çalışma kapsamında bireylerin, İESF-7 puan ortalaması hafif İK'lı grupta $42,83 \pm 25,75$, orta-şiddetli İK'lı grupta $59,85 \pm 28,39$ iken ÜDE-6 toplam puan ortalaması hafif İK'lı grupta $50,21 \pm 16,39$, orta-şiddetli İK'lı grupta $54,66 \pm 16,37$ idi. Benzer çalışma sonuçları incelendiğinde, İESF-7 toplam puan ortalaması; Yılmaz ve ark.'nın [141] çalışmasında 28.14 ± 27.59 , Demir ve Kızılkaya Beji'nin [150] çalışmasında 24.81 ± 15.61 olarak bildirilmiştir. ÜDE-6 puan ortalamaları ise, Yılmaz ve ark.'nın [141] çalışmasında toplamda, 48.44 ± 18.73 idi.

İESF-7 ve ÜDE-6'nın değerlendirilmesinde, "0" hastanın hiç rahatsız olmadığını, "100" hastanın bu semptomdan son derece rahatsız olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, çalışma kapsamına alınan hastaların İK nedeniyle yaşadıkları rahatsızlığın hafif şiddette olandan şiddetli İK'ya doğru arttığı söylenebilir. Diğer çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, bu çalışma kapsamına alınan hastaların rahatsızlık düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

5.3. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre İdrar Kaçırma Tiplerinin İncelenmesi

Diokno ve ark.'ın [151] yaptığı 1955 kişiyi kapsayan bir çalışmasında %26.7 stres tip İK, %9.0 sıkışma tip İK ve %55.5 karışık tip İK saptanmıştır. Koçak ve ark.'ın [133] yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %25,6'sında sıkışma tip, %33,1'inde stres tip ve %41,3'ünde ise karışık tip İK mevcuttu. Ülkemizden yapılan bir diğer çalışmada İK tarifleyen kadınların, yakınmaları incelendiğinde, %42,9'unda stres tipi, %27,3'ünde sıkışma tipi ve %29,8'inde karışık tip üriner İK olduğu kaydedilmiştir [136].

Bu çalışmada her iki şiddete sahip İK'da karışık tip İK fazla olarak saptandı. İK derecesine göre karışık tip İK, hafif şiddette İK'sı olan grupta % 59,1, orta-şiddetli İK'lı grupta %53,8 idi. Çalışmamızda tip oranları benzer bulunduğu için İK şiddetini etkilemediği bulundu.

5.4. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Pelvik Taban Kas Kuvveti

PTK kuvvetini ve aktivasyonunu değerlendirmek için birçok yöntem vardır. Ancak bunlar arasında digital palpasyon ve EMG, kolay erişilebilir olması ve ucuz maliyet nedeniyle en sık kullanılan yöntemlerdir. Modifiye Oxford Derecelendirme Sistemi'ne dayanan digital palpasyon "gold standart" bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Yang ve ark., stres tip İK'sı olan postpartum kadınlarda, PTK kuvvetinin ölçümünde digital palpasyon ve EMG

ölçümlemlerini karşılaştırmıştır. Sonucunda vaginal digital palpasyon ile EMG sonuçları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur [113]. Çalışmamızda PTK kuvveti ölçümleri, Gazi Üniversitesi Hastanesi Üroloji Polikliniği'nde mevcut olan perineal EMG ile yapılabilmektedir. Bu cihaz ile yüzeysel EMG'ye göre sonuçlar elde edilebilmiştir. Katılımcıların bekâr ve çeşitli yaş gruplarında olması, perineal bir PTK kuvveti değerlendirme yöntemin seçilmesini ve uygulanmasını gerektirmiştir. BF eğitimi kadına dokunsal, görsel ve işitsel girdi vererek, PTK'larını nasıl kasacağını öğretmek suretiyle İK tedavisinde kullanılabilecek bir yöntemdir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde EMG ile pelvik taban kas kuvvetini İK şiddetine göre değerlendiren çalışma bulunmamaktadır. Knorst ve ark. (149) 48 İK'lı kadında yaptıkları araştırmalarında PTK kuvvetini perineometre ve digital palpasyon kullanarak değerlendirmişlerdir. İK tipleri arasında kas kuvveti açısından fark bulmamışlardır. Kaya ve ark. (46) toplam 108 kadında yaptıkları araştırmalarında İK tipine göre PTK kuvvetini perineometre ile değerlendirmişler ve 3 tip İK arasında fark bulamamışlardır.

Bu çalışmada İK şiddetine göre hafif ile orta ve şiddetli İK'sı olan grupta da PTK kuvveti benzerdi. Çalışmamızda da İK tipleri benzer olduğu için PTK kuvvetleri benzer olabileceği düşünüldü. Bø [152], PTK kuvvetinin artmasının İK semptomlarını azaltacağını bildirmiştir. Klinik deneyimlerimize dayanarak, ünitemize yönlendirilen İK tanılı kadınların PTK'larını doğru bir şekilde nasıl kullanacaklarını bilmediklerini ve kolayca öğrenemediklerini söyleyebiliriz. Kadın sağlığı eğitimlerinin yeterli düzeyde olmaması da bu sorunun nedenlerinden biridir.

5.5. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

İK hastalarda utanma, kendini yetersiz görme, toplum tarafından oluşturulan korku nedeniyle semptomlarını inkar duygusu, olayı küçük bir problem olarak görme, varlığını reddetme, İK'nın kadın olmanın ve yaşlanmanın doğal bir parçası olarak görülmesi, tedavi yöntemlerinin varlığından habersiz olma, operasyon korkusu, tedaviden ümitsizlik, maliyet gibi faktörler hastalarda tedaviye yönelmeyi geciktirmektedir. Ek olarak İK'da kadınlar yetersizde olsa kendi kendilerine önlemler almayı tercih ederek tedaviye yönelmeyi geciktirebilirler. Ayrıca kadınların İK ve tedavi seçenekleri ile ilgili önyargıları bulunmaktadır [17-18].

Bu çalışmada, hastaların İK ve fizyoterapi tedavi yöntemleri hakkında bilgi düzeyleri sorulduğunda İK şiddeti farketmeksizin hiçbir hastanın yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını düşündükleri bulundu. Kısmen yeterli bilgisi olan kişiler ise TV programları, diğer sağlık personeli ya da bir yakını-komşusundan sık bırak şeklinde anlatılan egzersizleri duyduklarını ifade ettiler. Ancak çoğunun bu uygulamayı yanlış yaptığı ve sinerjist kaslarla kompanse ederek egzersizin hedefi olan PTK grubunu çok az ya da yetersiz kullandıkları tespit edildi. Howard ve Steggall [153], yaptığı araştırmaya göre İngiltere’ de yaklaşık 3 milyon kişinin İK ile yaşadığı, yardım isteyen kadınların sayısının çok düşük olmasının nedeninin ise; genellikle inanç ve İK’nın tedavisi hakkında bilgi eksikliğine bağlı olduğunu bildirmiştir. Acar ve Yurtsever (2010), çalışmasında İK’sı olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının %69,4’ünün İK nedeniyle sağlık kurumuna başvurmamış ve %75’inin hiç tedavi olmadığını belirtmiştir [154]. Yine birçok çalışmada, İK’sı olan kadınların hekime başvurmama nedenleri arasında İK’yı normal veya küçük bir problem olarak algılama, hekime gitme için vakit bulamama, İK’nın tedavisi hakkında bilgi eksikliği, İK’nın ayıp ve utanç verici olduğunu düşünme, yaşlanmanın doğal sonucu olarak görme ve tedavi edilemeyeceğini düşünme gibi inanışlar yer almaktadır [155-159].

Bu çalışmada yer alan hafif İK grubunda İK’ya yönelik olarak hiç tedavi almayanlar çoğunluktadır. Bu durum koruyucu önleyici fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarına geç ulaşıldığını bu nedenle tedaviye yönelik uygulamalarda kronik ve şiddetli durumlarla başa çıkılmaya çalışıldığını düşündürmektedir.

Ege ve ark.’nın [160] postpartum bir yıllık dönemde üriner İK sorunu yaşayan kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, kadınların %14,9’unun PTKE’yi bildiği bulunmuştur. O’Neill ve ark. [161] primipar kadınların pelvik taban problemleri hakkındaki en sık kullandıkları bilgi kaynağının %84 oranında internet olduğunu belirlemiştir. Berzuk ve Barbara [162] randomize kontrollü çalışmasında, 18-69 yaş arası kadınlara verdikleri pelvik taban sağlık eğitiminin, pelvik taban sağlığına yönelik bilgi ve farkındalığı arttırdığını saptamıştır.

Literatür sonuçları ve çalışma bulgularımız, kadınların büyük çoğunluğunun PTKE hakkında bilgilerinin olmadığını ve bu konuda bilgilendirilmediklerini göstermektedir. Kadınların PTK’larının önemine ilişkin farkındalıkları ve bilgi gereksinimleri; üreme çağı, gebelik ve postpartum dönemi ile yaşlılık dönemlerinde değişkenlik göstermektedir. Pelvik

taban sağığının koruması için problem ortaya çıkmadan önce zamanında önlem alınması önemlidir.

Kadınların pelvik taban yapısı, sağığı, İK ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece hem hastanın tedavi seçenekleri hakkında önyargılarının azaltılması hem de tercihte hastanın etkin rol oynaması ve tedaviye katılımının artması sağlanacaktır. Literatürde, daha önce fizyoterapi yöntemlerini sorgulayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların yeterli bilgi sahibi olmasının İK tedavisine katkıda bulunacağını öngörüldü.

Günümüz kadınları bilgilenme kaynağı olarak çoğunlukla interneti kullanmaktadır. Ancak sağık profesyonelleri tarafından kadınların yaşam dönemlerine uygun verilecek pelvik taban sağığı ve PTKE hakkında bilgilendirme eğitimlerinin kadınların bilgi ve farkındalıkları üzerinde daha fazla etkili olacağı düşünöldü. İK eğitiminde önce hiçbirisi yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmediğini ifade etti. Bilgilendirme sonrası bu durum değişmiştir. Yaklaşık 20 dakika süren tek bir seans görüşme ile dahi, hastaların tedaviyi bilme konusunda tatminleri hafif grupta %31,81 olurken, orta-şiddetli grupta %34,61'e yükselmiştir. Kısmen yeterli görenler daha fazla bulunmuştur. Bilgilendirme süresinin artırılması ve detaylandırılması uygulamalı pratikler yapılabilmesi durumunda bu tatminin artırılabilceğı düşünöldü. Bu durumda eğitime olan ihtiyacı ortaya koydu.

5.6. İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Tedavi Tercihlerinin İncelenmesi

Bu çalışmada hastalara tedavi tercihi sunulduğunda İK şiddeti farketmeksizin iki grupta da hastaların ilk tedavi tercihi PTKE olmuştur. Tedavi tercih nedenleri ise hafif İK'lı grupta 'rahat ve kolay olduğu', orta-şiddetli İK'lı grupta 'rahat ve kolay olduğu için' ve 'evde yapmak istediğı için' oldu. Çalışmamızda tedavi tercihleri arasında fark olmamasını hastaların belirttiğı tercih nedenlerine bağlıyoruz. Her iki gruptaki hastalar PTKE seçmeleri durumunda evde ve kendi kontrolünde uygulayabilme düşüncesinden dolayı tercihlerini bu yöne kullanmışlardır. Aynı şekilde rahat ve kolay uygulanması bu tedaviyi cazip hale getirmiş olabilir. Yine rahat ve kolay olduğunu düşündükleri EMS tedavi seçeneğini tercih ettiklerinde bu tedaviye her yerde ulaşamayacaklarını düşündükleri için ve önce PTKE'yi deneyip eğer idrar kaçışında azalma olmaz ise diğeri tedavi yöntemlerine başvuracaklarını ifade etmişlerdir.

Literatür, PTKE'nin stres ve karışık tip İK'sı olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olarak denenmesi gerektiğini belirtmektedir [163]. Konstantinos ve ark. [163], PTKE uygulanan stres tip İK tanılı kadınların tedavi edilmeyen gruba göre İK durumunu önemli düzeyde daha az yaşadıklarını bulmuştur. Blaivas ve ark. [126], PTK'nın kuvvet antrenmanının İK tedavisinde etkili olduğu göstermiştir ve birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. PTK kasılmalarını gerçekleştirmek için uygun talimatlar, PTKE'yi gerçekleştirebilmek için çok önemlidir. İK'nın önlenmesinde ve tedavisinde PTK eğitiminin nasıl etkili olabileceği hakkında bir fikir, kadınlara karın içi basıncının artmasına neden olan aktivitelerden önce ve sırasında PTK'yı kasılmalarını öğretmektir [96]. PTK ile ilgili eğitim programları, PTK işlevi, işlev bozukluğu ve tedavi seçenekleri hakkında bilgiler içerebilir. Toplumdaki kadınlar için, bu programlar tedavi aramayı, özellikle de koruyucu seçenekleri kolaylaştırabilir [164]. Literatür, kadınlar arasında pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve tedavi seçenekleri ile ilgili dünya çapında bilgi eksikliği olduğunu göstermiştir [164-166]. Bireylerin bilgilendirme sonrası PTKE egzersizini kendi kararıyla seçmesi ve bireylerin uygulamayı doğru şekilde öğrenip daha etkili olarak uygulaması halinde, hastanın tedaviye olan uyumu ve sürekliliği artıracakı düşünüldü.

