

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hakan TUNA

**STRES İNKONTİNANSLI OLGULARDA PELVİK
TABAN EGZERSİZLERİNE EK OLARAK
UYGULANAN VAJİNAL KON'UN ETKİNLİĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Referans no: 10003587

Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ

EDİRNE – 2013

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Hakan TUNA

**STRES İNKONTİNANSLI OLGULARDA PELVİK
TABAN EGZERSİZLERİNE EK OLARAK
UYGULANAN VAJİNAL KON'UN ETKİNLİĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ

Destekleyen Kurum : TÜBAP-2011/74

Tez No :

EDİRNE – 2013

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Hakan TUNA danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ tarafından tez başlığı “STRES İNKONTİNANSLI OLGULARDA PELVİK TABAN EGZERSİZLERİNE EK OLARAK UYGULANAN VAJİNAL KON’UN ETKİNLİĞİ” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **17/06/2013** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Murat BİRTANE
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Hakan TUNA
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Kaan ÖZDEDELİ
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÜR

Tez çalıőmamın her aőamasında bana sabırla yol gosteren değerli danıőman hocam Prof Dr. Hakan TUNA'ya, emekli olan hocam Prof. Dr. Ferda ÖZDEMİR'e, tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımını esirgemeyen Doç. Dr. Necdet SÜT'e, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı öğretim üyelerine, asistanlarına ve çalıőanlarına, projemizi destekleyen TÜBAP başkanlığına bugünlere gelmemde büyük payı olan sevgi ve anlayıőlarıyla beni destekleyen ve hep yanımda olan çok sevdiğim anneme, babama, hayatı paylaőtığım, sonsuz güven, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eőim'e ve canım oğluma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	4
ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİSİ	4
ALT ÜRİNER SİSTEMİN İNNERVASYONU	7
KONTİNANS MEKANİZMASI	7
ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI	8
ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ	9
ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ	11
ÜRİNER İNKONTİNANS TIPLERİ	12
ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	14
ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	34
TARTIŞMA	55
SONUÇLAR	63
ÖZET	66
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	70
ŞEKİLLER LİSTESİ	77
ÖZGEÇMİŞ	79
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABS	: Akrlonitril Bütadien Stiren
BDI	: Beck Depresyon Inventory- Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HİG	: Hiç İlişkiye Girmemiş
ICS	: International Continençe Society- Uluslararası Kontinans Derneği
I-QOI	: Incontinence Quality of Life- İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
MB	: Mesane Boynu
MÜKB	: Maksimal Üretra Kapanma Basıncı
NHP	: Nottingham Health Profile- Nottingham Sağlık Profili
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
PTKE	: Pelvik Taban Kas Egzersizi
SF 36	: The MOS 36 Item Short Form Health Survey- Yaşam Kalitesi Ölçeği
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
SPSS	: Statistical Package For Social Science
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TÜBAP	: Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UPP	: Urethral Pressure Profile- Üretral Basınç Profili
Ü	: Üretra
Üİ	: Üriner İnkontinans
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Kontinans Derneği-International Continence Society (ICS)'nin 1976 yılındaki ilk standardizasyon raporunda üriner inkontinans (Üİ), “sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu” olarak tanımlanmış olup bu derneğin 2002 yılında yapılan en son terminoloji standardizasyon raporunda ise Üİ, “her türlü idrar kaçırma yakınması” olarak tanımlanmıştır (1,2).

Üriner inkontinans toplum içinde yaşayan yetişkinler arasında yaygın bir sorundur (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'de mesane kontrol problemini dünyada 200 milyondan fazla kişinin yaşadığını ve büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirilmiştir (4).

Üriner inkontinans hastanın yaşam kalitesini bozarak sosyal yaşamını kısıtlamakta ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır (5). Yapılan bir araştırmada Üİ'nin kadınların günlük aktivitelerini sınırladığı belirtilmiştir. Kadınların %10'u durumlarının alışveriş yapmalarını engellediğini, %14'ü insanlarla bir araya gelmekten kaçındığını, %19'u da egzersiz ve spor aktiviteleri yapamadıklarını belirtmişlerdir (6). Arslan'ın (1999) yaptığı araştırmada, kadınların %30'unun İÜ sebebiyle tatil, aile, sosyal yaşamları ve hobilerininin, %41-100 oranında etkilendiği belirtilmektedir. (7). Literatürde Üİ'li hastaların, kapasitesi ve verimi düşmeden tedavi edilmesi gerektiği, Üİ'li kadınlara tedavi motivasyonu yanında psikososyal destek de verilmesi gerektiği söylenmiştir (8).

Üriner inkontinansın gelişmesinde yaş, cinsiyet, ırk, doğum, menopoz, sigara, konstipasyon, obezite, jinekolojik cerrahi operasyon geçirme önemli risk faktörlerindedir (9-13).

Kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı % 10- 40 arasında değişmektedir (3). Her yaş grubundaki kadınları etkileyebilmektedir. Literatürde 15- 64 yaş arası kadınlarda Üİ prevalansı %10- 30 iken daha yaşlı kadınlarda %17- 55 arasında olduğu belirtilmektedir (1).

Üriner inkontinans; stres, urge, miks ve overflow olarak ayrılmaktadır (9). Stres üriner inkontinans (SÜİ) intraabdominal basıncı arttıran öksürme, gülme, hapşırma, ağır kaldırma gibi fiziksel aktiviteler sırasında oluşan istemsiz idrar kaçırmadır (1). Tüm idrar kaçırmaların %45'ini oluşturan SÜİ en sık görülen Üİ tipidir (14). Üriner inkontinans tipi ile yaşın ilgisinin araştırıldığı bir çalışmada, stres inkontinansın 30-49 yaşları arasında %78, 50-89 yaşları arasında %57 oranında görüldüğü saptanmıştır (15).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, menopoz dönemindeki kadınların %56,4'ünün ara sıra, %37'sinin ise sürekli SÜİ sorunu olduğu saptanmıştır (9). Güneş ve ark. yapmış oldukları çalışmada, 20 yaş ve üzeri 459 kadında inkontinans prevalansını %49.7 olarak bulmuşlardır. Bu kadınların %41.2'sinde stres, %24.2'sinde miks ve %34.6'sında urge inkontinans şikayeti olduğu saptanmıştır (16). 15 yaş ve üstü, evli, en az bir kez doğum yapmış olan kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların %41.7'sinde SÜİ olduğu tespit edilmiş ve bu sorun nedeniyle kadınların yarısından fazlasının (%57) yaşadıkları ıslaklığa bağlı olarak ped veya bez kullandıkları belirlenmiştir (2). Avrupa'da SÜİ, miks inkontinans ve urge inkontinans daha sık görülmektedir. Amerika'da Üİ'si olanların %41.5'inde SÜİ, %45.0'inde miks inkontinans, %13.5'inde ise urge inkontinans görülmektedir. Asya 'da Üİ'si olanların %13.0'ında SÜİ, %64.0'ında miks inkontinans, %23.0'ında ise urge inkontinans görülmektedir. (17).

Üriner inkontinans tedavisinde ilaç, konservatif ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Günümüzde cerrahi tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin yüksek olması, iş gücü kaybına sebep olması, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme ihtimalinin bulunması konservatif tedavi yöntemlerine olan ilgiyi arttırmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri kolay uygulanmakta ve maliyeti düşüktür. Konservatif tedavide; diyet, mesane eğitimi, kegel egzersizi olarak bilinen pelvik taban kas egzersizi (PTKE), biofeedback, vajinal kon uygulaması ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır (9).

Stres üriner inkontinans tedavisinde kullanılan PTKE'nin amacı, özellikle mesane, mesane boynu ve üretra gibi pelvik organların desteğini iyileştirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktır (9,14,18). PTKE 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. PTKE'nin SÜİ'de olumlu etkisinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. PTKE'leri uygulanmaya başladıktan 6 ile 8 hafta sonra şikayetler azalmakta, 6. ayda ise düzelme olduğu görülmüştür. Yaşlı hastalarda ise egzersize yanıt alınması daha uzun

sürebilmektedir (9). Bo'nun belirttiği üzere (2004), Kegel tarafından Üİ'si olan hastalarının PTKE yaptıktan sonra %84 'ünün tedavi edildiği bildirmiştir (19). Sampselle'nin belirttiği üzere (2003), Dougherty ve ark. yaptığı çalışmalarında, PTKE'den 16 hafta sonra kas kontraksiyon süresinin (%40) ve gücünün (%25) geliştiği, idrar inkontinansı miktarının azaldığı (%54) ve belirtilen inkontinans epizodlarının azaldığı (%66); tüm bu değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (20). SÜİ'si olan kadınlarda, yoğun denetim yapılan pelvik taban kas eğitimi grubu ile denetim yapılmayan pelvik taban kas eğitimi grubunun karşılaştırıldığı bir araştırmada yoğun denetim yapılan pelvik taban kas eğitimi grubunun 12 hafta sonra denetim yapılmayan gruba göre daha önemli gelişmeler gösterdiği bulunmuştur (6).