Bu çalışmada grupların İK tiplerinin yakın dağılım göstermesi bu parametre açısından grupların benzer olduğunu ve sonuçlara İK tipinin direkt bir etkisinin olmadığını düşündürdü.

Hafif İK'sı olan grupta hastaların ikinci olarak seçtiği tedavi yöntemi ME'dir. Literatürde İK'da tedavi pek çok tedavi modalitesini kapsamakla birlikte ME ve PTKE en popüler olanlarıdır. Davranışsal/ konservatif tedaviler göreceli olarak daha az maliyet ve daha az yan etki nedeni ile caziptir ve özellikle PTKE İK tedavisinde birinci basamak tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir [167-169]. Kaya ve ark. [170], İK'sı olan kadınlarda tek başına ME ile ME'ne eklenmiş PTK egzersizinin etkisini inceledikleri çalışmada; mesane eğitimi ile kombine PTK egzersizi, tek başına yapılan mesane eğitimine göre daha etkili bulmuştur.

BF ile yapılan egzersizlerin doğru kontraksiyonları sağlamada ve kas aktivitesini kontrol etmede daha etkili olduğu bilinmektedir [112]. Çünkü çoğu kadın istenilen egzersizi tam olarak yapamamaktadır ve motivasyona ihtiyacı vardır.

Bu çalışmada BF'nin daha çok tercih edilmeme nedenlerinin elektriksel bir girişim olması ve hastaların daha çok kendilerinin yapabileceği PTK ve diğer egzersiz yaklaşımları gibi tedavileri tercih etmeleri olabileceği düşünüldü.

Diğer bir tedavi olan vajinal konlarla eğitim çok tercih edilen tedaviler arasında değildir. Bunun nedenini ise kadınların girişimsel bir şey istememelerine ve daha alternatif tedaviler düşünmelerine bağlı olabileceği düşünüldü. Cammu & Van Nylen [171] çalışmasında vajinal kon ile eğitimde çok düşük uyum bildirmiştir ve bu nedenle koni kullanımını önermemiştir. Ayrıca, B0 ve arkadaşlarının [6] çalışmasında, "koni grubundaki kadınların büyük motivasyon sorunları olduğunu belirtmiştir. Laycock ve ark.'nın [172] çalışmalarında ise, bir vajinal kon ile eğitimde tedaviyi % 33'lük bırakma oranı vardı. Arvonen ve ark. [173] ise "vajinal topları" kullanıp ve genel kuvvet antrenman ilkelerini takip ederek, toplarla yapılan antrenmanların İK'yı azaltmada normal PTK antrenmanlarından daha etkili olduğunu bulmuştur. Bu durumda uygulanacak tedavi ile ilgili hasta ile ayrıntılı görüşülmesi ve bilgilendirilmesi durumunda hastanın kendi tercihini de göz önünde bulundurarak hastanın tedaviye uyumunun ve iyileşme oranının artırılabilceği düşünüldü.

Diğer bir tercih edilen yöntem EMS idi. Tercih edilme nedeni ise kişinin kıyafetleri ile tedaviyi alabilmesi ve kolayca uygulayabileceklerini düşünmeleri idi. Ayrıca 60-65 yaş üstü kişiler bu tedaviye daha ılımlı yaklaşmaktadırlar. Bir çalışmada vajinal cihaz veya dijital muayene yerine EMS cihazı kullanılmış ve katılımcılar için daha az rahatsızlık verici olduğunu ifade etmişlerdir [112]. Bu EMS cihaz klinik uygulamada tedavi olarak faydalı olabilir.

Girişimsel olarak gördükleri ve elektriksel uyarı almak istemedikleri için tercih edilmeyen diğer bir yöntem ise ES idi. Egzersizi düzenli ve etkili yapamayacağını düşünen hastalar ise alternatif olarak ES, BF ve EMS tedavilerini tercih edebilmektedir.

Stres tip İK ve karışık tip İK tedavisinde PTK eğitiminin etkinliğine dair güçlü kanıtlara rağmen, stres İK tedavisinde diğer egzersiz rejimlerinin kullanılmasına ilgi artmaktadır [44]. Bu egzersizlerden olan AE, solunum egzersizleri ve alt ekstremit e egzersizleri hastalar tarafından tercih edilmiştir. Bu gibi egzersizlerin tedaviye eklenmesi durumunda başarı oranının artacağı düşünüldü. Alternatif bir yöntem olan MP yine günlük hayatında pilates yapan, alternatif bir tedaviye yönelmek isteyen kişiler tarafından tercih edilmiştir.

Günümüzde, cerrahi tedaviden korkarak bu tedaviyi istemeyen, özel sağlık sorunları nedeniyle cerrahi tedavi yapılamayan, gebe olan veya ileride gebe kalmak isteyen, erken doğum sonu dönemde olan, spor yapma gibi özel durumlarda ara sıra idrar kaçıran, İK'yı önemli bir sağlık sorunu olarak görmeyen ve cerrahi tedaviyi etkileyebilecek diğer ürojinekolojik sorunları olan hastalar konservatif tedavi yöntemlerini tercih etmektedir. Bu yöntemler İK'yı önlemek, İK'nın şiddeti ve sıklığını azaltmanın yanı sıra kişilerin yaşam kalitesini de arttırmak amacıyla kullanılabilir [135].

İK şiddeti arttıkça hissedilen çaresizlik ile hasta daha aktif rol ve sorumluluk alması gerekirken edilgen bir role geçerek tedavi seçeneklerinde belirleyici olmayı bırakmaktadır. Hastalara tedavi tercihi hakkı verildiği zaman kararı sağlık personeline bırakma üçüncü sırada yer almaktadır. Oysa ülkemizde hastaya tercih hakkı tanınmadan ve olası seçenekler yeterince anlatılmadan sağlık personeli tarafından tedavi seçimi yapılmaktadır. Bu noktada kliniklerdeki hasta yoğunluğu ve araç gereç imkânları belirleyici hale gelmektedir.

Bu çalışma süresince yapılan görüşmelerde hastalar tedaviye direkt başlamak yerine kendi gayretleri ile sürdürebilecekleri seçenekleri bildiklerinde bu uygulamaları tercih edecekleri bilgisine ulaşıldı.

İK'ya olan tepkiler tüm kadınlarda aynı değildir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe tedavi için başvurma, çözüm yolu arama bilincinin artması beklenmesine karşın Wyman, Harkins ve Chai [174], yaptığı çalışmada sağlık arama davranışının eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığını bildirmiştir. Ciddi sosyal kısıtlamalar yaşayan, fazla miktarda idrar kaçıranların daha çok tedavi aradıkları belirtilmiştir [62].

Hastalar çok çeşitli nedenlerden dolayı tedaviye uymazlar; uzun süreli ve zaman alıcı tedaviler, yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliği, hasta etkileşimi, kültürel ve sağlık inançları, zayıf sosyal destek, uygunsuzluk, zaman eksikliği, motivasyon sorunları ve kliniklere ulaşma süresi listelenmiştir [175].

Bu doğrultuda üriner İK'nın yönetiminde hasta ile birlikte, konservatif tedavi yöntemlerinin avantajları ve dezavantajlarının göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavinin planlaması önerilmektedir.

5.7. İdrar Kaçırması Olan Kadınların İdrar Kaçırma Şiddetine Göre Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda; KSA'nın alt alanları olan İK etkisi, rol limitasyonları, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, uyku ve enerji bozuklukları ve ciddiye puanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunması ve hafiften şiddetliye doğru gruplarda yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilendiği şeklinde yorumlandı.

KSA'nın alt testlerini incelediğimizde:

Genel sağlığı algılama

Kaya ve ark [131] İK'lı kadınlarla yaptıkları çalışmada, “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalamasını 44.9 ± 22.4 ; Japonya’da Okamura ve ark. yaptıkları çalışmada, 52.7 ± 16.2 olarak saptamıştır [176]. İK'lı kadınlarla yapılan bu çalışmada “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalaması” hafif İK'lı grupta $46,59 \pm 19,8$, orta-şiddetli $44,23 \pm 20,38$ olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların genel sağlık durumlarının orta şiddette etkilendiği belirlenmiş olup, bulgu literatürü destekler niteliktedir. İleri yaş, sistemik hastalıklar, artmış VKİ, doğum sayısı, kronik öksürük, kabızlık varlığı gibi İK için risk faktörü olan durumların genel sağlığı olumsuz etkilediği düşünüldü.

İnkontinans etkisi

İK'nın reproduktif ve postmenopozal dönemde olan sağlığına etkilerini incelediği çalışmada reproduktif dönemde olan kadınların “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalamasını 55.67 ± 25.54 ; postmenopozal dönemde olan kadınlarda 62.00 ± 25.08 olarak belirlenmiştir [177].

Bu çalışmada “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalaması hafif İK'lı grupta $65,87 \pm 25,42$ orta-şiddetli İK'lı grupta $78,18 \pm 26,59$ olarak hesaplanmış olması, yapılan çalışmalarda alt boyut puan ortalamasındaki farklılığın, çalışılan grupların farklı İK risk faktörlerine sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Çalışmamızda ise İK şiddetinden dolayı puan ortalamasında farklılık olup hafif grupta İK'nın bireyleri daha az etkilediği sonucuna varıldı.

Rol limitasyon

Ülkemizde yapılan bir çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 47.69 ± 2.66 olarak bulunmuştur [178]. Bakarman’ın (2016) 15-50 yaş arası 412 kadınla yaptığı çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 21.4 ± 25.1 idi [179]. Bu çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması hafif İK’lı grupta 35.96 ± 28 , 73 orta-şiddetli İK’lı grupta 61.51 ± 33.60 olarak belirlenmiş olup, göre etkilenmenin daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçların farklılık göstermesi, rol kısıtlamasını etkileyen faktörlerin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Kronik hastalık varlığının rolleri yerine getirmeyi olumsuz etkilediği, buna İK’nın da eklenmesiyle rolleri yerine getirmede sorunların artırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada İK şiddeti yüksek olan bireylerin rol kısıtlamaya gittiğini ve bu durumun hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Fiziksel limitasyon

Bakarman [179] 15-50 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 21.4 ± 25.1 olarak belirlemiştir. Turhan [177], üreme çağındaki kadınlarda 57.83 ± 29.91 , postmenopozal dönemde olan kadınlarda 66.00 ± 27.72 olarak saptamıştır.

Bu çalışmada “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması hafif İK’lı grupta 48.46 ± 26.12 , orta-şiddetli İK’lı grupta 70.49 ± 30.67 olup, kadınların hafif grupta orta fiziksel kısıtlılık yaşadığını, şiddet arttıkça bu durumun kötüye gittiği saptanmıştır. Çalışmalardaki fiziksel kısıtlamalar puanları arasındaki farklılığın, çalışma gruplarının İK şiddetinden, tipinden veya yaş farklılığından kaynaklanabilir. Doğum sayısının fazla olması, sıklıkla ağır cisim kaldırma, kronik hastalık ve kronik öksürük varlığı, hareketli yaşam tarzı İK’ya bağlı fiziksel limitasyonları artırmaktadır. İK problemlerinin fiziksel aktiviteleri (yürümek, koşmak, spor yapmak, yolculuk yapmak gibi) olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yaşam kalitesini artırmak için değiştirilebilir faktörlere yönelik (ağır cisim kaldırma, hareketsiz yaşam tarzı vb) eğitim verilmesi yararlı olabilir.

Sosyal limitasyon

İK'lı hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda kadınların orta şiddette sosyal limitasyon yaşadığı belirlenmiştir. Uemura ve Homma yaptıkları çalışmada “Sosyal Limitasyon” alt boyutu puan ortalamasını $25,8 \pm 26,42$; Kaya ve ark $35,1 \pm 30,4$; Turhan, üreme çağındaki kadınlarda $49,00 \pm 27,54$, postmenopozal dönemde $55,67 \pm 27,92$ olarak rapor etmiştir [131, 176, 177].

İK'lı kadınlarla yapılan bu çalışmada, literatürü destekler biçimde. “Sosyal Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması hafif İK'lı grupta $20,81 \pm 23,61$, orta-şiddetli İK'lı grupta $46,33 \pm 36,66$ olup, kadınların hafif grupta daha sosyal iken orta-şiddetli grupta orta şiddette sosyal limitasyon yaşadığı belirlenmiştir. Sosyal kısıtlamaların daha düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur [178-180]. Çalışmadaki kadınların çoğu ev hanımı olduğu için İK nedeniyle kendilerini sosyal olarak çok fazla kısıtlamaya gerek duymadıkları düşünüldü. Diğer yönden iki grup arasında orta-şiddetli grubun daha çok etkilenmesini ise ev dışındaki aktivite ve ziyaretlerde İK korkusu, koku gelecek endişesi ve sık idrara çıkma gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünüldü.

Kişilerarası ilişkiler

Uemura ve Homma çalışmalarında “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu puan ortalamasını $7,2 \pm 14,17$; Okamura ve ark. $7,4 \pm 17,3$; Kelleher $8,9 \pm 1,2$ olarak belirlemiştir [176, 181, 182].

Bu çalışmada “Kişilerarası ilişkiler” alt boyutu puan ortalaması hafif İK'lı grupta $9,46 \pm 20,13$, orta-şiddetli İK'lı grupta $19,86 \pm 34,96$ olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların, kişisel ilişkilerinin yapılan diğer çalışmalara göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Kadınların İK nedeniyle, kendilerine yönelik olumsuz duygularının kişisel ilişkilerine yansıdığı düşünülebilir. Üriner fonksiyonlarını denetleyemeyen kadınlar, kendini kusurlu, eksik olarak görüp, kişisel ilişkilerini sınırlayabilmekte; çekiciliğini kaybettiğini düşünüp cinsel hayatını olumsuz etkileyebilmektedir [183].