Diğer konservatif tedavi yöntemi olan vajinal kon'un, 1985'ten beri SÜİ tedavisinde kullanılması önerilmektedir (21). Vajinal kon tedavisi Plewnick tarafından tanımlanmıştır (22). Vajinal kon, hem PTKE'yi öğretmek, hem de kas gücünü artırmak amacıyla kullanılmaktadır (9). Gözetim gerektirmeden kullanılması avantajlı bulunan vajinal kon ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda %70' e varan düzelme oranları bildirilmiştir (1). Bugüne kadar vajinal kon ile yapılan çalışmaların tamamını SÜİ ve stres ağırlıklı olan miks üriner inkontinans hastaları oluşturmaktadır. Bu çalışmalarda, vajinal konların pelvik taban kas gücünü arttırdığı gösterilmiştir. Buna ikincil olarak Üİ'si olan hastalarda diğer tedavilerle karşılaştırıldığında benzer sonuçların alındığı gösterilmiştir (23).

Bu çalışmanın amacı SÜİ'li olgularda PTKE'nin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğretmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan vajinal kon'un etkinliğini değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİSİ

Mesane

Başlıca işlevi idrarı biriktirmek olan mesane pelviste pubis kemiklerinin hemen arkasında yer alan, mürsküler bir organdır (2,24). Normal erişkin kadında kapasitesi 300- 500 ml' dir (25).

Mesane üç tabakadan oluşur. İçte, transizyonel epitelden oluşan mukoza tabakası; mukoza tüm mesane gövdesi boyunca gevşek ve gerilebilme özelliğine sahipken, trigonda ise sıkıca yapışıkır. Ortada, detrüör düz kasının yer aldığı mürsküler tabakası; detrüör düz kası, birbiri içine girmiş kas liflerinden oluşur (26). Bunlar iç ve dışta longitudinal, ortada sirküler olmak üzere üç tabaka şeklindedir. Dışta ise yağ ve bağ dokusundan oluşan adventisya tabakası vardır (27).

Mesane korpus ve trigon olarak iki kısımda incelenir. Mesanenin korpusu idrarın depolanması ve işeme sırasında etkili detrusor kas kontraksiyonundan sorumludur (27). Mesane korpusu parasempatik inervasyona sahiptir (26). Trigon ise iki üreteral orifis ve mesane çıkımından oluşan, mesanenin tabanından apeksine yayılan üçgen şeklindeki yerdir. Trigonun yüzeysel ve derin olmak üzere iki mürsküler tabakası vardır. Derin tabaka, distal üreterlerin fibromürsküler dış tabakasının devamıdır. Yüzeysel tabaka ise iç üreteral mürsküler yapının yayılımıdır (27). Trigon ise sempatik inervasyona sahiptir (26).

Üretra

Kadın üretrası vaginanın ön tarafında mesane ile vestibül arasında uzanan, yaklaşık 4-5 cm uzunluğunda ve 8-9 mm çapında tubuler bir yapıdır.

Üretrada üç bölge yer almaktadır. İçte mukozası; proksimal kısmında çok katlı değişici epitel ile distal kısımda çok katlı yassı epitel ile örtülüdür. Ortada submukozada; paraüretral skene bez yapıları ve zengin bir venöz yapı bulunur. Dışta ise longitudinal düz kas tabakası ile onu saran, sirküler düz kas tabakasından oluşan müsküler bölge yer almaktadır.

Sağlıklı bir kadında üretranın normal düz kas yapısı ile submukozal tabakası üretral kapanma mekanizmasında ve pasif üriner kontinansa önemli rol oynar (26,28). Üretranın çizgili kasları ise özellikle midüretral bölgede yoğunlaşır, refleks ve istemli sfinkterik aktiviteyi sağlayarak, aktif üriner kontinansa en büyük katkıyı yapar (26).

Üretral sfinkter iki kısma ayrılmaktadır. Internal sfinkter, üretrovezikal birleşim yerinde bulunmaktadır ve bu bölgedeki kas liflerini detrusor liflerinin devamının oluşturduğu kabul edilmektedir. Eksternal sfinkterin yapısı üretranın 1/3 orta bölümünü saran, istemli olarak çalışan çizgili kas yapısındadır. Eksternal sfinkter üç farklı yapı içerir. Proksimal kısımda sirküler band yapısındaki kas bulunur, bunun distal kısmında kasın vajinal duvara bağlandığı üretrovajinal sfinkter ve en distal kısımda ise perineal membrana bağlanan kompresör üretra kası yer almaktadır (26,28).

Üretra, anatomik ve fonksiyonel olarak üç kısma ayrılır. Proksimal üretra, midüretra ve distal üretra. Proksimal üretra; intraabdominal basıncın arttığı zamanlarda, basıncı mesane gövdesi ile mesane boynuna iletmede ve mesane boynu ile beraber istirahat tonusunu sağlamada görev alır. Midüretra; istirahat tonusuna katkıda bulunur fakat esas rolü stres esnasındaki kontinansı sağlamaktır. Çizgili üretral kasların en yoğun olup, intraüretral basıncın en fazla olduğu yerdir. Distal üretra ise idrarın transportunu sağlayan son kısım olup, kontinansa katkısı yoktur (26).

Pelvik Taban

Pelvik taban batın boşluğunun alt kısmında yer alır, karın ve pelvik organlar için bir destek oluşturur (29). Önde symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadikalarla sınırlanan eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiakalar arasından geçen çizgi ile ön ve arka şeklinde iki bölüme ayrılır (25).

Pelvik tabanının işlevleri; prolapsusu önlemek, kontinansı sağlamak, miksiyon ve defekasyonu kolaylaştırmak, seksüel fonksiyon ve doğum kanalının bir parçası olmak şeklinde sıralanabilir (30).

Pelvik taban üç destek tabakadan oluşur. Bunlar endopelvik fasya, pelvik diafram ve ürogenital diafram 'dır (26).

Endopelvik fasya: Kollojen, fibroblastlar, elastin, düz kas hücreleri, nörovasküler ve fibrovasküler liflerden oluşan endopelvik fasya, iç organ ve vasküler yapıları çevreler, pelvik organlara dinamik olarak destek verir (25,31). Stres inkontinansı olan kadınların fasyasında kollajen içeriğinin ve kuvvetinin daha az olduğu görülmüştür (32).

1-Kardinal ve uterosakral ligament (Machendrodt bağı): Uterus ve vaginanın apeksine destek sağlar (25).

2-Üretropelvik Ligament: Üretra ve mesane boynuna destek sağlar.(26).

3-Puboüretal Ligament: Üretra ve vagina ön duvarını stabilize eder ve destek sağlar. Bu ligament, uretrayı proksimal üretra ve distal üretra olmak üzere iki bölüme ayırır. Proksimal üretra intrabdominal bölgede yer alan pasif veya involanter kontinans sorumludur. Distal üretra ise abdomen dışında yer alır.

4-Puboservikal Fasya: Mesane tabanı, serviks ve vagina ön duvarına destek sağlar (25).

5-Rektovajinal Septum: Proksimalde kardinal sakrouterin bağ oluşumuyla birleşerek posterior vajina apeksine destek sağlar (32).

Pelvik diafram: Levator ani ve coccygeus çizgili kasları ile bu kasların fasyalarından oluşan pelvik diafram, abdominopelvik kavite içindeki yapılara primer olarak destek verir.

1-Levator ani kası: Pelvisin gerçek müsküler yapısıdır ve intrapelvik organlara hamak görevi görür (26). Görevi intrabdominal basıncı mesane ve uretraya eşit olarak dağıtmak ve böylece istemli ve istemsiz idrar kaçırılmasına engel olmaktır (25).

Levator ani kası pubococcygeus, iliococcygeus ve puborektalis kaslarından oluşmaktadır (26).

Pubococcygeus kası horizontal planda rektum, vagina ve uretrayı destekler ayrıca mesaneye destek sağlar.

Iliococcygeus kası bu kaslar tip I ve tip II adı verilen liflerden oluşur. Tip I lifler istirahat sırasındaki tonusu sağlar, yavaş ve oksidatif özelliktedirler. Tip II lifler öksürük, gülme, ağır kaldırma gibi abdominal basıncın ani artış gösterdiği durumlarda ilave tonusu sağlar, hızlı ve glikolitik özelliktedirler.

Puborektalis kası rektumu önde tutar ve distal kolonun kontinans kontrolünü sağlar, birde mesane boynu, vagina, üretra'nın orta ve posterior kısmı ile pelvik tabana destek sağlar.

2-Coccygeus kası: Arka pelvik segmente destek sağlar (25).

Ürogenital diafram: Derin transvers perineal kası ile fasyası ve eksternal üretral sfinkter kası ile fasyasından oluşan ürogenital diaframın en üst kısmı puboüretral ligamanı destekleyerek üretrayı pubise yaklaştırır. Önde de levator kasların yetersizliği durumunda pelvik çıkıma destek verir (25,31). Bu diaframı oluşturan kasların orta hatta birleşmesi ile "Perineal body" oluşur (26).

ALT ÜRİNER SİSTEMİN İNNERVASYONU

Alt üriner sistem innervasyonu, sempatik ve parasempatik sinirlerden oluşan otonom sinir sistemi ve eksternal üretral sfinktere ait somatik sinir sistemi tarafından sağlanır.

Sempatik sinir sistemi, mesane dolumunu kontrol eder ve spinal kordda T11-L3 bölgesinden başlangıç alır. Ganglionlar sempatik sinir sistemde spinal korda yakın olarak yerleşir. Preganglionik transmitter olarak asetilkolin kullanılır. Postganglionik nörotransmitter ise noradrenalindir. Noradrenalin iki tip reseptör üzerinden etki göstermektedir. Bunlar; alfa reseptörler ve beta reseptörlerdir. Alfa reseptörler üretra ve mesane boynunda yer alır ve alfa reseptörlerin uyarılması üretral tonusu artırır ve kapanmayı sağlar. Beta reseptörler ise daha çok mesanede bulunur ve beta reseptör stimülasyonu ise mesane tonusunu azaltır.

Parasempatik sinir sistemi, mesanenin boşalmasını kontrol eder ve sakral spinal kordda S2- 4 bölgesinden başlangıç alır (28). Uzun pregangliyonik, kısa postgangliyonik liflere sahiptir (27). Hem pregangliyonik hem de postgangliyonik sinapslarda nörotransmitter olarak kullanılan asetilkolin muskarinik reseptör üzerinden etki ederek detrusorun kontrakte olmasını sağlar.

Somatik sinir sistemi, çizgili kas yapısında olan ve istemli olarak çalışan eksternal üretral sfinkteri ve pelvik kasların bir kısmını innerve eder. Siniri n.pudendustur (28).

KONTİNANS MEKANİZMASI

Kontinans istemli olarak, miksyonun gerçekleştirildiği yaşlarda idrarı mesanede tutabilme yeteneğidir.

Alt üriner sistemin normal fonksiyonunu yapabilmesi ve kontinans kontrolü için merkezi ve periferik sinir sistemlerinde var olan nöral merkezler arasında tam uyum ve bütünleşmenin sürdürülmesi, mesane, üretra ve pelvik taban kaslarının yapısal özelliklerinin tam ve nöral geçişlerinin uyum içinde olması gereklidir (6).

Kontinans mekanizması idrarı depolama ve boşaltma şeklinde gerçekleştirilir.

İdrarı Depolama

Mesanede idrarın toplanması, tutulması, uygun zamanda ve yerde dışarı atılması mesane ve üretranın birbirine karşıt ama tam uyum içindeki faaliyetleri ile sürdürülür. Biri kontrakte olunca diğeri refleks yollarla gevşer (33).

İlk idrar yapma hissi, idrar mesanede 200 ml' ye ulaşınca başlar ve idrar 400- 500 ml' ye ulaşınca mesane, en üst derecede alım hacminin sınırına yaklaşır. Fakat mesane içi basınç üretra içi basınçtan (10 cmH₂O) düşüktür, ama idrar hissi artmıştır. İstemli çalışan kaslar tarafından uygun zaman ve yer buluncaya kadar idrar tutulmaya çalışılır (6).

İdrarı Boşaltma

Pelvik taban ve üretral çizgili kaslar gevşer ve üretra içi basınç düşer. Detrüsör kas kontraksiyonu ile mesane içi basınç artar. Detrüsör ile birlikte üretral düz (longitudinal) kaslar da kasılarak üretranın genişlemesini sağlar. Mesane boynu ve proksimal üretra aşağı iner. Mesane üretra akşına doğru eğilir, üretrovezikal açı düzleşir ve idrar akışı başlar (33).

ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI

Uluslararası Kontinans Derneği-International Continence Society (ICS)'nin 1976 yılındaki ilk standardizasyon raporunda Üİ, “sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu” olarak tanımlanmış olup bu derneğin 2002 yılında yapılan en son terminoloji standardizasyon raporunda ise Üİ, “her türlü idrar kaçırma yakınması” olarak tanımlanmıştır.

Yapılan çalışmalarda Üİ prevalansları geniş aralıklarla verilmektedir. Bunun nedeni daha çok Üİ'nin tanımlanmasından kaynaklanmakta olup yapılan çalışmaların hedef popülasyonundan, yönteminden, değerlendirmesinden ve veri toplama şekline, çalışılan Üİ'nin tipinden ve inkontinans vakalarının frekansı, şiddeti ve derecesinin farklı şekillerde alınmasından kaynaklanmaktadır.

Üriner inkontinansın prevalansı yaşla birlikte artış göstermekte olup kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Literatürde kadınlarda Üİ'nin prevalansının %15-52 arasında olduğu görülmektedir (2).

Üriner inkontinans şikayetleri tüm kadınların yaklaşık %20'sinde görülmekte olup premenopozal çağıdaki kadınlarda %20-25 ve menopoz çağındaki kadınlarda ise %40-60'lara kadar artış göstermektedir. (17).

Yapılan bir çalışmada 45 yaş altında inkontinansı olan kadınların %57'sinin hafif derecede, %31'nin orta ve %21'inin şiddetli derecede ve 60 yaş ve üzerindeki kadınların ise

%24'ünün hafif, %31'nin orta ve %44'ünün şiddetli derecede istemsiz idrar kaçırdıkları bulunmuştur (9).

Türkiye'de kadınlardaki Üİ prevalansının %20-%25 arasında olduğu bildirilmiştir (34). Üriner inkontinans prevalansını belirlemek amacıyla ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ankara bölgesinde 18-44 yaş arası 1250 kadında yapılan çalışmada Üİ prevalansı %24.5 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Üİ'nin yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. Üİ'nin 18-24 yaş arasında (%12) en düşük, 40-44 yaş arasında (%29) en yüksek olduğu belirlenmiştir (25).

Türkiye'de Üİ sıklığını inceleyen en geniş çalışmalardan biri, toplam 9 ili içeren ve 7.807 kadının incelendiği çalışmadır. Bu çalışmada Üİ olduğunu belirten kişi oranı %28,3'tür. Bu kişilerin ise %9,3'ü orta veya çok idrar kaçırdığını ifade etmiştir (35).

Yine Türkiye'de yapılan 20 yaş ve üzeri 625 kadını kapsayan bir çalışmada, inkontinans prevalansı %26 olarak bulunmuştur (36).

İstanbul'da gerçekleştirilen, postmenopozal kadınlarda Üİ sıklığını inceleyen bir araştırmada Üİ sıklığı %68,8 olarak bulunmuş ve katılan kişilerin %28,8'i sürekli ped kullanacak ölçüde ciddi Üİ'si olduğunu bildirmiştir. İstanbul'da menopoza girmiş her 3 kadından 2'sinin Üİ'sinin olması ve bunların büyük bir kısmının ped kullanacak ölçüde olması durumun ciddiyetini sergilemektedir (35).

ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ

Üriner inkontinansın gelişmesinde yaş, cinsiyet, ırk, doğum, menopoz, sigara, konstipasyon, obezite, jinekolojik cerrahi operasyon geçirme önemli risk faktörlerindedir (9,10).

Yaş ve Cinsiyet

Yaşlanmayla beraber mesane kapasitesi, azami üretral kapanma basıncı, üretra ve mesanenin genişleme yeteneği, idrar akım hızında azalma ve idrara çıkma hissini erteleyememe ve yine yaşlanmayla beraber ortaya çıkan kronik hastalıklar, mesane ve pelvik yapıda oluşan değişiklikler Üİ'nin tüm türlerinde artışa neden olmaktadır. Kadınların gebelik, doğum, jinekolojik ve hormonal nedenlerden dolayı erkeklerden daha fazla etkilendiği görülmektedir (37).

Irk

Zenci, eskimo ve doğulu kadınlarda Üİ prevalansının, beyaz kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Zenci, eskimo ve doğulu kadınların, pelvik taban kaslarının ve ligamentlerin beyaz kadınlara göre daha güçlü olduğu düşünülmektedir (33).

Doğum

Doğum olayı kas ve bağ dokusunun gerilmesi ve zayıflaması sonucu pelvik tabanın gevşemesine, pelvik organların destek yapı ve pozisyonlarında bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve karın içi basınç artışına cevabını bozarak Üİ'ye sebep olabilmektedir .