Emosyonlar

Çalışmaya katılan kadınların, “Emosyonlar” alt boyutundan aldıkları puan hafif derece İK’lı grupta $36,51 \pm 28,47$, orta-şiddetli derece İK’lı grupta $48,68 \pm 34,56$ olup, emosyonel yönden orta derecede etkilendikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde Turhan’ın İK’nın reproduktif ve postmenopozal dönemde olan kadınların sağlığına etkilerini incelediği çalışmada, reproduktif dönemde olan kadınların “Emosyonlar” alt boyutu puan ortalaması $41,78 \pm 31,98$, postmenopozal olan kadınlarda 48.89 ± 30.38 olarak belirlenmiştir [177].

Bu çalışmanın aksine “Emosyonlar” alt boyutu puan ortalamasını daha düşük bulan çalışmalar da mevcuttur. Çıtak’ın çalışmasında “Emosyonlar” puan ortalaması $22,29 \pm 25,96$; Aslan’ın (2005) çalışmasında “Emosyonlar” puan ortalaması $9,3 \pm 19,7$ olarak daha düşük bulunmuştur [184, 185]. İK’lı kadınlar kendini değersiz, kötü, tedirgin, depresif ve sinirli hissedebilmektedir [183]. İK’nın da bir kronik hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, kadının ruh sağlığı açısından İK’dan korunma önem taşımaktadır.

Uyku/enerji düzeyi

Uemura ve Homma’nın çalışmasında “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyutu puan ortalaması $33,5 \pm 27,96$; Kaya ve ark’ın çalışmasında $32,5 \pm 26,9$; Bakarman’ın çalışmasında $27,1 \pm 22,8$; olarak belirlenmiştir [131, 179, 182].

Bu çalışmaya katılan kadınların “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama hafif İK’lı grupta $34,07 \pm 33,32$, orta-şiddetli İK’lı grupta $64,73 \pm 36,31$ olup farklı derecede etkilendikleri saptanmıştır. Yaşam kalitesinin önemli parametrelerinden biri olan uyku/enerji düzeyinin artırılması için mesane eğitimi ve geceleri yatmadan 1-2 saat öncesinde sıvı alımı kısıtlamasının, uykudan uyanmaları azaltabileceği düşünüldü.

Ciddiyet ölçümleri

Uemura ve Homma’nın çalışmasında “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalaması $31,9 \pm 13,39$; Bakarman’ın yaptığı çalışmada $23,1 \pm 19,4$ olarak bulunmuştur [179, 182]. Bu çalışmada “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalaması hafif İK’lı grupta $44,97 \pm 20,65$, orta-şiddetli İK’lı grupta $62,53 \pm 26,21$ olup, kadınların İK şiddeti fazla olan hastaların farklı derecede etkilendikleri belirlenmiştir. İK’ya bağlı iç çamaşırını değiştirmek zorunda kalma,

koku gelecek endişesi, ped kullanmayı gerektirecek şiddette İK yaşam kalitesini düşürdüğü söylenebilir.

Semptom ciddiyeti

Kaya ve ark. çalışmasında “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puan ortalaması 10.5 ± 5.8 ; Öz ve Altay’ın çalışmasında 17.20 ± 0.30 olarak belirlenmiştir [131, 178].

Bu çalışmada “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puan ortalaması hafif İK’lı grupta $10,68 \pm 5,98$, orta-şiddetli İK’lı grupta $14,38 \pm 6,03$ olup kadınların orta şiddette etkilendikleri belirlenmiştir. Bulgular literatürü destekler niteliktedir. İK’dan korunma ve semptom şiddetini azaltmak için VKİ normal aralıkta tutma, konstipasyondan kaçınma, kronik hastalıklardan korunma gibi yaşam biçimi davranışları semptom ciddiyetini azaltmada etkili olabilir.

İK şiddeti ve yaşam kalitesi arasında ilişkiyi araştıran bir çalışmada; 24 saatlik ped testinde İK miktarı 20 gr’dan az olanların, 20 gr’dan fazla olanlara kıyasla yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu yani semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir [186]. Portekiz’de, 80 İK tanılı kadınla yapılan çalışmada hafif İK’sı olan kadınlarda, orta ve şiddetli İK’sı olan kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [187].

Fazla miktarda, şiddetli düzeyde ve uzun süre idrar kaçırma sorunu yaşayanların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmektedir. Bazı çalışmalarda depresyon riskinin direk olarak yaşanan İK’nın şiddetiyle ilişkili olduğunu ve sosyal fonksiyonda, yaşam kalitesinde azalma olduğunu göstermektedir. İK tanılı kadınlar üzerinde olumsuz psikolojik etki yaratsa da İK’nın eşlerin emosyonel sağlığı üzerine olan etkisinin de çok fazla olduğu düşünülmektedir [188].

Özdemir ve Özerdoğan çalışmasında şiddetli İK’sı olan kadınlarda yaşam kalitesin daha düşük olduğunu belirtmiştir [189]. Çalışmamızda da İK sorunundan ciddi düzeyde etkilendiğini belirten kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

İK’nın hergün olması, sıklığının ve şiddetinin artması kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde düşürmekte, gerekli psiko-sosyal destek alınmadığı takdirde ağrı, kontrolü kaybetme, yararsız hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilerde zemin hazırlamaktadır

[190]. Hastalığın şiddeti ile mazuriyet süresi ilişkili gözükmemektedir. Hastalığın şiddeti arttıkça tedavi şansı azalmakta ve tedavi süresi ve maliyeti artmaktadır. Toplumun İK konusunda bilgilendirilmesi, kadınların tedaviler hakkında önyargılarının kaldırılması ile hastaların yaşam kaliteleri çok fazla düşüş göstermeden hekime başvuru oranı arttırılabilir ve erken dönemde konservatif ve daha az maliyetli yöntemlerle tedavi olasılığı artabilir [191].

5.8. Çalışmanın Limitasyonları

Limitasyonlar

Çalışmamızın ilk limitasyonu tanımlayıcı bir çalışma olması açısından örneklem genişliğinin yetersizliğidir. Daha geniş örneklerle evreni daha iyi tanımlayan ve literatürle daha yüksek oranda uyumlu sonuçlar bulunacağı düşünüldü. Sonuçları daha genelleştirebilmek için daha geniş örneklemi içeren ileri tanımlayıcı çalışmalara ihtiyaç vardır.

İK şiddetini belirlemek için ölçek kullanılmaması, İK şiddetinin hem stres tip İK hem de sıkışma tip İK içeren vakalarda sadece 24 saat ped testi ile değerlendirilmiş olması çalışmanın limitasyonlarıdır. PTK kontraksiyonu digital olarak doğrulanamamıştır.

Ayrıca verilen bilgilendirme süresinin her kişi için ayrılan 20 dakikanın dahi yeterli olmaması ve bireylerin bilgi düzeyinin basit şekilde sorgulanmasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışma sonuçlarımıza göre; kadınların büyük çoğunluğunun İK ve tedavi yöntemleri hakkında bilgisi yoktur ve bu konuda bilgi eksikliği vardır. Sonuçlar doğrultusunda; kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerine, pelvik taban sağlığı ile İK tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirme eğitimleri düzenleyerek toplumsal farkındalığı artırmaları ve PTKİ'nin uygulamalı öğretimini sağlamaları önerilmektedir. Fizyoterapi tedavi tekniklerinin terapötik başarısının kadının motivasyon derecesine bağlı olduğu kanısındayız. Bu nedenle, bir eğitim programının ilişkisini son derece önemli görüyoruz, böylece bireyler hastalıklarını anlayabilir ve en iyi tedaviyi seçebilir.

- İK şiddetine göre PTK kuvvetinin, İK tipi ve süresi, bireylerin yaş ve VKİ ortalamaları, eğitim, medeni ve çalışma durumu, menopoz ve kronik konstipasyon, parite, abortus ve küretaj, sistemik hastalıkların varlığının değişiklik göstermediği görüldü.
- Hafif İK'sı olan kadınların orta-şiddetli İK'lı kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha az etkilendiği bulundu. Orta-şiddetli grupta yaşam kalitesi olumsuz yönde daha fazla etkilendiği şeklinde yorumlandı.
- Hafif, orta, şiddetli İK'lı kadınların VKİ ortalamalarına göre gruplar birinci derecede şişman olarak kategorilendirildi.
- İK şiddetine göre kronik öksürük durumları arasında farklılık görüldü.
- Üriner semptomlar incelendiğinde hafif grup daha az etkilenmişken orta-şiddetli grupta etkilenme arttı. Üriner semptomlardan idrara çıkma sıklığı incelendiğinde gündüz idrara çıkma sıklığında fark yokken, gece idrara çıkma durumunda fark bulundu. Orta-şiddetli derecede İK'sı olanlarda gece idrara çıkma sıklığı fazla olduğu saptandı.
- Hastalar İK hakkında bilgiye sahip değildi.
- Hiçbir hastanın fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgisi yoktu. Kısmen bilenler ise sık bırak işlemi uyguladığını ifade etti ve yanlış uygulama şekline sahipti.
- Hastalara bilgilendirme yapıldıktan sonra tedavi tercihleri sorulduğunda PTKİ'yi ilk seçenek olarak seçti. Hafif, orta-şiddetli İK'lı hastalarda seçilen tedavi yöntemi değişmedi. İkinci tedavi tercihi olarak hafif İK'lı grup mesane eğitimini, orta- şiddetli İK'lı grup bu tercihini fizyoterapistin önermesinden yana kullandı. Üçüncü tercihlerini ise iki grupta fizyoterapistin tedavi önermesi şeklinde ifade etti.

- Hastaların tercih etme nedeni hafif grupta ‘rahat ve kolay olduğu için’ olurken, orta-şiddetli grupta ‘evde yapmak istediği için’ ve ‘rahat ve kolay olduğu için’ idi.
- Hastanın bilgilendirme sonrası İK ve fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi düzeyi arttı. Bireyler bilgilendirmeden memnun olduklarını ifade etti.

6.2. Öneriler

Kadınların birinci derecede şişman olması nedeniyle diyetisyene yönlendirilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmanın kadın sağlığı konusunda literatüre kanıt oluşturması ve bu alanda çalışan fizyoterapistler için de yol gösterici olduğu düşünülmektedir.

İK şiddeti arttıkça hastaların yaşam kaliteleri azalmaktadır. Hastalığın şiddeti ile maruziyet süresi ilişkili gözükmemektedir. Hastalığın şiddeti arttıkça tedavi şansı azalmakta ve tedavi süresi ve maliyeti artmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin hiçbirinin İK’da fizyoterapi uygulamalarına ilişkin bilgiye sahip olamamaları bu konudaki ihtiyacı ortaya çıkartmıştır. İK tanılı bireylerin İK tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Eğitim ve algı düzeyleri farklı olan kişiler için bilgilendirme süresi arttırılması önerilmektedir.

Eğitimler daha basit hale getirilebilir fizyoterapi yöntemleri uygulamalı olarak anlatılabilir.

Üroloji polikliniklerinde en azından bu bilgileri içeren hasta eğitim günleri ya da basılı materyaller bulundurulması, bekleme salonlarında televizyon ya da yansıtıcılar ile egzersizler hakkında bilgi verilmesi hastaların başvurularında bu konuda daha bilinçli olmalarını sağlayabilir.

Eğitim sonrasında hastaların ilgi, merak ve soruları artarak tedaviye ulaşma ve yönelik bilgi edinme çabaları artması, bu alanda çalışacak fizyoterapistlere olan ihtiyacı ortaya koymuştur.

Toplumun İK konusunda bilgilendirilmesi, İK tanılı kadınların tedaviler hakkında önyargılarının kaldırılması ile hastaların yaşam kaliteleri çok fazla düşüş göstermeden hekime başvuru oranı arttırılabilir ve erken dönemde konservatif ve daha az maliyetli yöntemlerle tedavi olasılığı artabilir.

Daha önce fizyoterapi yöntemi konusunda bireylere tercihleri hiç sorulmamıştır. Artık dünyada hasta edilgen bir rolden çıkarılmıştır. Bu çalışmanın en önemli yanı kendisine uygulanacak İK'ya yönelik fizyoterapi yöntemi tercihini bireylerden, bilgilendirme sonrasında, öğrenmemizdi. Bireylere tercihlerinin sorulmasının bireyin tedaviyi daha uygulanabilir bulmasını ve bireyin tedavi sürecine uyumunu ve devamlılığını artırabilir.