Menopoz

Östrojen eksikliğine bağlı olarak dokularda oluşan atrofik değişikliklerin, alt üriner sistemin fonksiyonunu bozduğu, üriner sistem enfeksiyonlarına ve idrar depolama sorunlarına yol açtığı düşünülmektedir.

Sigara

Sigara içmeye bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncında artmaya yol açması ve sigaranın içinde bulunan zararlı maddelerin mesane kası üzerinde iritan etki göstermesi ile idrar kaçırmanın gelişebileceği düşünülmektedir.

Konstipasyon

Devamlı zorlanmaya bağlı pelvik taban kaslarının zayıflamasına, karın içi basıncında artmaya neden olduğu bildirilmektedir.

Obezite

Tek başına idrar kaçırmaya neden olabilmekte ya da idrar kaçırmanın şiddetini artırmaktadır. Pelvik taban kas yapısına zarar verdiği bildirilmektedir (37).

Jinekolojik Cerrahi Operasyon Geçirme

Üriner inkontinans cerrahi operasyonun komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Sebebler arasında histerektomi sırasında oluşan kas ve faysa hasarı, pelvik sinir zedelenmeleri ve östrojen eksikliği belirtilmektedir. Aynı durum prolapsus ve anterior onarım için de gösterilmektedir (7).

ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ

Üriner inkontinans yaşamı tehdit etmeyen fakat yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olan bir sağlık sorunudur (38).

Yaşam kalitesi, sadece hastalığın olmaması demek değildir, birçok bileşeni vardır. Hastanın kendisi tarafından belirlenen fiziksel, sosyal rolü yerine getirebilme, iyi olma duygusu, belirtilerin azalması ile diğer duygusal ve bilişsel sağlık ölçümlerini içerir (39).

Üriner inkontinanstaki yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin amacı Üİ'nin farklı kadınlardaki etkisini ve tolere edilmesini görmek, kadınların yaşamını nasıl etkilediğini, yardım almak için neler yaptığını anlamak, yine kadınların uyum için yaptığı değişiklikleri öğrenmek, uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmek ve farklı tedavi yöntemlerini karşılaştırmaktır. Bunlardan başka yaşam kalitesi inkontinans bakımının ekonomik değerlendirmesinde de önemlidir (6).

Üriner inkontinans tedavi edilebilir bir durumdur fakat hastaların yaklaşık %38-50'si sağlık personeli tarafından bilinmemektedir. Kadınların doktora gidene kadar belirtilerin ilk görüldüğünden itibaren ortalama 5 yıl geçirdikleri belirlenmiştir (40). Literatürde kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri arasında kadının utanması, görülen bulguları önemsememesi veya doğum sonu ya da yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan normal bir durum olarak algılaması yer almaktadır (41).

Literatürde Üİ problemi olan kadınların depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek; kendine güvenlerinin düşük ve sosyal çevresiyle ilişkisini kesmeye yatkın oldukları belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise Üİ'nin utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratan bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir. Üİ'ye bağlı ortaya çıkan yaşam kalitesi ve cinsel işlevdeki bozulma kişinin psiko-sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir. Psiko-sosyal bozukluklar, kişinin aktif hayattan çekilmesine bu da yaşam kalitesinin daha da bozulmasına neden olmaktadır (41,42).

Bir araştırmada, Üİ yaşayan kadınların, üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeğine göre, en olumsuz etkilendiği alanın sosyal izolasyon olduğu, daha sonra davranışların sınırlandırılması ve psiko-sosyal etkilenmenin olduğu belirtilmektedir (33).

Üriner inkontinans sağlık harcamalarındaki payı nedeniyle önemlidir. Ülkemizde Üİ'ye ayrılan sağlık gider payı bilinmemektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmalar doğrultusunda Üİ'nin sağlık harcamaları içinde ciddi ve önemli bir payı olduğu belirlenmiştir (40).

Üriner inkontinans tedavi edilebilmesine rağmen yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bulunan ve çoğunlukla sağlık kurumuna başvurmakta gecikilen bir durum olduğu için sağlık ekibi tarafından özen gösterilmeye ihtiyacı olan bir durumdur (7,40).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşirelerin ise Üİ oluşmasını önleme ve Üİ'si olan kadınların tedavisinde aktif rol alma sorumlulukları vardır (43,44).

ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ

Üriner inkontinans; stres, urge, miks ve overflow olarak ayrılmaktadır (9).

Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinans intraabdominal basıncı arttıran öksürme, gülme, hapşırma, ağır kaldırma gibi fiziksel aktiviteler sırasında oluşan istemsiz idrar kaçırmadır (1). SÜİ, ICS tarafından intraabdominal basıncın arttığı hallerde detrusor aktivitesi artmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırmaya olarak tanımlanmıştır (45).

Stres üriner inkontinans fizyopatolojisinde rol oynayan önemli faktörler; %90 oranında anatomik desteğin zayıflaması ve internal sfinkter yetmezliğidir (25).

En yaygın görülen Üİ SÜİ'dir. (%49-55) (1). Kocagöz ve Eroğlu'nun belirttiğine göre, Güneş ve ark. yaptığı bir çalışmada, 20 yaş ve üstü kadınlarda SÜİ'nin prevalansı %20.5 olarak, Yardnell ve Voyle tarafından yapılan bir çalışmada ise idrar inkontinansı olan kadınların %50'sinin SÜİ'ye sahip oldukları saptanmıştır (46). Başka bir çalışmada 18 yaş üstündeki 4558 kadına "geçen yıl öksürürken, hapşırırken, gülerken ya da fiziksel aktivite boyunca istemsiz idrar kaybı deneyimlediniz mi?" sorusu telefon görüşmesi ile sorulmuştur. Kadınlar soruya evet cevabı vermişse SÜİ'ye pozitif olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucuna göre, stres idrar inkontinans semptom prevalansı Kanada'da %42, İngiltere'de %41, Avustralya'da %36, İsveç'te %35, Meksika'da %30, Almanya'da %29, İtalya'da %27, Fransa'da %23 ve İspanya'da %23 olarak bulunmuştur (6). Tablo 1'deki Blaivas, Mc Guire ve Raz sınıflamaları SÜİ'de en sık kullanılır (47).

Tablo 1. SÜİ'da Blaivas, Mc Guire ve Raz sınıflamaları (47)

Blaivas	McGuire	Raz
Tip 0: SÜİ anamnezde var. Objektif SÜİ yok. Stres sırasında MB ve Ü açık.	Tip 0: SÜİ yok.	Anatomik İntakt bir sfinkter ünitesinin yer değiştirmesine bağlı
Tip 1: Sistosel yok veya minimal. Stres sırasında MB ve Ü açık ve <2 cm hipermobilité.	Tip 1: SÜİ, minimal hipermobilité, sistosel var veya yok, supin pozisyonda ve istirahatte MÜKB>20 cmH20.	
Tip 2A: Sistosel var. Stres sırasında MB ve Ü açık ve >2 cm hipermobilité. Tip 2B: İstirahat sırasında MB ve Ü simfisis pubisin altında. Stres altında hipermobilité var veya yok.	Tip 2: SÜİ, abdominal basınç tavan yaptığında üretranın rotasyonel sarkması ile birlikte belirgin hipermobilité ve horizontal pozisyonu, supin pozisyonda ve istirahatte MÜKB>20 cmH20.	
Tip3: MB ve Ü detrusor kontraksiyonu yokluğunda istirahatte açık.	Tip 3: Önceki başarısız mesane boynu suspansiyonu veya MÜKB<20 cmH20.	İntrinsik sfinkter yetmezliği Yetersiz sfinktere bağlı/hipermobilité var veya yok

SÜİ: Stres üriner inkontinans; **MB:** Mesane boynu; **Ü:** Üretra; **MÜKB:** Maksimal üretra kapanma basıncı.

Urge İnkontinans

Ani bir idrar yapma isteği ile idrarını tutamayıp, kaçırmaya denir (48). Sıkışma tipi idrar kaçırma olarak da bilinir. Urge inkontinans, ICS tarafından sıkışma hissinden hemen önce ya da sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmıştır. İstemsiz detrusör instabilitesi/kontraksiyonu sonucu olur. Stres inkontinanstan sonra en sık görülen inkontinans tipi urge inkontinanstır (33).

Miks İnkontinans

Stres ve urge inkontinansın beraber bulunmasıdır (49). Miks inkontinans geriatric grupta daha sık görülmektedir (25).

Overflow İnkontinans

Mesaneenin aşırı gerilmesiyle beraber olan istemsiz idrar kaybıdır. Hastada sık sık veya sürekli damlama ve idrar kaçırma şikayetleri görülür (50).