KAYNAKLAR

1. Abrams, P., Blaivas, J.G., Stanton, S.L. and Andersen, J.T. (1988). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 114, 5-19.
2. Bump, R.C. and McClish. D. K. (1992). Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(5), 1213-1218.
3. Luft, J. and Vriheas-Nichols, A. A. (1998). Identifying the risk factors for developing incontinence: Can we modify individual risk? *Geriatric Nursing*, 19(2), 66-72.
4. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. and Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 21(2), 167-178.
5. Fantl, J. A. (1996). Urinary incontinence in adults: acute and chronic management (No. 96). *Department of Health and Human Services*, 46-50.
6. Bø, K., Talseth, T. and Holme, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *British medical journal*, 318(7182), 487-493.
7. Cardozo, L., and Staskin, D. (2017). *Textbook of Female Urology and Urogynecology, -Two-Volume Set*, CRC Press, 832-875
8. Güler, T. C. ve Yağcı, N. (2006). Urinary Incontinence In Women And Physical Therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (011), 205-218.
9. Akbayrak, T. (1997). Üriner stres inkontinansa fizik tedavi ve rehabilitasyonun etkinliği, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 19-25.
10. Newman, D. K. (1996). What's new: the AHCPR guideline update on urinary incontinence. *Ostomy/wound management*, 42(10), 46-50.
11. Bø, K., and Herbert, R. D. (2013). There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 59(3), 159-168.
12. Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., and Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *Bob Jones University international*, 93(3), 324-330.
13. Borello-France, D., and Burgio, K. L. (2004). Nonsurgical treatment of urinary incontinence. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47(1), 70-82.

14. Leung, L., Riutta, T., Kotecha, J., and Rosser, W. (2011). Chronic constipation: an evidence-based review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(4), 436-451.
15. Nyström, E., Sjöström, M., Stenlund, H., and Samuelsson, E. (2015). ICIQ symptom and quality of life instruments measure clinically relevant improvements in women with stress urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 34(8), 747-751.
16. Uğraş, M. Y. (2009). Stres İnkontinansta Elektriksel Uyarı Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Urology-Special Topics*, 2(1), 105-108.
17. Herzog, A. R., and Fultz, N. H. (1990). Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 273-281.
18. Burgio, K.L., Matthews, K.A. and Engel, B.T. (1991). Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *The Journal of urology*, 146(5), 1255-1259.
19. Skoner, M.M. (1994). Self- management of urinary incontinence among women 31 to 50 years of age. *Rehabilitation Nursing*, 19(6), 339-347.
20. Robinson, A. and Thomson, R. (2001). Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *British medical journal Quality & Safety*, 10, 34-38.
21. Robinson, D., Anders, K., Cardozo, L., Bidmead, J., Dixon, A., Balmforth, J. and Rufford, J. (2003). What do women want? interpretation of the concept of cure. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 9(6), 273-277.
22. Basu, M., Wise, B. and Duckett, J. (2011). A qualitative study of women's preferences for treatment of pelvic floor disorders. *Obstetrics and gynaecology journal*, 118(3), 338-44.
23. Frewer, L., Salter, B. and Lambert, N. (2001). Understanding patients' preferences for treatment: the need for innovative methodologies. *British medical journal Quality & Safety*, 10(1), 50-54.
24. Kılıç, Ö. ve Karalezli, G. (2009). Stres İnkontinansın Medikal Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Urology-Special Topics*, 2(1), 101-104.
25. Yalçın, Ö. (1996). *Ürojinekoloji. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Kişnişçi H, Gökşin E, Ustay K, Güneş Kitap Evi. Ankara, 730-747.
26. Vemulakonda, V.M. and Jones, E.A. (2006). Primer: diagnosis and management of uncomplicated daytime wetting in children. *Nature Reviews Urology*, 3(10), 551.
27. Massot, C., Khenioui, H., Agnani, O., Guyot, M. A., Hautecoeur, P., and Donze, C. (2016). Stress urinary incontinence in women with multiple sclerosis. *International neurourology journal*, 20(3), 224.

28. İnternet: Arıkan N, Çetinel B, İlker Y, Koçak T (2002). *Kontinans Derneği Terminoloji Standardizasyon Raporu*.; http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fissuu.com%2Fjournalagent%2Fdocs%2Fkontinans.terminoloji_raporu&date=2018-05-29, Son Erişim Tarihi:11.03.2018.
29. Haylen, B.T. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 29(1), 4-20.
30. Toprak, Ş. (2010). *Pelvik Taban Distres Envanteri-20'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği (tez)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 33-35.
31. Middleton, T. and Ellsworth, P. (2019). Pharmacologic therapies for the management of non-neurogenic urinary incontinence in children. *Expert Opin Pharmacother*, 1-18.
32. Chapple, C. and Manassero, F. (2005). Urinary incontinence in adults. *Surgery (Oxford)*, 23(3), 101-107.
33. Smith, P.P., McCrery, R.J. and Appell, R.A. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Society of cardiology*, 175(10), 1233-1240.
34. Blome, C., Augustin, M., Behechtnejad, J., and Rustenbach, S. J. (2011). Dimensions of patient needs in dermatology: subscales of the patient benefit index. *Archives of dermatological research*, 303(1), 11-17.
35. Öztürk, G.Z., D. Toprak, ve Basa, E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 46(4), 170-176.
36. Akkus, Y. ve Pinar, G. (2016). Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *International urogynecology journal*, 27(6), 887-893.
37. Çiftçi, Ö. ve Günay, O. (2011). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 33(4).
38. Nygaard, I.E. and Heit, M. (2004). Stress urinary incontinence. *Obstetrics Gynecology*, 104(3), 607-20.
39. Sherburn, M., Guthrie, J. R., Dudley, E. C., O'Connell, H. E. and Dennerstein, L. (2001). Is incontinence associated with menopause? *Obstetrics & gynecology*, 98(4), 628-633.
40. Matthews, C.A. (2014). Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(5), 393-397.
41. Wood, L.N. and Anger, J.T. (2014). Urinary incontinence in women. *British medical journal*, 349, 4531.

42. Korur, A. (2008). *Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 42-47.
43. Grady, D., Brown, J. S., Vittinghoff, E., Applegate, W., Varner, E., Snyder, T. and HERS Research Group. (2001). Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and estrogen/progestin replacement study. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 116-120.
44. Karan, A. (2016). *Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 68-72.
45. Akbayrak, T. ve Kaya, S. (2016). *Kadın sağlığında fizyoterapi ve rehabilitasyon*. Ankara Pelikan Yayınevi, 182-190.
46. Kaya, S. A. T., Demirtas, R., Bakar, Y., Çeliker Tosun, Ö. ve Özengin, N. (2015). *KNGF Kılavuzu, stres üriner inkontinans olan hastalarda fizyoterapi*. Pelikan Kitabevi, 53-58.
47. Berek, J.S. (1998). *Novak Jinekoloji*. Çeviri: Ahmet Erk, 12.bs. İstanbul, Nobel Kitabevleri, 1256-1260.
48. Polat, B. (2017). *Pelvik Taban Kas Zayıflığı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Eğitiminin Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 42-46.
49. Rahmani, N. and Mohseni-Bandpei, M. A. (2011). Application of perineometer in the assessment of pelvic floor muscle strength and endurance: a reliability study. *Journal of Bodywork and Movement therapies*, 15(2), 209-214.
50. Lucas, M. G., Bedretidnova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K., and Pickard, R. S. (2012). Guidelines on urinary incontinence. *European Association of Urology*, 17.
51. Burgio, K.L. (2013). Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Current urology reports*, 14(5), 457-464.
52. Dumoulin, C., Gravel, D., Bourbonnais, D., Lemieux, M. C. and Morin, M. (2004). Reliability of dynamometric measurements of the pelvic floor musculature. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 23(2), 134-142.
53. Abrams, P.H., Martin, S. and Griffiths, D. (1978). The measurement and interpretation of urethral pressures obtained by the method of Brown and Wickham. *British Journal of Urology*, 50(1), 33-38.
54. Lucas, M. G., Bosch, R. J., Burkhard, F. C., Cruz, F., Madden, T. B., Nambiar, A. K. and Pickard, R. S. (2012). EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *European Urology*, 62(6), 1118-1129.

55. Burgio, K. L., Locher, J. L., Goode, P. S., Hardin, J. M., McDowell, B. J., Dombrowski, M. and Candib, D. (1998). Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Journal American Medical Association*, 280(23), 195-200.
56. Lucas, M. G., Bosch, R. J., Burkhard, F. C., Cruz, F., Madden, T. B., Nambiar, A. K. and Pickard, R. S. (2012). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*, 62(6), 1130-1142.
57. O'Sullivan, R., Karantanis, E., Stevermuer, T. L. Allen, W. and Moore, K. H. (2004). Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 859-862.
58. Barber, M.D. (2007). Questionnaires for women with pelvic floor disorders. *International Urogynecol Journal Pelvic Floor Dysfunctional*, 18(4), 461-5.
59. Barber, M., Walters, M. and Bump, R. (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(1), 103-113.
60. Karakuş, A. ve Yanikkerem, E. (2015). Postpartum Dönemde İnkontinans ve Yaşam Kalitesi: Son 10 Yıllık Çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 54-59.
61. Gökkaya, C. S., Demirel, H. C., Aktaş, B. K., Bulut, S., Doluoğlu, Ö. G., Erkmen, A. E. ve Memiş, A. (2011). Üroloji Polikliniğinde King Sağlık Anketi Uygulaması. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 18(2), 96-105.
62. Aslan, G., Köseoğlu, H., Sadik, Ö., Gimen, S., Cihan, A. and Esen, A. (2005). Sexual function in women with urinary incontinence. *International journal of impotence research*, 17(3), 248.
63. Kelly, RB. And Falvo, DR. (1995). Patient Education. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Practice. 5th edition. Philadelphia: W-B. Saunders Company, 278–290.
64. Alkan, H.Ö. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 41-7.
65. Hoving, C.V.A., Mullen, P.D., van den Borne, B. (2010). Avrupa ve Kuzey Amerika'daki sağlık profesyonelleri tarafından hasta eğitimi tarihi: Otoriteden ortak karar alma eğitimine. *Hasta Eğitim Ülkeleri*, 78 (3), 275-81.
66. Pellino, T. Tluczek, A. Collins, M. and Trimbom, S. (1998). Increasing self-efficacy through empowerment: preoperative education for orthopaedic patients. *Orthopaedic Nursing*, 17(4), 48.
67. Lübbecke, A., Suvà, D., Perneger, T. and Hoffmeyer, P. (2009). Influence of preoperative patient education on the risk of dislocation after primary total hip arthroplasty. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 61(4), 552-558.

68. Cheung, A., Finegan, B. A., Torok-Both, C., Donnelly-Warner, N. and Lujic, J. (2007). A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. *Canadian Journal of Anesthesia*, 54(5), 355.
69. Lin, P.C., Lin, L.C. and Lin, J.J. (1997). Comparing the effectiveness of different educational programs for patients with total knee arthroplasty. *Orthopedia Nursing*. 16(5), 43-49.
70. Daltroy, L.H. (1998). Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care Resource*, 11(6), 469-478.
71. Augustin, M., Wenninger, K., Amon, U., Schroth, M. J., Küster, W., Chren, M. and Gieler, U. (2004). German adaptation of the Skindex-29 questionnaire on quality of life in dermatology: *Validation and Clinical Results*. *Dermatology*, 209(1), 14-20.
72. Ryan, M. Bate, A. Eastmond, C. J. and Ludbrook, A. (2001). Use of discrete choice experiments to elicit preferences. *British Medical Journal Quality and Safety*, 10(1), 55-60.
73. Lloyd, A. (2001). The extent of patients' understanding of the risk of treatments. *British Medical Journal Quality and Safety*, 10(1), 14-18.
74. Montgomery, A. and Fahey, T. (2001). How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *British Medical Journal Quality and Safety*, 10(1), 39-43.
75. Edwards, A. and Elwyn, G. (2001). Understanding risk and lessons for clinical risk communication about treatment preferences. *British Medical Journal Quality and Safety*. 10(1), 9-13.
76. Dudley, N. (2001). Importance of risk communication and decision making in cardiovascular conditions in older patients: a discussion paper. *British Medical Journal Quality and Safety*. 10(1), 19-22.
77. Bastian, H., Bender, R., Ernst, A., Kaiser, S., Kirchner, T., Kolominsky, H., Rabas, P. and Weber, M. (2007). Methoden-Version 2.0 vom 19.12.2006. *Prepared by the Executive Committee of the Institute for Quality and Efficiency in Health Services*, 203-207.
78. Zschocke, I., Hammelmann, U. and Augustin, M. (2005). Therapeutic benefit in dermatological treatment. *Der Hautarzt*, 56(9), 839-846.
79. Bowling, A. (1995). Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. *Buckingham: Open University Press*, 2(1), 59-60.
80. Joralemon, D. and Fujinaga, K.M. (1997). Studying the quality of life after organ transplantation: research problems and solutions. *Social Science & Medicine*, 44(9), 1259-1269.
81. Juniper, E.F. (1996). How to develop and validate a new health-related quality of life instrument. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 49-56.

82. Augustin, M. Radtke, M. A. Zschocke, I. Blome, C. Behechtnejad, J. Schäfer, I. and Rustenbach, S. J. (2009). The patient benefit index: a novel approach in patient-defined outcomes measurement for skin diseases. *Archives of dermatological research*, 301(8), 561-571.
83. Dumoulin, C. Cacciari, L. P. and Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 6-10.
84. Titman, S.C. Radley, S.C. and Gray, T.G. (2019). Self-management in women with stress incontinence: strategies, outcomes and integration into clinical care. *Research and reports in urology*, 11, 111.
85. Organization. W.H. Evidence profile. (2017). Urinary incontinence. In: Integrated care for older people (ICOPE). *Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, 258-264.
86. Balachandran, A., Monga, A. and Duckett, J. (2016). Management of female urinary incontinence: A survey of urogynaecologists' view on the NICE guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(4), 487-491.
87. Bates, F. (2002). Assessment of the female patient with urinary incontinence. *Urologic nursing*, 22(5), 305-314.
88. Dökmeci, F. Peker, B. H., Uğurlucan, F. G., Yeniel, Ö., Çetinkaya, Ş. E., Seval, M. M. and İtil, İ. M. (2017). Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 70(3), 187-193.
89. Sarıcı DY. (2009). *Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback İçin Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçları. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*, 110.
90. Fantl, J. A., Wyman, J. F., McClish, D. K., Harkins, S. W., Elswick, R. K., Taylor, J. R. and Hadley, E. C. (1991). Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Association*, 265(5), 609-613.
91. Wallace, S. A., Roe, B., Williams, K. and Palmer, M. (2004). Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of systematic reviews*, (1).
92. Fantl, J. (1998). Behavioral intervention for community-dwelling individuals with urinary incontinence. *Urology*, 51(2), 30-34.
93. Fine, P.M., Antonini, T.G. and Appell, R.A. (2004). Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clinical obstetrics and gynecology*, 47(1), 44-52.
94. Siegel, S. W., Richardson, D. A., Miller, K. L., Karram, M. M., Blackwood, N. B., Sand, P. K. and Tuttle, J. P. (1997). Pelvic floor electrical stimulation for the treatment of urge and mixed urinary incontinence in women. *Urology*, 50(6), 934-940.

95. Kegel, A.H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238-248.
96. Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecology Journal*, 15(2), 76-84.
97. Bø, K. (1995). Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *International Urogynecology Journal*, 6(5), 282-291.
98. Bumsz, P. A., Pranikoff, K., Nochajski, T. H., Hadley, E. C., Levy, K. J. and Ory, M. G. (1993). A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence in older community-dwelling women. *Journal of Gerontology*, 48(4), 167-174.
99. Sherman, R.A., Davis, G.D. and Wong, M.F. (1997). Behavioral treatment of exercise-induced urinary incontinence among female soldiers. *Military medicine*, 162(10), 690-694.
100. Viktrup, L., Lose, G., Rolff, M. and Barfoed, K. (1992). The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstetrics and gynecology*, 79(6), 945-949.
101. Rortveit, G., Daltveit, A. K., Hannestad, Y. S. and Hunskaar, S. (2003). Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 348(10), 900-907.
102. Fischer, W. and Linde, A. (1997). Pelvic floor findings in urinary incontinence results of conditioning using vaginal cones. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 76(5), 455-460.
103. Geirsson, R.T., Sigurbördóttir, E., Polden M. and Mantle J. (1993). Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology Oxford: Butterworth-Heinemann. 1990. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72(1), 72-72.
104. Bettez, M. Le Mai Tu, K. C., Corcos, J., Gajewski, J., Jolivet, M. and Bailly, G. (2012). 2012 update: Guidelines For Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document For The Canadian Urological Association. *Canadian Urological Association Journal*, 6(5), 354.
105. Pichon, B. and Peskine, A. (2008). Perineal electrical stimulation and rehabilitation in urinary incontinence and other symptoms of non-neurologic origin. In *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 51, 479-490.
106. Brubaker, L., Benson, J. T., Bent, A., Clark, A. and Shott, S. (1997). Transvaginal electrical stimulation for female urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 177(3), 536-540.
107. Yamanishi, T., Yasuda, K., Sakakibara, R., Hattori, T. and Suda, S. (2000). Randomized, double-blind study of electrical stimulation for urinary incontinence due to detrusor overactivity. *Urology*, 55(3), 353-357.

108. Coşkun, B. (2014). *Üriner İnkontinans için fizyoterapi*. In: Cardoso L, Editor. , Habitat yayıncılık, 324-329.
109. Schreiner, L., Santos, T. G., Souza, A. B., and Nygaard, C. C. (2013). Electrical stimulation for urinary incontinence in women: a systematic review. *International Brazilian Journal of Urology*, 39(4), 454-464.
110. Glavind, K., Mouritsen, A. and Lose, G. (1999). Management of stress and urge urinary incontinence in women. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 78(2), 75-81.
111. Cherniack, E.P. (2006). Biofeedback and other therapies for the treatment of urinary incontinence in the elderly. *Alternative medicine review*, 11(3), 224.
112. Floratos, D. L., Sonke, G. S., Rapidou, C. A., Alivizatos, G. J., Deliveliotis, C., Constantinides, C. A. And Theodorou, C. (2002). Biofeedback vs verbal feedback as learning tools for pelvic muscle exercises in the early management of urinary incontinence after radical prostatectomy. *Bob Jones University international*, 89(7), 714-719.
113. Yang X., Zhu L., Li W., Sun X., Huang Q., Tong B., and Xie Z. (2019). Comparisons of Electromyography and Digital Palpation Measurement of Pelvic Floor Muscle Strength in Postpartum Women with Stress Urinary Incontinence and Asymptomatic Parturients. A Cross-Sectional Study. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 31(6), 1-7.
114. Padilla-Fernandez, B., Gomez-Garcia, A., Hernandez-Alonso, M. N., Garcia-Cenador, M. B., Mirón-Canelo, J. A., Geanini-Yagüez, A. and Lorenzo-Gomez, M. F. (2013). Biofeedback with Pelvic Floor Electromyography as Complementary Treatment in Chronic Disorders of the Inferior Urinary Tract. In *Electrodiagnosis in New Frontiers of Clinical Research*, 38-42.
115. Kloubec, J. (2011). Pilates: how does it work and who needs it? *Muscles, ligaments and tendons journal*, 1(2), 61.
116. Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D. and Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401-408.
117. Gümüşsoy, S. and Kavlak, O. (2016). Kadınlarda Üriner İnkontinansın Birinci Basamak Tedavisinde Konservatif Yöntemler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(6), 6-14.
118. Kaplan, S., and Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 1-14.
119. Richardson, C., Jull, G., Hides, J. and Hodges, P. (1999). Therapeutic exercise for spinal segmental stabilization in low back pain. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 992-1001.
120. Sapsford, R.R. and P.W. Hodges, (2001). Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 82(8), 1081-1088.

121. Sapsford, R. (2004). Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Manual therapy*, 9(1), 3-12.
122. Sapsford, R., Hodges, P., Richardson, C. A., Cooper, D. H., Markwell, S. J. and Jull, G. A. (2001). Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 20(1), 31-42.
123. Sapsford, R. and Hodges, P. (2001). Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 82(8), 855-862.
124. Hodges, P., Sapsford, R. and Pengel, L. (2007). Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourology and urodynamics*, 26(3), 362-371.
125. Lamin, E., Parrillo, L. M., Newman, D. K. and Smith, A. L. (2016). Pelvic floor muscle training: underutilization in the USA. *Current urology reports*, 17(2), 10.
126. Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J. C. and Mac Habée-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).
127. Bø, K. and Stien, R. (1994). Needle EMG registration of striated urethral wall and pelvic floor muscle activity patterns during cough, Valsalva, abdominal, hip adductor, and gluteal muscle contractions in nulliparous healthy females. *Neurourology and urodynamics*, 13(1), 35-41.
128. Pit, M. J., De Ruiter, M. C., Lycklama À Nijeholt, A. A., Marani, E. and Zwartendijk, J. (2003). Anatomy of the arcus tendineus fasciae pelvis in females. *Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists*, 16(2), 131-137.
129. Hodges, P., McLean, L. and Hodder, J. (2014). Insight into the function of the obturator internus muscle in humans: observations with development and validation of an electromyography recording technique. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 24(4), 489-496.
130. Cam, C., Sakalli, M., Ay, P., Cam, M. ve Karateke, A. (2007). Validation of the short forms of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 26(1), 129-133.
131. Kaya, S., Akbayrak, T., Çelenay, Ş. T., Dolgun, A., Ekici, G. ve Beksac, S. (2015). Reliability and validity of the Turkish King's Health Questionnaire in women with urinary incontinence. *International urogynecology journal*, 26(12), 1853-1859.
132. Öztaç Özerdoğan, D. ve K. Beji, (2003). Eskisehir, Bilecik, Afyon, Kutahya İllerinde 20 Yas ve Ustu Kadınlarda Uriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktorleri, Yasam Kalitesine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13, 5.

133. Kocak, I., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H. and Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European urology*, 48(4), 634-641.
134. Botlero, R., Davis, S. R., Urquhart, D. M., Shortreed, S. and Bell, R. J. (2009). Age-specific prevalence of, and factors associated with, different types of urinary incontinence in community-dwelling Australian women assessed with a validated questionnaire. *Maturitas*, 62(2), 134-139.
135. Altintas, R., Beytur, A., Oguz, F., Tasdemir, C., Kati, B., Cimen, S. ve Gunes, A. (2013). Assessment of urinary incontinence in the women in eastern Turkey. *International urogynecology journal*, 24(11), 1977-1982.
136. Turan C., Zorlu C.G., Ekin M., Hançerlioğlu N. ve Saraçoğlu F. (1996). Urinary incontinence in women reproductive age. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, (41), 26.
137. Auwad W., Steggles P., Bombieri L., Waterfield M., Wilkin T. and Freeman R. (2008). Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *International Urogynecology Journal*, 19(9), 1251-1259.
138. Kocaöz, S., Talas, M.S. ve Atabekoglu, C.S. (2012). Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 431-439.
139. Ramalingam, K. and Monga, A. (2015). Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 29(4), 541-547.
140. Kaplan, P.B., Sut, N. Ve Sut, H.K. (2012). Validation, cultural adaptation and responsiveness of two pelvic-floor-specific quality-of-life questionnaires, PFDI-20 and PFIQ-7, in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 229-233.
141. Yılmaz, E., Muslu, A., ve Özcan, E. (2014) Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-14.
142. Torkestani, F., Zafarghandi, N., Davati, A., Hadavand, S. H. and Garshasbi, M. (2009). Case-controlled study of the relationship between delivery method and incidence of post-partum urinary incontinence. *Journal of International Medical Research*, 37(1), 214-219.
143. Howard, D. and Makhoul, M. (2016). Can pelvic floor dysfunction after vaginal birth be prevented? *International urogynecology journal*, 27(12), 1811-1815.
144. Debus-Thiede, G., Schweinberger, R. and Dimpf, I. (1993). Magnetic resonance imaging of the female pelvic floor post partum. *Kontinenz*, 56, 401-405.
145. Dimpfl, T. H., Jaeger, C. H., Mueller-Felber, W., Anthuber, C., Hirsch, A., Brandmaier, R. and Schuessler, B. (1998). Myogenic changes of the levator ani muscle in premenopausal women: the impact of vaginal delivery and age. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 17(3), 197-205.

146. Güneş, G., Genç, M. ve Pehlivan, E. (2000), Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Obezite, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(1),48-53.
147. Ünlü, M., Üstüner, I., Güven, E.S.G., Şentürk, Ş. ve Şahin, F.K. (2014). Urinary incontinence in premenopausal women: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Journal of Mid-life Health*, 6(3), 157-161.
148. Ünsal, A., Tözün, M. ve Arslantaş, D. (2013). Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. *Preventive Medicine Bulletin*, 12(3).
149. Knorst, M.R., Resende, T.L. and Goldim, J.R. (2011). Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(2), 109-116.
150. Demir, S. ve Beji, N.K. (2012). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 23-31.
151. Diokno, A. C., Brock, B. M., Brown, M. B. and Herzog, A. R. (1986). Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *The Journal of urology*, 136(5), 1021-1025
152. Bø, K. (2003). Pelvic floor muscle strength and response to pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 22(7), 654-658.
153. Howard, F. and M. Steggall, (2010). Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British journal nursing*, 19(12), 742-749.
154. Acar, N. B. ve Yurtsever, S. (2010). *Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Yüksek lisans Tezi*, Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin,41-48
155. Beji, N. K., Ozbas, A., Aslan, E., Bilgic, D. ve Erkan, H. A. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, 30(6), 327-34.
156. Bush, T., Castellucci, D.T. and Phillips C. (2001). Exploring Women's Beliefs Regarding Urinary Incontinence. *Urologic Nursing*, 21(3), 211.
157. Hägglund, D., Walker-Engström, M. L., Larsson, G. and Leppert, J. (2003). Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *International Urogynecology Journal*, 14(5), 296-304.
158. Horrocks, S., Somerset, M., Stoddart, H. and Peters, T. J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice*, 21(6), 689-696.
159. Kinchen, K. S., Burgio, K., Diokno, A. C., Fultz, N. H., Bump, R. and Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of women's health*, 12(7), 687-698.

160. Ege, E. (2007). Postpartum Bir Yıllık Dönemde Üriner İnkontinans Sorunu Yaşayan Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*, 9(2).
161. O'Neill, A.T. (2017). Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. *International urogynecology journal*, 28(1), 125-129.
162. Berzuk, K. and Shay, B. (2015). Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, 26(6), 837-844.
163. Konstantinos, H., Eleni, K. and Dimitrios, H. (2006). Dilemmas in the management of female stress incontinence: the role of pelvic floor muscle training. *International urology and nephrology*, 38(3-4), 513-525.
164. Hill, A. M., McPhail, S. M., Wilson, J. M. and Berlach, R. G. (2017). Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *International urogynecology journal*, 28(10), 1557-1565.
165. Mandimika, C. L., Murk, W., McPencow, A. M., Lake, A., Wedderburn, T., Collier, C. H. and Guess, M. K. (2014). Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(2), 165.
166. Neels, H., Wyndaele, J. J., Tjalma, W. A., De Wachter, S., Wyndaele, M. and Vermandel, A. (2016). Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *Journal of physical therapy science*, 28(5), 1524-1533.
167. Hay-Smith, E. J., Bø Berghmans L. C. and Hendriks, H. J. (2001). Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
168. Elser, D. M., Wyman, J. F., McClish, D. K., Robinson, D., Fantl, J. A. and Bump, R. C. (1999). Continence Program for Women Research Group. The effect of bladder training, pelvic floor muscle training, or combination training on urodynamic parameters in women with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 18(5), 427-436.
169. Ayeleke, R. O., Hay-Smith, E. J. C. and Omar, M. I. (2013). Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
170. Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C. ve Beksac, S. (2015). Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 26(2), 285-293.
171. Cammu, H. and M. Van Nylen, (1998). Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 77(1), 89-93.