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Üriner inkontinansı olan hastanın değerlendirmesinde yaklaşım aşağıdaki gibi olmalıdır.

Anamnez

İnkontinansın tipinin belirlenmesine yönelik sorular ve özellikli hazırlanmış soru formları kullanılmalıdır (51).

İdrar Kültürü

Enfeksiyon varlığını saptamak amacıyla yapılmalıdır (50). Enfeksiyon semptomlarda yanılmaya ve ürodinamik çalışmalarda detrusör instabilitesi yönünden yanlış pozitifliklere neden olabilmektedir (51).

Rezidü İdrar Volümü Ölçümü

İşeme sonrası mesanede kalan idrar miktarıdır (52). 50 ml'nin altında normal, 200 ml'nin üstü mesaneenin yetersiz boşaldığını gösterir (51).

Genel Sistemik Muayene, Nörolojik Değerlendirme, Jinekolojik Muayene yapılmalıdır (53).

İdrar Günlüğü, Stres Testi, Ped Testi

İdrar günlüğü: hastanın öyküsüne önemli bir katkı sağlar. İdrara çıkma, sıvı alımı ve çıkışı hakkında bilgi verir. Genellikle 3 günlük olan idrar günlüğü uygulanmaktadır.

Ped testi: kaçırılan idrar miktarını tespit etmeye yarayan bir yöntemdir (51).

Stres testi: mesane dolu iken litotomi pozisyonunda ve ayakta yapılır. Hastadan karın içi basıncı arttıran öksürme ıkınma gibi hareketler yapması istenir aynı anda eksternal üretral meatustan idrar kaçağı araştırılır (54).

Q tip testi: litotomi pozisyonunda steril, ucu pamuklu çubuk, steril vazelinle ıslatıldıktan sonra mesane boynuna yerleştirilir ve istirahat ve ıkınma sırasında çubuk yönündeki sapma 30 dereceyi aşarsa üretra mobil olarak kabul edilir (51,53).

İleri Ürodinamik Testler

Bu testlerle alt üriner sistemin yapısından çok fonksiyonu değerlendirilir ve tanı koymanın yanı sıra bozukluklar sınıflandırılır (51).

Üroflovetri: Birim zamandaki idrar akımının ml/sn olarak ölçüldüğü yöntemdir. Bu yöntem miksiyon zamanı, ortalama akım hızı ölçülerek detrusor kontraksiyon, mesane boynunun açılması ve üretradaki iletim hakkında kabaca fikir verir. Üroflovetri noninvazif bir yöntemdir.

Sistometri: Mesanenin pasif dolumu sırasında mesane basınç-hacim ilişkisi ile depolama işlevindeki yetersizliği ve etkinliği gösteren yöntemdir. Bu yöntem ile mesanenin artan volümüne uyumu yani kompliansı, kapasitesi, detrusor kas aktivitesi ve duyu fonksiyonları hakkında ayrıntılı bilgi edinilir.

Üretral basınç profili (UPP): Mesane boynundan üretral meatusa kadar çekilen bir kateter yardımı ile üretra içi basıncın ölçülmesidir. Bu yöntem ile fonksiyonel üretra uzunluğu, mesane içi basınç ve üretra içi basınç değerlendirilir.

Elektromyografi: Periüretral bölgeye internal ya da perianal bölgeye eksternal olarak yerleştirilen elektrotlarla ürogenital sfinkterin elektriksel aktivitesini değerlendirme yöntemidir. Bu yöntem detruso-sfinkter dissinerjisinin gösterilebildiği tek tanı yöntemidir.

Videoüradinami: Ürodinamik incelemeler sırasında kullanılan infüzyon sıvısının belli miktarda kontrast madde içermesi ile eş zamanlı olarak alt üriner sistemin radyografik olarak görüntülenmesi yöntemidir (55).

Ultrasonografi: Transperineal proba hasta öksürürken ya da ıkınırken yapılan dinamik bir yöntemdir. Bu yöntem ile mesane boynu ve proksimal üretra mobilitesi hakkında bilgi sağlanır (25).

ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ

Tedavi ve bakımda amaç; hastaların tekrar idrar tutabilir hale gelmesini (kontinansı) sağlamaktır (56).

Üriner inkontinans tedavisinde ilaç, konservatif ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

Konservatif Tedavi Yöntemleri

Günümüzde cerrahi tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin yüksek olması, iş gücü kaybına sebep olması, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme ihtimalinin bulunması konservatif tedavi yöntemlerine olan ilgiyi arttırmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri kolay uygulanmakta ve maliyeti düşüktür.

Konservatif tedavide; diyet, mesane eğitimi, kegel egzersizi olarak bilinen PTK, biofeedback, vajinal kon uygulaması ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır.

Diyet: Diyet alışkanlığının düzenlenmesi önemlidir. Hastaların mesane günlüklerine bakılarak diyet alışkanlığında düzenlemeler yapılabilir. Başlıca kafeinli yiyecek ve içecekler olan kola, kahve, çay, alkol ve çikolatanın kısıtlanması sağlanmalıdır. Çünkü bu yiyecekler ve içecekler diürezisi artırmaktadır (9). Kronik konstipasyon SÜİ'nin gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle konstipasyonu önlemek için lifli gıda ve yeterli sıvı alınması önemli ve gereklidir (9,57).

Mesane eğitimi: İlk kez 1966 yılında Jeffcoate ve Francis tarafından geliştirilmiş olan mesane eğitimi, 1972 yılında da Fremen tarafından yaygın hale getirilmiştir Mesane eğitimi noninvazif, basit, ucuz ve kontrendikasyonu olmayan bir yöntemdir (56). Bu yöntemin amacı, idrar yapma hissini bastırarak miksiyon aralıklarını giderek açmak ve mesane kapasitesini arttırmak, olumlu psikolojik gelişmeler sağlamaktır (56,58). Bu eğitim kişinin başarılı olduğu takdirde her hafta sürenin (15-30 dakika) artırıldığı, 6-12 hafta (genellikle 8 hafta) süren bir eğitimidir (56). Özellikle idrar kaçırmayı önlemek için sık sık tuvalete giden kişiler mesane eğitiminden yarar sağlayacaktır (59).

Biofeedback: İlk kez 1940 yılında Arnold Kegel tarafından kullanılmıştır (25). Genellikle elektronik cihazlarla görsel ve işitsel uyarılar kullanarak kişilerin normal veya anormal vücut fonksiyonlarını istemli olarak değiştirebilmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir (60,61). Aktif bir yöntemdir (62). Amacı kişilerin karın kası kasılmaksızın sadece pelvik taban kaslarını kasarak pelvik taban kas gücünü arttırmaktır. Kişiler bu yöntem ile pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve kullanabilmeyi öğrenirler. Tedavi günde 20-30 dakika, haftada 3 kez, toplamda 6-8 haftadır. Tedavide kas 10 saniye kasılıp, 20 saniye dinlendirilir. Genellikle 10-20 seans arası istenen sonuçlar elde edilir. Program PTKÉ ile devam ettirilir. Biofeedback ile tedavi yöntemini son üç ay içinde pelvik cerrahi geçirmiş olanlarda, gebelik, vaginit ve kooperasyon sorunu olanlarda, pelvik kas gücü yetersizliği olanlarda kullanmak uygun değildir (60).

Fonksiyonel elektriksel stimülasyon: İlk kez 1963 yılında Caldwell tarafından uygulanmıştır (25). Alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferansiyel akım kullanılır. Faradik akım ağrıya neden olduğu için bu yöntem terk edilmiştir (6). Daha düzenli ve derine etki eden orta frekanslı akım ve vajinal propla uygulama tercih edilmektedir (6,63). Elektriksel uyarı sonucu kas kontraksiyonu ile kas gücü artar, pudental sinirin direkt uyarısı ile üretral basınç artar, kan dolaşımı düzelir, mesanenin istemsiz kasılmaları azalır (63). Bu yöntem pelvik taban kas gücü 3/5'in altında olan hastalarda tercih edilir. Haftada 3 kez 20-30 dk 'lık seanslar şeklinde 6-8 hafta süresince uygulanır (25). Fonksiyonel elektriksel stimülasyonu pace maker ve rahim içi araç kullananlarda, ileri derece şişmanlarda, prolapsus varlığında, menstruasyon döneminde olanlarda, gebelikte ve gebelik şüphesi olanlarda, kanserde, vaginitte kullanmak uygun değildir (6,63).

Pelvik taban kas egzersizleri: Stres üriner inkontinans tedavisinde kullanılan PTKÉ'nin amacı, özellikle mesane, mesane boynu ve üretra gibi pelvik organların desteğini iyileştirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktır (9,14,18). PTKÉ 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. PTKÉ'nin SÜİ'de olumlu etkisinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. PTKÉ'leri uygulanmaya başladıktan 6 ile 8 hafta sonra şikayetler azalmakta, 6. ayda ise düzelmeye olduğu görülmüştür. Yaşlı hastalarda ise egzersize yanıt alınması daha uzun sürebilmektedir (9).