172. Laycock, J., Brown, J., Cusack, C., Green, S., Jerwood, D., Mann, K. and Schofield, A. (2001). Pelvic floor reeducation for stress incontinence: comparing three methods. *British Journal of Community Nursing*, 6(5), 230-237.
173. Arvonen, T., Fianu-Jonasson, A. and Tyni-Lenne, R. (2001). Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 20(5), 591-9.
174. Wyman, J. F., Harkins, S. W., Choi, S. C., Taylor, J. R. and Fantl, J. A. (1987). Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrics and Gynecology*, 70(3,1) 378-381.
175. Paddison, K. (2002). Complying with pelvic floor exercises: a literature review. *Nursing Standard*, 16(39), 33.
176. Huang, M.H., Chiu, A.F. and Kuo, H.C. (2014). Reliability and Validity of the King's Health Questionnaire for Male Lower Urinary Tract Symptoms in Taiwan. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 6(1), 11-14.
177. Turhan, A. (2010). *Üriner inkontinansın röprodüktif ve postmenopozal dönemde kadın cinsel fonksiyon bozuklukları üzerine etkisi*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 23-27.
178. Öz, Ö. and Altay, B. (2018). Relationships among use of complementary and alternative interventions, urinary incontinence, quality of life, and self-esteem in women with urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(2), 174-178.
179. Bakarman, M. A. and Al-Ghamdi, S.S. (2016). The effect of urinary incontinence on quality of life of women at childbearing age in Jeddah, Saudi Arabia. *Global Journal Health Science*, 8(2), 281-287
180. Tien, Y. W., Hsiao, S. M., Lee, C. N. and Lin H. H. (2017). Effects of laser procedure for female urodynamic stress incontinence on pad weight, urodynamics, and sexual function. *International Urogynecology Journal*, 28(3), 469-476.
181. Kelleher, C. J., Cardozo, L. D. and Tooze-Hobson, P. M. (1995). Quality of life and urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 7(5), 404-408.
182. Uemura, S. and Homma, Y. (2004). Reliability and validity of King's Health Questionnaire in patients with symptoms of overactive bladder with urge incontinence in Japan. *Neurourology and Urodynamics*, 23(2), 94-100.
183. Bilge, Ç. ve Beji, N.K. (2015). Kadınlarda üriner semptomları değerlendirmek için kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Dergisi*, 5, 1-2.
184. Taşpınar, A. (2018). *Gebelikte Konstipasyon Görülme Durumu ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Aydın, 62-66.
185. Aslan, E., Komurcu, N., Beji, N.K. and Yalcin, O. (2008). Bladder Training And Kegel Exercises For women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology*, 54(4), 224-231.

186. Mallah, F., Montazeri, A., Ghanbari, Z., Tavoli, A., Haghollahi, F. and Azimineko, E. (2014). Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life among Iranian Women. *Journal of Family and Reproductive Health*, 8(1), 13-19.
187. Senra, C. and Pereira, M.G. (2015). Quality of life in women with urinary incontinence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(2) 178-183.
188. Rortveit, G. and Hunskaar, S. (2006). Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian Hunt/Epincont study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 195(2), 433-438.
189. Ozerdogan, N., Beji, N.K. and Yalcin, O. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 58(3), 145-150.
190. Melville, J. L., Delaney, K., Newton, K. and Katon, W. (2005). Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstetrics & Gynecology*, 106(3), 585-592.
191. Çam, Ç., Özdemir, A., Karateke, A., Aran, T. ve Bayka, B. (2007). İnkontinans vakalarında şikâyetlerin süresinin uzamasının pelvik taban kas aktivitelerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4), 135-137.
192. Amselem, C. (2010). Constipation: A potential cause of pelvic floor damage? *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 22(2), 150-154.





EKLER

EK-1. Etik Kurul onayı

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



01.11.2018

Sayı : 24074710-- 42
Konu : Toplantı Kararları

Sayın *Doç. Dr. İlke Kese*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22 Ekim 2018 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Taner AKAR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üriner İnkontinans şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihi etisinin incelenmesi		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İlke KESER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Antropometrik ölçümlere dayalı olarak yapılan araştırmalar-Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları-Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	08.10.2018	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	08.10.2018	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐	
	DİĞER	☐	

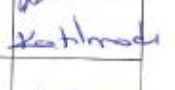
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 794	Toplantı tarihi: 22.10.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI:	Prof. Dr. Canan ULUOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Birol DEMİREL BAŞKAN YARD.	Adli Tıp AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐ K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Balant BOYACI ÜYE	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK-1. (devam) Etik Kurul Onayı

Prof. Dr. Öznur L. BOYUNAĞA ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya A.D.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aali KURUOĞLU ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji	ÇOMÜSAT Ldt.	E ☐	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mutlu DOĞAN ÜYE	İç Hast. AD, Tıbbi Onkoloji BD.	Ank. Numune Eğt. ve Araşt. Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. N.Arda DEMİRKAN ÜYE	Genel Cerrahi AD.	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Anıl TAPISIZ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Ç. Nör. BD.	Ü.U.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Pınar ÖZDEMİR ÜYE	Biyoistatistik AD.	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doktor Öğr. Üyesi Mustafa GÖKSU ÜYE	Hukukçu	A.H.B.V.Ü Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Aysel ÖZER ÜYE	Sivil Temsilci	Emekli Öğr. Üyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlgili

** :Toplantıda Bulunma

EK-2. Değerlendirme Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ FİZYOTERAPİ VE
REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ

ÜRİNER İNKONTİNANS DEĞERLENDİRME FORMU

Fiziksel ve Sosyodemografik Özellikleri

Tarih:

Adı-Soyadı:

Yaş:

Boy:

Vücut ağırlığı:

Vücut Kütle İndeksi:

Eğitim durumu: a) Okur yazar değil b) ilkokul c) Lise d) Üniversite e) lisansüstü

Çalışma durumu: a) Ev hanımı b) Çalışıyor(.....) c) Emekli

Medeni durumu: a) Evli b) Bekar c) Dul/boşanmış

Sistemik Hastalıklar: HT () DM() KAH () Kanser() Diğer:

Sigara Kullanımı: Evet () Hayır () Bırakmış ()

Kronik Öksürük: Var () Yok ()

Kronik konstipasyon: Var () Yok ()

Şikayet Başlangıcı:

Süresi:

İdrara çıkma sıklığı:

İdrar kaçırma sıklığı:

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜYE İLİŞKİN SORULAR

Kürtaj durumu: a)0 b)1 c)2 d)3 ve üzeri

Menapozda durumu: a)Evet b)Hayır

Obstetrik hikaye:

G: P: A: DC: Y:

	Tarih	ND/sezaryen	Doğum Ağırlığı	Yırtık/Epizy.	Fors/vakum	Cinsiyet	Ev/Hastane
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

BİLGİLENDİRME ÖNCESİ SORULAR

İdrar kaçırmaya yönelik fizyoterapi uygulamalarını biliyor musunuz?

a) Evet b) Kısmen c) Hayır

Bu şikayetinize yönelik herhangi bir tedavi aldınız mı? a)Evet b)Hayır

Hangi tür tedavi uygulandı?

İlaç tedavisi: Fizyoterapi: Cerrahi tedavi:

İdrar kaçırma ile ilgili yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz? a)Evet b)Hayır

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

**24 SAAT PED TESTİ
KUVVETİ****PELVİK TABAN KAS**

24 SAATTE KULLANILAN PED SAYISI:

EMG: 1.ÖLÇÜM:

KURU PED AĞIRLIĞI:

2.ÖLÇÜM:

KULLANILAN PED/PEDLER AĞIRLIĞI:

3.ÖLÇÜM:

ORTALAMA

ÜROGENİTAL DİSTRES ANKETİ-KISA FORM (ÜDE-6)

Aşağıda alt üriner sistem semptomlarının varlığını ve sıkıntı derecesini ölçmek için kullanılan bir anket yer almaktadır. Bu anketteki sorularda sizin için uygun olan puanı seçiniz.

Eğer sizde varsa aşağıdakilerden ne kadar etkileniyorsunuz?	Hiç	Az	Orta	Çok
1. Sık idrara çıkma?	0	1	2	3
2. Ani idrar hissine bağlı idrar kaçırma?	0	1	2	3
3. Fiziksel aktivite, öksürme veya hapşurmaya bağlı idrarkaçırma?	0	1	2	3
4. Az miktarda idrar kaçığı?	0	1	2	3
5. Mesaneyi boşaltma zorluğu?	0	1	2	3
6. Cinsel bölge veya kasıkta rahatsızlık?	0	1	2	3

İNKONTİNANS ETKİ SORU FORMU (İESF-7)

İdrar kaçırma şu durumlarda sizi nasıl etkiliyor?	Hiç	Az	Orta	Çok
1. Ev işlerini yapabilme?	0	1	2	3
2. Yürüme, yüzme, egzersiz?	0	1	2	3
3. Eğlence aktivitelerine (film gibi)	0	1	2	3
4. Araba ile 30 dak.dan fazla seyahat?	0	1	2	3
5. Ev dışı sosyal aktivitelere katılım?	0	1	2	3
6. Ruh sağlığı (sinirlilik, depresyon)?	0	1	2	3
7. Engellenme hissi?	0	1	2	3

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

KİNG SAĞLIK ANKETİ

Aşağıda, mesane problemlerinden etkilenebilecek bazı günlük aktiviteler bulunmaktadır. Mesane probleminizin sizi ne kadar etkilediğini değerlendiren aşağıdaki sorulardan sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz. Her soruyu cevaplayınız.

P1 (0-100) GENEL SAĞLIK ALGILAMASI

S1. Şu anda genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Çok iyi(1) İyi(2) Orta(3) Zayıf(4) Çok zayıf(5)

P2 (0-100) İNKONTİNANS ETKİSİ

S2. Sizce idrar probleminiz hayatınızı ne ölçüde etkiliyor?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

P3 (0-100) ROL LİMİTASYONLARI

S3a. İdrar probleminiz ev işlerinizi (örneğin temizlik, alış-veriş ve benzeri) ne ölçüde etkiliyor?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S3b. İdrar probleminiz işinizi veya ev dışındaki normal günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

P4 (0-100) FİZİKSEL LİMİTASYONLAR

S4a. İdrar probleminiz fiziksel aktivitelerinizi (örneğin yürümek, koşmak, spor yapmak, jimnastik ve benzeri) etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S4b. İdrar probleminiz yolculuk yapabilmenizi etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

P5 (0-100) SOSYAL LİMİTASYONLAR

S4c. İdrar probleminiz sosyal hayatınızı sınırlıyor mu?

EK-2. (devam) Değerlendirme formu

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S4d. İdrar probleminiz arkadaşlarınızla görüşmenizi/onları ziyaret etmenizi kısıtlıyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

P6 (0-100) KİŞİSEL İLİŞKİLER

S5a. İdrar probleminiz eşinizle/partnerinizle sosyal ilişkinizi etkiliyor mu?

(Eşim / partnerim yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

S5b. İdrar probleminiz cinsel hayatınızı etkiliyor mu?

(Cinsel hayatım yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S5c. İdrar probleminiz aile hayatınızı etkiliyor mu?

(Aile hayatım yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

P7 (0-100) EMOSYONLAR

S6a. İdrar probleminiz kendinizi depresyonda hissetmenize neden oluyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

S6b. İdrar probleminiz sizi tedirgin veya sinirli yapıyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

S6c. İdrar probleminiz kendinizi kötü hissetmenize neden oluyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

P8 (0-100) UYKU/ENERJİ

S7a. İdrar probleminiz uykunuzu etkiliyor mu?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S7b. İdrar probleminiz sizi çok bitkin/yorgun hissettiriyor mu?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

EK-2. (devam) Değerlendirme formu

P9 (0-100) CİDDİYET ÖLÇÜMLERİ

Aşağıdakilerin herhangi birini yapıyor musunuz ? Eğer öyleyse ne kadar?

S8a. Kuru kalmak için ped/bez kullanıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8b. Ne kadar sıvı içtiğinize dikkat ediyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8c. Islanmaya bağlı iç çamaşırınızı değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8d. Sizden koku gelecek diye endişe ediyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8e. İdrar probleminiz yüzünden utanıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

P10 (0-30) SEMPTOM CİDDİYET SKALASI

İdrar problemlerinizin ne olduğunu ve bu problemlerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki listeden sadece sizde şu an var olan problemleri seçiniz. Size uymayanları dikkate almayınız.

1. Frequency: Sık idrara çıkma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

2. Noktüri: Gece idrar için kalkma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

3. Urgency: Güçlü ve kontrol edilmesi zor, ani idrar yapma hissi.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

4. Urge İK: Güçlü/ani idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçırma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

5. Stres İK: Fiziksel aktivite örneğin öksürme, hapşırma ve koşma ile birlikte idrar kaçırma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

6. Nokturnal enürezis: Gece yatağı ya da çamaşırları ıslatma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

7. Seksüel İK: Cinsel birleşme sırasında idrar kaçırma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

8. Sık idrar yolu enfeksiyonu

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

9. İdrar torbası ağrısı

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

10. İdrar yapmada zorluk

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

11. Diğer (belirtiniz:)

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

BİLGİLENDİRME SONRASI SORULAR

Fizyoterapi yöntemlerinden hangisini/hangilerini tercih edersiniz?