Pelvik taban kaslarının kontraksiyon gücü, digital palpasyon, biofeedback veya perineometre ile değerlendirilebilir. PTKÉ'nin kontrendikasyonu yoktur. Ömür boyu

egzersize devam edilmesi önerilmektedir. Çünkü PTKE'nin etkisi, egzersiz bırakıldığında azalmaktadır. Kadınlar egzersize devam etme yönünde teşvik edilmelidirler. Egzersizler ile kısa dönemde etki %32-84 arasındadır (64,65).

Bo ve Talseth 23 kadını 6 ay süre ile egzersiz programına tabi tutmuşlar. Bu egzersizlerin haftada en az 1 kez yapılmasının egzersizin uzun dönem etkili olması için şart olduğunu hastalara belirtmişler. 5 yıl sonra hastaların % 75'nin stres testi süresince idrar kaçırmadıklarını görmüşler ve uzun dönemde de etkin olduğu sonucuna varmışlardır (66).

Chen ve ark. yaptıkları bir çalışmada SÜİ'li 72 hastada pelvik taban kaslarının rehabilitasyon programının etkinliğini incelemişler 2 yıl sonunda ped testinde anlamlı düzelmeler bulmuşlar ve rehabilitasyon programının cerrahi tedaviye etkili bir alternatif tedavi olduğunu bildirmişlerdir (67).

Eskiyurt'un belirttiği üzere (2005), Kegel SÜİ'li 64 kadında 14 haftalık bir egzersiz eğitimi programını takiben tüm hastalarda kontinans bildirmiştir (65).

Pelvik taban kas egzersizleri SÜİ'nin konservatif tedavisinde ilk seçenek olmalıdır (68).

Hastanın doğru kasını kullanıp kullanmaması açısından egzersizi öğretme yöntemleri, son derece önemlidir (64,65).

Bu yöntemler aşağıda belirtilmiştir.

1-Stop testi: Sadece SÜİ'de kullanılır. Hastadan günün ikinci miksiyonun ortasında pelvik taban kaslarını kasarak, istemli olarak idrar akışını durdurması istenir. İdrar akışını tamamen durdurma hatta yavaşlama, uygun kasların kullanıldığını ve kas gücünün iyi olduğunu gösterir. Bu test haftada bir kez değerlendirme amacıyla kullanılabilir. Egzersiz olarak kullanılamaz. Mesanenin boşalmasını güçleştirebilir ve infeksiyon riski vardır (22,64,65).

2-Digital palpasyon: Vajinal tuşe ile pelvik taban kas gücünün değerlendirilmesi işlemidir. Ayrıca kadınlara pelvik taban kaslarını öğretmek için de kullanılmaktadır (2).

3-Vajinal kon kullanımı: Vajinal kon, hem PTKE'yi öğretmek, hem de kas gücünü artırmak amacıyla kullanılmaktadır (9).

4-Perineometre kullanımı: Pelvik taban kas gücünü objektif olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan vaginal bir dinamometredir. Egzersizi öğretmek amacıyla başlangıçta kullanılabilir. Vajenin 3 cm içerisine yerleştirilen vajinal prob yardımıyla pelvik taban kas gücü değerlendirilir. Normal basınç 30-60 cmH₂O'dur (22,64,65).

5-Biofeedback kullanımı: Başlangıçta egzersizi öğretmek amacıyla bir kaç oturum kullanılabilir.

6-Elektriksel stimülasyon: Hasta hangi kasını kasacağını 3-4 oturumdan sonra öğrenebilmektedir (64,65).

Vajinal kon: Diğer konservatif tedavi yöntemi olan vajinal kon'un, 1985'ten beri SÜİ tedavisinde kullanılması önerilmektedir (21). Plewnick tarafından tanımlanmıştır (22). Vajinal kon, hem PTKÉ'yi öğretmek, hem de kas gücünü artırmak amacıyla kullanılmaktadır (9). Kon'ların ağırlıkları 20-90 gr arasında değişir (65). Aşırı derecede prolapsus varlığında, çok obez ve fazla doğum yapan kadınlarda vajinal kon kullanımı zordur, pek önerilmez (69).

Gözetim gerektirmeden kullanılması avantajlı bulunan vajinal kon ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda %70' e varan düzelme oranları bildirilmiştir. Bir çalışmada SÜİ'li premenapozal kadınlarda tek başına PTKÉ ile vajinal koni uygulamasıyla birlikte yapılan PTKÉ'nin iyileşme oranları açısından aslında benzer olduğu görülmüştür (1).

Arnoven ve ark. SÜİ'li kadınlarda iki grubu karşılaştırdıkları araştırmalarında, her iki grupta da idrar kaçırma sıklığında azalma tesbit edilmiş ancak Vajinal Kon+PTKÉ grubundaki düzelme, yalnız başına PTKÉ grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (70).

İlaç Tedavisi

Stres üriner inkontinansta ilaç tedavisinin amacı üretraya ulaşan alfa adrenerjik uyarıların artmasını sağlamaktır (71). Tedavide değişik etki mekanizması olan birçok ilaç (antikolinergik ajanlar, antidepresanlar, alfaadrenerjik ajanlar, östrojen replasman tedavisi) kullanılmaktadır (22).

Cerrahi Tedavi

Operasyondan önce hasta değerlendirilerek en uygun operasyon yönetimine karar verilmelidir. SÜİ'de kullanılan cerrahi operasyonlar Vajinal Operasyonlar (Kolporafi anterior, Kelly plikasyonu), Retropubik Operasyonlar (Marshal marchetti krantz, Burch, Paravajinal tamir), Kombine Yaklaşımlar (İğne teknikleri, Sling, Subüretral sling, Vajinal duvar sling, Trans-Free vajinal tape, Transobturator suburethral tape), Artifişyel Üretral Sfinkter, Periüretral Enjeksiyonlar'dır (6).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Stres üriner inkontinanslı olgularda PTKE'lerinin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğretmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan vajinal kon'un etkinliğini değerlendirmek amacıyla klinik tipte, prospektif olarak planlanan bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H0: Stres inkontinanslı olgularda pelvik taban egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkinliği yoktur.

H1: Stres inkontinanslı olgularda pelvik taban egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkinliği vardır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğinde Nisan 2011 /Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran ve stres üriner inkontinans tanısı alan (araştırmada kadın hastalara son bir yılda gülme, öksürme, ağır yük kaldırma sırasında idrar kaçırıp kaçırmadıkları sorulmuş ve kadın hastaların son bir yılda

gölme, öksürme, ağır yük kaldırma sırasında idrar kaçırmış olması stres üriner inkontinans olarak kabul edilmiştir) hastalar oluşturmuştur.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada kör bir uygulayıcı tarafından basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini; T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran, stres üriner inkontinans tanısı almış, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü 30 kadın (PTKE uygulanan: 15 kişi, Vajinal Kon+PTKE uygulanan: 15 kişi) oluşturmuştur.

GÖNÜLLÜLERİN ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi
- 40 yaş ve üzeri kadın hasta olması
- Stres inkontinans tanısı almış olması
- Vajinal Kon uygulanacak hastalarda Pelvik Organ Prolapsusu (POP) olmaması
- Vajinal Kon uygulanacak hastaların Vücut Kitle İndeksi (VKİ)'ne göre zayıf yada normal olması
- İletişim kurulabilir olması
- Ev yada cep telefonu olması
- T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı Polikliniğine başvurması

GÖNÜLLÜLERİN ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmemesi
- 40 yaş ve altı kadın hasta olması
- Stres inkontinans tanısı dışında bir üriner inkontinans tanısı almış olması
- Vajinal Kon uygulanacak hastalarda POP olması
- Vajinal Kon uygulanacak hastaların VKİ'ne göre hafif şişman, obez yada ileri derecede obez olması
- İletişim kurulamaması
- Ev yada cep telefonu olmaması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ verilmiştir ve kabul etmeyen hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

VERİ TOPLAMADA KULLANILAN ARAÇ, GEREÇ VE YÖNTEMLER

Veriler, Araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu, Mesane Günlüğü, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life) (I-QOL), Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresyon Inventory) (BDI), Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey) (SF 36), Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile) (NHP) kullanılarak toplandı. Ayrıca araştırmacı tarafından Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitim Kitapçığı oluşturuldu. Bu kitapçık ve vajinal kon kullanılarak egzersizlerin nasıl yapılacağı hastalara anlatıldı.