1)Pelvik taban kas eğitimi,

2)Mesane eğitimi,

3)Biofeedback,

4)Vajinal konlar ile eğitim,

5) Ekstrakorporal Manyetik Stimülasyon (Manyetik Sandalye),

6) Modifiye Pilates,

7)Abdominal egzersizler,

8)Solunum egzersizleri,

9)Alt ekstremitte egzersizleri,

EK-2. (devam) Değerlendirme Formu

10) Elektrik stimülasyon

11) Tercihini fizyoterapistten bıraktı

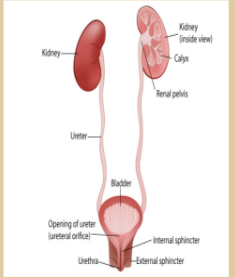
Tercih etmenizden nedeni, 1'den çok ise tercih sırası nedir?

İdrar kaçırma ile ilgili yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz? a)Evet b)Kısmen
c)hayır

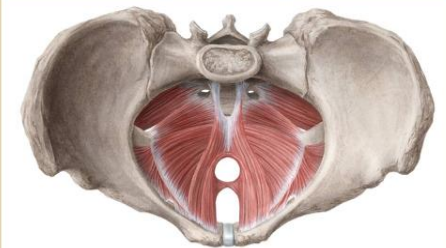
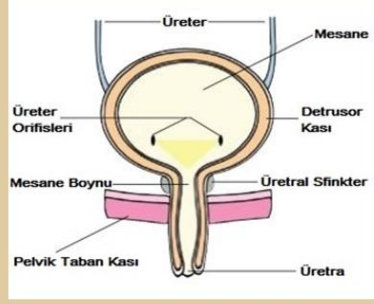
Fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgilendirilmek sizi memnun etti mi? a)Evet b)Kısmen
c)Hayır



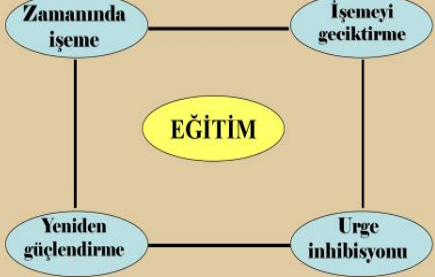
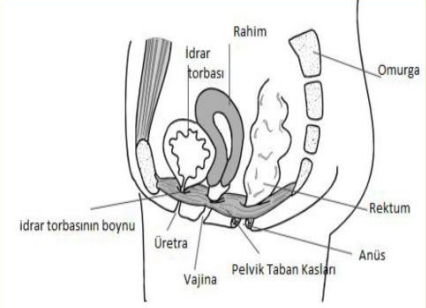
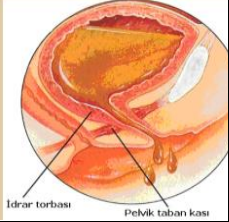
EK-3. Bilgilendirme sunumu

İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans) Nedir?  EK-3	Üriner inkontinans, istemsiz olarak idrar kaçırmadır. ACABA BUNU YAŞAYAN SADECE BEN MİYİM ???
Daha Çok Kimlerde Görülür? Kadınlarda erkeklere oranla 2 ile 5 kat daha fazla idrar kaçırma görülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda idrar kaçırma görülme sıklığı 15-70 yaş ve üzeri kadınlarda %20.5-68.8 olarak bildirilmektedir.	İdrar Kaçırma Nedenleri • İleri Yaş • Çok Sayıda Sık Aralıklarla Doğum Yapma • İri Bebek Doğurma • Zor Doğum Yapma • Jinekolojik Ameliyat Geçirme • Menopoz • Şişmanlık • Sigara İçme • İdrar Yolu Enfeksiyonu • Kronik (Devamlı) Öksürük • Kronik Kabızlık • Zorlayıcı Egzersiz   
En çok görülen tipleri • A. Stres tipi İK; Efor (güç), egzersiz veya karın içi basıncını arttıran öksürme, gülme, hıçkırma vb. aktiviteler esnasında, istemsiz olarak idrar kaçırmadır. 	• B. Sıkışma tipi İK; acil idrar boşaltma ihtiyacı duyulması ile birlikte görülen idrar kaçırmadır. Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiği anda tuvalete ulaşamadan idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. 
• C. Karışık tipte İK; Yaşlanmayla beraber hem sıkışma hem de stres tipi idrar kaçırma biçimlerinin bir arada bulunmasıdır. 	Kadın Üriner Sistemi Hangi Organlardan Oluşur? • Üreter; İdrarı, idrar torbasına taşıyan tüpler • Mesane; İdrar torbası • Üretra; İdrar yolu 

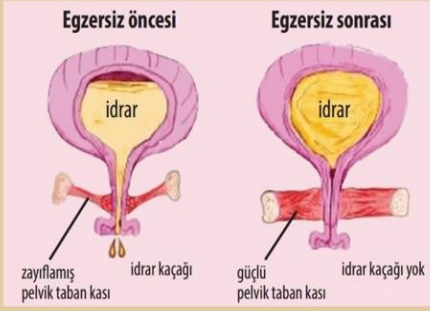
EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

		Pelvis, üreme ve üriner sistem (idrarın toplanması ve atılmasını sağlayan) organlarını barındıran vücut boşluğudur. Bu boşluğun tabanını tabakalar halinde kaslar ve diğer dokular oluşturmaktadır. 
	Normal Kontinans Mekanizması • Kontinans istemli olarak işemenin gerçekleştirildiği dönemler arasında idrarı mesanede tutabilme yeteneğidir. ✓ alt üriner bağ (fasya) desteği ✓ Büzücü kaslar olmak üzere iki mekanizma ile devam ettirilir .	
	• İki boşaltımı engelleyen büzücü kaslar (üretral sfinkter) ; ✓ dairesel düz kaslardan ve ✓ çizgili kaslardan (istemli tonus artışlarını sağlayan Tip I (yavaş kasılan) kas liflerinden) oluşur.	• İntra-abdominal (karın içi) basınç artışlarına cevap olarak, büzücü kaslar ve pelvik taban kasları idrarı dışarıya taşıyan kanalı sıkıştırmak için kasılırlar. • Bu sayede idrar kanalında basınç, istemli işeme dışındaki tüm zamanlarda mesane içi basınçtan yüksek olmakta ve bu şekilde idrar tutma sağlanmaktadır.
	İdrar kaçırma tedavisi; • İlaç tedavisi • Davranışsal tedavi • Fizyoterapi • Cerrahi tedavi 	DAVRANIŞSAL TEDAVİ YÖNTEMLERİ • Sigaranın bırakılması • Kafein ve alkolün azaltılması • Lifli diyet • Sıvı alımının artırılması • Bağırsak alışkanlıklarının düzenlenmesi • Kilo verme

EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

Mesane eğitimi Amaç : Mesane (İdrar torbasının); • kontrolünü geliştirmek • idrar kaçırma olmaksızın mesanenin tutabileceği idrar miktarını artırmaktır. • Bu program kişilere acil idrar yapma isteğini uygun bir yer ve zaman buluncaya kadar ertelemesini öğretir. Özellikle sık tuvalete giden kişilerde.	
• Eğitimde ; • Belirlenen programa göre idrar yapmak, • Süre gelmeden sıkışma hissettiğinde ertelemeyi sağlamak, • Gün boyunca her tualete gidişini, idrar kaçaklarını ve aldığı sıvı miktarlarını mesane eğitimi çizelgesine not etmek, • İdrar yapma aralıklarında başarılı oldukça miksiyon aralığı her hafta 30 dakika kademeli olarak artırarak, İDRAR YAPMA ARALIĞINI 3-4 SAATE ÇIKARMAK amaçlanır.	PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ • Pelvik taban kasları, bacaklarımızın arasındaki kemikten, kuyruk sokumu kemiğine kadar uzanan hamak şeklinde, destek görevi yapan ayrıca idrar ve gaita kontrolünde aktif rol oynayan kas grubudur. • Bu kontrolü işeme anında gevşek, diğer bütün zamanlarda kasılı durarak sağlar
	• PTKE'nin temeli; pelvik taban kaslarının güçlü ve hızlı bir şekilde kasılmasıyla, karın içi basıncın aşırı arttığı durumlarda üretranın kapanarak üretral basıncın artırılması ve inkontinansın önlenmesidir. 

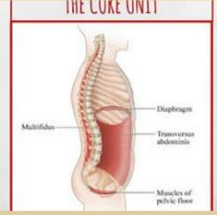
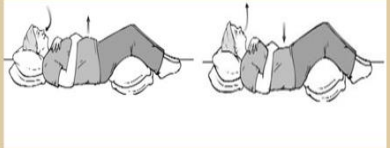
EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

	 Egzersiz öncesi zayıflamış pelvik taban kası idrar kaçağı Egzersiz sonrası güçlü pelvik taban kası idrar kaçağı yok	Pelvik Taban Egzersizlerini Hangi Zamanlarda Yapabilirsiniz? • Ayakta • Oturarak • Herhangi Bir Yerde Sıra Beklerken • Yemek Pişirirken • Televizyon Seyrederken vs.  
	Avantajı ☺ • Risk ve maliyetinin olmaması ve hastane dışında da uygulanabilmesidir. Dezavantajı ☹ • Pelvik taban kaslarını tanımlamada ve ayırmada zorluk çekmeleri nedeniyle bu egzersizin doğru uygulama tekniğinin hastaya öğretilmesi önemlidir. • Kadınlar yeterli bilgi olmadan hatalı ve etkisiz egzersiz yapabilirler.	Vajinal Kon Eğitimi • Tedavinin amacı, istemli ya da istemsiz pelvis taban kasılmalarıyla bir biyofeedback duygusu oluşturmaktır. • 3-9 adet 20 gr'dan 100 gr'a kadar artan ağırlıklardan oluşur. 
	• İdrar kaçıma problemi yaşayan kişi ayakta en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal konu vajende tutması ve böylece pelvik taban kaslarını çalıştırması hedeflenir. • Genel olarak günde 2 kez 15 dk, 1 ay veya daha fazla süre ile taşıma şeklindedir, ilerleyen dönemde, yürürken 15-20 dk, bu ağırlıklı vajende tutması amaçlanır	Avantajları; • Her kadın için bireysel • Kullanımını öğretmek az zaman alır. • Vücudunuz hakkında geri bildirim sağlar. • Kon ağırlığındaki aşamalı artış, kas kuvvetindeki artışı ortaya koyar. (motivasyon) • Vajinal değerlendirme yapılmadan kullanılabilir. Dezavantajları; • Vajinal açığı (doğal pelvik tilt) • Dar ve skarlı vajen • Aşırı şişman, çok doğum yapan kadınlarda ve aşırı derecede pelvik organ sarkması varlığında kullanımı zordur. • Bekar kadınlar
	BİOFEEEDBACK  • Pelvik taban kas kontraksiyonları ile açığa çıkan biyolojik sinyallerin kaydı için bir alet veya cihaz kullanımı olarak tanımlanır ve bu kayıt işitsel veya görsel formda döner. • Düşük riskli, noninvaziv bir metoddur. • Kişiler, pelvik taban kaslarını tanıyarak seçici olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir. • Tedavinin başlangıç aşamasında kaslarını etkin bir şekilde kullanamayan kişilerin adaptasyonu için yararlı olabilir.	• Bu tedavi sürecinde hasta ortalama 6-8 hafta; haftada 3 defa, 15-30 dakika boyunca 10 saniye pelvik taban kaslarını kasar ve 20 saniye dinlendirir. 15-20 seans sonunda etkin sonuç alınabilmektedir. • Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. • İstenmeyen kasların kasılma olasılığı daha azdır.

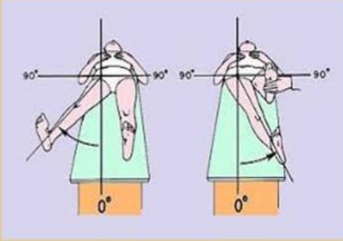
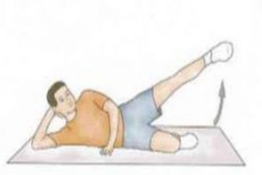
EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

	Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon • Vajina, rektum ya da yüzeysel elektrod ile farklı bölgelere bir elektrod yerleştirilerek pelvik taban kaslarına elektriksel stimülasyon uygulanmasıdır. • Pelvik taban kaslarını izole veya istemli kasamaya hastalar için ilk tedavi seçeneğidir. • Basit , girişimsel olmayan, ucuz, alternatif bir tedavi biçimidir.	
	FES'İN YAPILMADIĞI DURUMLAR: • Aşırı kilo, • Vajinal enfeksiyon varlığı, • Çok gecikmiş vakalar, • İdrar yapamama, • İleri derecede pelvik organ sarkması varlığı, • Adet dönemi, • Hamilelikte ve hamilelik şüphesi, • Kötü huylu tümör varlığı, • Kalp pili varlığı,	Ekstrakorporal Manyetik Stimülasyon(Manyetik Sandalye) • Manyetik dalgalarla tedavide PTK ve sinirler aralıklı olarak manyetik dalgalarla uyarılmaktadır. • Kaslar her manyetik dalgada kasılır ve sonrasında gevşer. Kişi tedavi süresince PTK'nın kasılıp gevşediğini hisseder.
	• Hastada vajene ya da rektuma herhangi bir prob uygulanmaz. • Hasta bir sandalyede 20-30 dakika süreyle elbiseleri ile oturur. • Yeni bir tedavi yöntemi olan manyetik sandalyenin herhangi bir yan etkisi yoktur. 	Modifiye Pilates (uyarlanmış) • Duruş ve solunuma odaklanan yavaş, kontrollü hareketleri içeren bir zihin-beden yaklaşımıdır. 
	• Pelvik taban üzerinde daha fazla baskı oluşturabilen ve aynı zamanda pelvis tabanı eğitebilen egzersizler içerir. • Yoğun karın kasılmaları, nefes tutma veya zorlamalardan kaçınmaktadır.	• Pilates egzersizleri sırasında ortaya çıkan pelvik taban kaslarının birbirine zıt etki göstererek uyumlu bir şekilde kasılması, egzersiz sırasında ortaya çıkan karın içi basınçtaki artışa karşı koyarak sızıntıyı önler ve pelvik taban kaslarını güçlendirir. 

EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

	Abdominal ,Solunum ve Alt ekstremit e egzersizleri • İdrar kaçırmada sorun sadece bir kasta değildir. • Pelvik taban; pelvik taban kasları ile, karın kasları ,kalça kasları ,diyafram ve bel kasları ile bir bütündür.	• Kasları kuvvetlendirmeye ihtiyaç vardır ancak kaslar fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için gerektiğinde gevşek ve gerektiğinde esnek olmalıdır. • Eğer bir kişinin kısalmış ,irrite olmuş bir pelvik tabanı varsa kasları zayıf bir kas gibi davranacak ve idrar tutmada zorlanacaktır.
	ABDOMİNAL EGZERSİZ 1) Transversus abdominis • Kişi sırt üstü dizler bükülü pozisyonunda karın (abdominal)kaslarını kuvvetli ve statik olarak kasarlar. 	
	• 15 tekrar ; her biri 10 s için kasılma ve 20 s gevşeme oluşan. 15 tekrardan sonra 5 dk dinlenme • Kişi gerginliği hissetmek için ellerini karının üzerine yerleştirir. • Pelvik ve spinal (dönme) hareketleri önlenir.	2) Obliquus internus/externus • Kişi sırt üstü dizler bükülü pozisyonunda karın (abdominal)kaslarını kuvvetli ve statik olarak kasar. • Daha sonra bacaklarının en uzak noktasına parmak uçlarıyla dokunmaya çalışılır, 10 saniye boyunca kasılma ve ardından 20 s gevşemeden oluşan 15 tekrar yapılır. • 15 tekrardan sonra hastalar 5 dk dinlendirilir. • Diğer bacakta tekrarlanır.
	 	Solunum egzersizleri • Pelvik taban, solunumla koordinasyon içinde çalışır. Nefesi tutmak karın içi basıncını artırabilir ve dolayısıyla gerginlik ve zayıflığa neden olabilir. 

EK-3. (devam) Bilgilendirme sunumu

	Solunum egzersizleri ; Diyaframı rahatlatır, karın içi basıncı azaltır ve aynı anda karın kasları ve pelvik taban kaslarını aktive eder. 	Alt ekstremité egzersizleri • Amacımız ; • Kalça hareketlerinden kaynaklanan kuvvetin PTK kasılma kalitesini arttırmaktır. • İzometrik kalça addüksiyonu (vücudun orta hattına yaklaştırma) • İzometrik kalça abduksiyonu (vücudun orta hattından uzaklaştırma)
		 
	• Kadınların kombine edilmiş görevlerin koşullarında eğitilmesi, pelvik tabanın kuvvet üretimini ve bakımını iyileştirebilir, • Çünkü kadınların yaptığı yürüyüş, öksürük ve ağırlık kaldırma gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken idrar kaybı olur.	Kaynakça 1. Akbayrak, T. Öneri: İncinifranza fak tedavi ve rehabilitasyon ekliniği. Fak Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1997 2. Dalia M. Kamel, PhD a*, Ali A. Thabet, PhD a, Sayed A. Tantawy, PhD b, Mohamed M. Radwan, MD c. Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercises in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. Hong Kong Physiotherapy Journal 2013; 31: 12-18 3. Amanda C. Anstöm, Lidia P. Cacciatelli, Arice C. Passaro, Simone R. S. Silveira, Cesar, Anstöm, Jefferson F. Lusa, Isabel C. N. Socoli. Effect of combined actions of hip abductor and adductor on the force, generation and maintenance of pelvic floor muscles in healthy women. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177573 May 24, 2017 4. Wyman, J.F., Burgio, K.L., Newman, D.K. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioral interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. The International Journal of Clinical Practice, 63 (8), 1177-1191 5. T.CAN GÜLER & N. YAĞCI, Kadın İncinifranza ve Fizyoterapi Yaklaşımları: D.P.J., Fen. Bilimleri Enstitüsü 11. Sayı Eylül 2008 6. Kaya S, Akbayrak T, Günsel C, Bektaş İ. Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. Int Urogynecol J. 2015;26(2):283-43. 7. Karl Sa and Robert D Herbert. There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. Journal of Physiotherapy 2013 vol. 59 – 6 Australian Physiotherapy Association 2013 8. Ceren Onan & Tolkan Akbayrak & Serap Çiğdem Emine Saran & Fero Özalpaçak & Gökale Nalpa & Nejat Çiğdem Mehmet Sinan Bektaş. Effects of vaginal tampon training added to pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial. 2 November 2017 / Accepted: 27 January 2018, https://doi.org/10.1007/s00192-018-3555-7 9. Öneri İncinifranza Tanı ve Tedavi, TÜRK ÜROLOJİ AKADEMİSİ YAYINI NO: 2, 6 2015 Türk Üroloji Derneği / Turkish Association of Urology
	teşekkürler ☺  İdrar Kaçırma Kader Değildir! Fzt.Emine İpek	

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Üriner inkontinans şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin etkisinin incelenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. İlke KESER

Diğer Araştırmacıların Adı: Emine İPEK

Destekleyici (varsa): -

“Üriner inkontinans şiddetinin fizyoterapi yöntemleri hakkında yapılan bilgilendirme sonrası hastanın tercihinin etkisinin incelenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde Üriner inkontinans hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında, Doç. Dr. İlke Keser sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmanın amacı; üriner inkontinans tedavisinde kullanılan farklı fizyoterapi yöntemleri hakkında bilgi verilerek hangi yöntemi tercih ettiğinizi bilmek, tercih etmenizdeki nedeni, bilgi düzeyinizi belirlemektir ve en uygun tedaviyi seçmede size yardımcı olmaktır. Size pelvik kaslarınızı eğitmek ve inkontinansı tedavi etmek için tedavi yöntemleri anlatılacaktır. Bunlarla ilgili görüşleriniz alınacaktır. Seçtiğiniz bir tedavi yöntemi (burada yapılabilecek) size uygulanacaktır. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Uygulama Hastanesi Üroloji Bölümü’nde izlenmekte olan, üriner inkontinans tanısı almış hastalardan, araştırmaya katılmayı gönüllülikle kabul eden 120 birey ile çalışma gerçekleştirilecektir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Bölümü polikliniğine başvuran üriner inkontinans tanısı alan kadınlar fizyoterapist tarafından yönlendirilecektir ve çalışma hakkında fizyoterapist tarafından bilgilendirilecektir. Çalışmaya katılmayı gönüllülikle kabul eden 120 birey ile çalışma gerçekleştirilecektir.

EK-4. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

İnkontinans tanısı alan hastaların sosyodemografik özellikleri (eğitim, çalışma durumu, medeni durumu), idrar inkontinansını etkileyen faktörlere ilişkin özellikleri [yaş, boy, vücut ağırlığı, beden kütle indeksi (BKİ), doğum yapıp yapmadığı, doğum şekli, doğum sayısı, epizyotomi uygulanması, vakum-forseps kullanımı, iri bebek doğumu, menapoz durumu, hormon replasman tedavisi alması, prolapsus, sistosel, rektosel bulunması, sigara içme durumu, kronik konstipasyon varlığı] ve idrar inkontinansına ilişkin özellikleri (klinik tanı, idrar inkontinans süresi, idrar inkontinans sıklığı, daha önceden aldıkları tedavi/tedaviler, işeme günlüğü) ne ait yer alan sorular sorulacaktır.

Öncelikle hastaların inkontinansa yönelik fizyoterapi uygulamalarını bilip bilmedikleri sorgulanacaktır. Daha sonra fizyoterapist Emine İpek tarafından hastalara pelvik taban anatomisi, üriner inkontinansın kaynaklandığı durum, pelvik taban kaslarının nasıl kasıldığı, nasıl kuvvetlendirildiği, nasıl tedavi edileceği ,mevcut ve ulaşılabilir tüm inkontinansa yönelik fizyoterapi yöntemleri, bu yöntemlerin uygulanışı, avantaj ve dezavantajları konusunda yaklaşık 20dakikalık bir bilgilendirme verilecektir. Bu konuda yeterli bilgiyi edinen hastalardan daha sonra aşağıdaki etkinliği kanıtlanmış fizyoterapi yöntemlerinden (Pelvik taban kas eğitimi, Mesane eğitimi, Biofeedback ,Vajinal konlar ile eğitim, Ekstrakorporal Manyetik Stimülasyon (Manyetik Sandalye), Modifiye Pilates, Abdominal egzersizler, Solunum egzersizleri, Alt ekstremit e egzersizleri, Elektrik stimülasyonu),EK-2 hangisini/hangilerini tercih ettiğı, bunları tercih etmesinin nedeni, 1’den çok ise tercih sırası, hangisinin daha faydalı olacağını düşündüğü, hangisini uygulamak istediğı soruları sorulacaktır.

Hastaların üriner inkontinans şiddeti, 24 saatlik ped testi kullanılarak ölçülecektir.Hastadan 24 saat içinde kullandığı pedleri kilitli poşete koyup getirmeleri istenecektir. Hassas teraziler ile ped ağırlığındaki değişimler kaydedilecektir. 4- 20 gr idrar kaçağı hafif, 21-74 gr idrar kaçağı orta, 75 gr üstü idrar kaçağı şiddetli üriner inkontinans olarak kaydedilecektir. Pelvik taban kas kuvvetini değerlendirmek için Üro Solar Model EMG Biofeedback cihazı kullanılacaktır. Ölçülen pelvik taban kas kuvveti değeri de hasta bilgi formuna kaydedilecektir.

Üriner semptomların varlığını ve kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini değerlendirmek için Ürogenital Distres Envanteri (UDE) (Urinary Distress Inventory) (UDI-6)-Türkçe versiyonu kısa formu formu ve İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7)- Türkçe versiyonu kullanılacaktır. Yaşam kaliteleri ve semptom skoru King Sağlık Anketi (KSA, King’s Health Questionnaire)-Türkçe versiyonu ile değerlendirilecektir.

Yapılacak testler ve eğitim için öngörülen süre 30-45 dakikadır.

Uygulanacak olan testlerin herhangi bir olumsuz yan etkisi yoktur ve sizi yormadan yapılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Bu çalışmada uygulanacak olan değerlendirme yaklaşımları hiçbir şekilde risk taşımamaktadır ve size rahatsızlık verecek herhangi bir etki yoktur.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızdan karşılanacaktır.

EK-4. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu çalışmaya katılma halinde üriner inkontinans rahatsızlığı olan kişilerin ileride yapılacak çalışmalar için hasta tercihlerini bilerek, hastaya uygun tedavi ile başlamamıza olanak sağlayacaktır. Bu probleme odaklı fizyoterapi yaklaşımlarının geliştirilmesi sağlanacaktır. Hastaların tercih ettiği tedaviler yaşam kalitelerinin artması ve şikayetlerinin azalmasında daha etkili olunabilecektir. Bu çalışmaya bağlı olarak, bu sorunların azaltılıp, hastaneye başvuru sıklığı, özür düzeyi ve ikincil komplikasyonların gelişimi azaltılabilecektir. Böylece maliyet oranında düşüş sağlanacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Emine İpek
GÖREVİ : Fizyoterapist
TELEFON : 05347708416

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında, Doç. Dr. İlke Keser tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

EK-4. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr İlker ŞEN’i, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı’ndan 0312 202 62 30 ve 05327427423’den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : İPEK, Emine
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 13.04.1994, Çorum
 Medeni hali : Bekâr
 e-mail : emnepek@gmail.com



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Devam Ediyor
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi/ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	2016
Lise	Beypazarı Anadolu Öğretmen Lisesi	2012

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2016-devam ediyor	Bilgetürk Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	Fizyoterapist

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

- İpek, E. Özer, H. S. Keser, İ. ve Şen İ. (2019, 18-20 Nisan). *Üriner İK'sı olan kadınların yapılan bilgilendirme sonrası fizyoterapi yöntemi tercihlerinin incelenmesi*, 7. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, Ankara.
- İpek, E. Özer, H. S. Keser, İ. ve Şen İ. (2019, 2-6 Ekim). *İdrar Kaçıran Kadınlarda, İdrar Kaçırma Şiddetine Göre, Fizyoterapi Yöntemleri Hakkında Yapılan Bilgilendirme Sonrası Hastanın Tedavi Tercihi ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması*, 6.Ulusal İşlevsel Üroloji ve Kadın Ürolojisi, Antalya



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..