Hasta Bilgi Formu (Ek- 1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden faydalanılarak oluşturulan hasta bilgi formunda idrar inkontinans tanısı alan hastaların sosyodemografik özelliklerine (eğitim, gelir gider durumu, medeni durum), idrar inkontinansını etkileyen etmenlere ilişkin özelliklerine (yaş, VKİ, doğum yapma şekli, doğum sayısı, epizyotomi uygulanması, vakum-forsep kullanımı, iri bebek doğumu, menopoz durumu, hormon replasman tedavisi alması, sigara içme durumu, kafeinli içecekleri tüketme durumu, alkol alma durumu, kronik konstipasyon tanısı alma, POP durumu) ve idrar inkontinansına ilişkin özelliklerine (klinik tanı, idrar inkontinans süresi, idrar inkontinans sıklığı, kullandığı koruyucu materyal) ait sorular yer almıştır (6).

Hasta bilgi formu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında hastalara uygulanmıştır.

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında hasta bilgi formu uygulanmıştır.

Dijital palpasyon ile ölçülen pelvik taban kas gücü değerleri

Dijital palpasyon, vajinal tuşe ile pelvik taban kas gücünün değerlendirilmesi işlemidir. Ayrıca kadınlara pelvik taban kaslarını öğretmek için de kullanılmaktadır (2).

Araştırmada hastalar araştırmacı tarafından T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı polikliniğinde bulunan jinekoloji masasına alınmıştır.

Hastalar litotomi pozisyonunda iken testi yapan eğitimli hemşire araştırmacı iki parmağını hastaların vajinasına yerleştirmiş ve hastalardan idrar ve gaz çıkışını durdururcasına pelvik taban kaslarını 5 sn kasmalarını istemiştir (22,64,65,68).

Değerlendirme skorlamada belirtilen kriterlere göre yapılmıştır (2).

Skorlama;

- 0: Görsel algılama veya digital palpasyonla vajina kasılma yok
- 1: Görsel yok, digital palpasyonda zayıf vajinal kasılma var.
- 2: Görsel ve digital palpasyonda zayıf vajinal kasılma var
- 3: Görsel ve dijital palpasyonda iyi kas kasılması var ama palpasyona direnç gösteremiyor.
- 4: Görsel ve vajinal palpasyonda güçlü kasılma var ama palpasyona 5 sn den daha az direnç gösteriyor.
- 5: Görsel ve vajinal palpasyonda güçlü kasılma var ama palpasyona 5 sn den fazla direnç gösteriyor (68).

Araştırmaya kas gücü 3/5 ve > 3/5 olan hastalar alınmıştır.

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastaların, araştırmanın başlangıcında ve 6. ay görüşmelerinde araştırmacı tarafından digital palpasyon ile ölçülen pelvik taban kas gücü değerleri de hasta bilgi formuna kayıt edilmiştir.

Vücut kitle indeksi

Obeziteyi belirlemek için kullanılmaktadır. Bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($VKI=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir.

- 18.5 kg / m²'nin altında Zayıf
- 18.5-24.9 kg / m² arasında Normal
- 25-29.9 kg / m² arasında Hafif Şişman
- 30-39.9 kg / m² arasında Obez
- 40 kg / m²'nin üzerinde İleri Derecede Obez (72).

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastaların, kilo ve boy ölçüleri araştırmacı tarafından araştırmanın başlangıcında hastaların kendilerine sorularak öğrenilmiştir.

Mesane Günlüğü (Ek- 2)

Hastaların 24 saat boyunca aldıkları sıvı miktarını, cinsini ve zamanını, idrar miktarlarını ve ne zaman yaptıklarını, idrar inkontinanslarını, bez ya da kıyafet değiştirme zamanlarını, idrar inkontinansı meydana geldiğinde ne işle meşgul olduklarını, üç gün boyunca kayıt edecekleri bir formdur (2,6,33).

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastaların araştırmanın başlangıcında, 3. ve 6. ay görüşmelerinde idrar inkontinanslarını, bez yada kıyafet değiştirme durumlarının olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastalara mesane günlüğünü nasıl dolduracakları araştırmacı tarafından araştırmanın başlangıcında yüz yüze görüşme yöntemiyle anlatılmıştır. Sonra hastalardan mesane günlüklerini başlangıç görüşme tarihinden sonraki 3 gün, 3. ve 6. ay görüşmelerinden önceki 3 gün doldurarak getirmeleri istenmiştir.

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life) (I-QOL) (Ek- 3)

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır.

- Davranışların sınırlandırılması (1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20. maddeler)
- Psikososyal etkilenme (5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22. maddeler)
- Sosyal izolasyon (8.,12.,14.,18.,19. maddeler) (6,22).

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği her biri 5'li likert tipi (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) cevap veren 22 maddeden oluşan inkontinansı olan hastalarda yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir (6,22,73).

Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon) ve toplam skor değerleri kullanılır.

Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin toplamı alınır. Toplam skorun aldığı maksimum puan 110, davranışların sınırlandırılmasını ölçen alt skalada maksimum skor 40, psikososyal etkilenme alt skorunun alacağı maksimum puan 45, sosyal izolasyon alt skalası için ise 25 puandır. Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşan kalitesini gösterir.

Ölçeğin toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100'lük skalaya uyarlandı.

$$IQOL \text{ toplam skor} = X_i / 110 * 100$$

Alt boyuta giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

Davranışların sınırlandırılması alt skala skoru(n=8 madde): bu boyutta yer alan 8 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 40 * 100$$

Psikososyal etkilenme alt skala skoru(n=9 madde): bu boyutta yer alan 9 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 45 * 100$$

Sosyal izolasyon alt skala skoru(n=5 madde): bu boyutta yer alan 5 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 25 * 100 \quad (73).$$

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında, 3. ve 6. ay görüşmelerinde I-QOL uygulanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depresyon Inventory) (BDI) (Ek- 4)

Özgün adı 'Beck Depression Inventory' olan ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmektedir. Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilen bir ölçektir. 21 kendini değerlendirme cümlesinden oluşan Likert tipi bir ölçektir. (74).

Her soruda 0 en iyi durumu 3 ise en kötü durumu ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür.

- 12 ve altında puan depresif olmadığını
- 13-16 puan depresyon sınırında
- 17-24 puan hafif düzeyde depresyon varlığını
- 24 puan ve üzeri ağır depresyon olduğunu ifade etmektedir (25).

Araştırmaya alınan hastaların depresyon düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. (74).

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında, 3. ve 6. ay görüşmelerinde BDI uygulanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey) (SF 36) (Ek- 5)

SF-36, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş bir bireysel değerlendirme ölçeğidir.

Ölçek fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlaması, sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlanması, mental sağlık, zindelik, ağrı ve genel sağlık anlayışının yer aldığı sekiz alt boyuttan oluşmaktadır.

- Fiziksel fonksiyon; yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yapabilme,
- Fiziksel rol fonksiyon; fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde karşılaşılan sorunlar,
- Ağrı; ağrı olması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olması,
- Genel sağlık algısı; sağlığın iyi, kötü ya da mükemmel olduğuna inanmayla ilgili,
- Zindelik; sürekli yorgun ve bitkin ya da canlı ve enerjik hissetme duyguları,
- Sosyal fonksiyon; fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması,
- Emosyonel rol fonksiyon; duygusal sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde yaşanan sorunlar,
- Mental sağlık; sürekli sinirlilik veya depresyon ya da sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme duyguları.

Alt boyutlardan elde edilen puanların hesaplanması ile fiziksel boyut ve mental boyut olmak üzere iki ana boyut puanı elde edilir.

- Fiziksel boyut; fiziksel fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlanması, ağrı, zindelik ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarından,
- Mental boyut; sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlanması, mental sağlık, zindelik ve genel sağlık anlayışı alt boyutlarından oluşur.

Zindelik ve genel sağlık anlayışı alt boyutları hem fiziksel boyut hem de mental boyutta yer alır.

Ölçekte yer alan tüm ifadeler son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilir. Ayrıca yukarıdaki maddelerin dışında ölçekte son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde (“Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?”) bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde bu madde dikkate alınmaz. Ölçek her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Likert tipi puanlamaya sahip olan ölçektir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir, fiziksel ve mental ana boyut puanı 0 ile 100 arasındadır. 0 en kötü sağlığı, 100 en iyi

sağlık durumunu göstermektedir. Ancak ölçeğin önemli bir dezavantajı uyku kontrolü, cinsel işlevleri değerlendirme ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıklar içermemesidir.

Araştırmaya alınan hastaların hem yaşam kalitesinin tüm alt boyutları, hem de fiziksel ve mental boyutu değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (75).

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruplardaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında, 3. ve 6. ay görüşmelerinde SF 36 uygulanmıştır.

Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile) (NHP) (Ek- 6)

Algılanan sağlık problemleri ve bu problemlerin normal günlük yaşam aktivitelerini etkileme miktarını ölçmek için geliştirilmiş, bir genel yaşam kalitesi anketidir (76).

Anketin birinci bölümündeki sorular, kişilerin sağlık statüleri ile ilişkili konulara değinirken, ikinci bölümünde ise içinde bulunulan sağlık düzeyinin günlük yaşam üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmektedir. Anketin birince bölümü toplam 38 sorudan meydana gelmekte ve bu sorularda fiziksel hareketlilik, ağrı, uyku, enerji, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar gibi 6 alanı ilgilendirmektedir. İkinci bölümü ise içinde bulunulan sağlık düzeyi tarafından etkilendiği düşünülen başlıca 7 ifadeden meydana gelmektedir. Bu alanlar; iş yaşamı, ev işleri, ev hayatı, cinsel yaşam, sosyal yaşam, ilgiler ve tatillerdir (77).

Yapılan literatür incelemesinde ölçeğin klinik ya da kronik hastalarda daha fazla birinci bölümünün kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırmada, yaşam kalitesinin ana kavramlarını içermesi ile klinikte ve kronik hastalarda kullanımının uygun olması nedeniyle ölçeğin birinci bölümü kullanılmıştır

Bu araştırmada kullanılan NHP yaşam kalitesi ölçeğinin birinci bölümünü oluşturan alt boyutlar ve maddeleri aşağıda verilmiştir;

- Ağrı: Sekiz maddeden oluşmakta (2, 4, 8, 19, 24, 28, 36, 38) ve bireylerin günlük yaşamlarında deneyimledikleri ağrı durumunu tanımlamaktadır.
- Enerji Düzeyi: Üç maddeden (1, 12, 26) oluşmakta ve bireylerin günlük yaşamlarında yaşadıkları yorgunluk düzeyini tanımlamaktadır.
- Emosyonel Reaksiyon: Dokuz maddeden oluşmakta (3, 6, 7, 16, 20, 23, 31, 32, 37) ve bireylerin duygusal, psikolojik durumlarını tanımlamaktadır.

- Fiziksel Mobilite: Sekiz maddeden oluşmakta (10, 11, 14, 17, 18, 25, 27, 35) ve kişilerin günlük yaşamda fiziksel hareketleri yerine getirebilme ve bunu yaparken yaşadıkları güçlükleri tanımlamaktadır.
- Sosyal İzolasyon: Beş maddeden oluşmakta (9, 15, 21, 30, 34) ve bireylerin sosyal yaşam durumunu yaşadıkları güçlükleri tanımlamaktadır.
- Uyku: Beş maddeden oluşmakta (5, 13, 22, 29, 33), bireylerin uykuya dalma ve uykuyu sürdürme durumlarını tanımlamaktadır.

Ölçeğin toplam puanı yoktur ve her bir alt boyut için ayrı ayrı toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde ‘evet’ ve ‘hayır’ olarak değerlendirilmektedir, ‘evet’ yanıtı ‘1’ puan, ‘hayır’ yanıtı ise ‘0’ puanlandırılmaktadır. Her alt boyutun toplam puanı ağırlıklı hesaplama yöntemi ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin alt boyut puan hesaplaması, alt boyutta yer alan maddelere verilen evet yanıtlarının toplanıp, o boyutu oluşturan madde sayısına bölündükten sonra 100 ile çarpılması ile elde edilmektedir. Ölçeğin her alt boyutu 0-100 puan arasında değer almakta ve puan artışı yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir.

Araştırmaya alınan hastaların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır (78).

Araştırmaya alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruptaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında, 3. ve 6. ay görüşmelerinde NHP uygulanmıştır.

Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitim Kitapçığı

Pelvik taban kas egzersizi eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden faydalanılarak, hastaların anlayabileceği bir şekilde hazırlanmıştır.

Kitapçıkta kadın boşaltım sistemini oluşturan organlar nelerdir, mesaneden idrarın boşaltılması nasıl olur, Üİ nedir risk faktörleri nelerdir, SÜİ nedir risk faktörleri nelerdir, pelvik taban kasları, PTKE, PTKE’leri ne zaman uygulayabiliriz, PTKE yaparken dikkat edilmesi gerekenler nelerdir, PTKE nasıl uygulanır, sırt üstü yatarak yapılan PTKE, ayakta dururken yapılan PTKE, oturarak yapılan PTKE ve yavaş egzersizin süresinin ayarlanması formu yer almaktadır.

Araştırmaya alınan PTKE uygulanacak gruptaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitim Kitapçığı

kullanılarak PTKKE nasıl uygulanır öğretilmiştir. Eğitimden sonra bu kitapçık hastalara verilmiştir.

Pelvik taban kas egzersizleri günde 3 kez (sabah, öğlen, akşam), 3 ayrı pozisyonda (sırt üstü uzanır, oturur ve ayakta durur) uygulanır. Bir egzersiz hem sıkma hem de gevşetmeyi içerir. Günlük egzersiz programı, yavaş egzersiz ve hızlı egzersizi içermelidir.

Yavaş egzersizde, 10 kez kaslarını 5 saniye kasılı tutmaları sonra kaslarına kasılı tutma süresi kadar gevşetme süresi vermeleri yani kaslarını 5 saniye gevşetmeleri önerilmiştir.

Her hafta kasılı tutma süresini 1 saniye arttırarak, 6. haftada 10 saniyeye çıkmaları ve bundan sonra 10 saniyede devam etmeleri aynı şekilde her hafta gevşetme süresini 1 saniye arttırarak, 6. haftada 10 saniyeye çıkmaları ve bundan sonra 10 saniyede devam etmeleri önerilmiştir.

Hızlı egzersizde ise, 10 kez hızlı ve güçlü şekilde kaslarını kasıp ve gevşetmeleri (2 saniye kadar) önerilmiştir.

Egzersizlerin her gün için toplam sayısı 180 olmalıdır.

Sabah,

- Sırt üstü uzanır pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Oturur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Ayakta durur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz olmak üzere 60 kez

Öğlen,

- Sırt üstü uzanır pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Oturur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Ayakta durur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz olmak üzere 60 kez

Akşam

- Sırt üstü uzanır pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Oturur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz
- Ayakta durur pozisyonda 10 kez yavaş egzersiz, 10 kez hızlı egzersiz olmak üzere 60 kez

Hastalara egzersize başlamadan önce derin bir nefes alıp verilmesi, daha sonra egzersiz tamamlanincaya kadar rahat ve düzgün nefes alıp vermeye devam edilmesi ve sıkma esnasında nefesin tutulmaması gerektiği ayrıca gluteal bölge (kalça), abdominal (karın), uyluk kaslarını kasmamaları gevşek bırakmaları ve pelvik taban kaslarına konsantre olmaları söylenmiştir (6).

Hastalar ile ilk 6 hafta, haftada bir kez telefonla görüşülerek sıkma ve gevşeme sürelerindeki bir saniyelik artış hatırlatılmış ve egzersizlerini düzenli yapmaları için teşvik edilmişlerdir.

Araştırmanın 3. ayında hastalarla yüzyüze görüşülüp PTKÉ'lerine devam etmeleri söylenmiştir. Araştırmanın 6. ayındada hastalarla yüzyüze görüşülüp yaşam boyu PTKÉ'lerine devam etmeleri söylenmiştir.

Vajinal Kon

Vajinal kon hem pelvik taban kas egzersizini öğrenmek, hem de pelvik taban kas gücünü arttırmak için kullanılmıştır (9).

Bu araştırmada kullanılan Vajinal Kon seti StepFree markadır (SRS Medical- USA). StepFree marka bir vajinal kon seti 5adet (20.0 gr, 32.5 gr, 45.0 gr, 57.5 gr ve 70.0 gr) ağırlıktan ve 1 adet kabuk kondan (Akrilonitril Bütadien Stiren (ABS) plastik, çapı 1 inçten daha az ve uzunluğu yaklaşık iki santimetre ve vajinal konu ve tutup çıkarmaya yarayan ip kısmı olan) oluşmaktadır.

Araştırmaya alınan Vajinal Kon+PTKE uygulanacak gruptaki hastalara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmanın başlangıcında Vajinal Kon seti kullanımı ve PTKÉ öğretilmiştir. Eğitimden sonra evde çalışmalarını için vajinal kon seti hastalara verilmiştir.

Hastaların vajinasında taşıyabileceği en hafif ağırlıklı kon (20.0 gr) ile işleme başlanmıştır. Kon vajene yerleştirildikten sonra bu kon'u vajinasında 1 dakika tutabilen hastalarda bir sonraki kon'a geçilmiştir. Hastaların kaymadan vajinasında tutulabildiği en ağır kon ile egzersize başlanmıştır. Hastalardan konu ayakta iken günde 2 kez 15 dakika süreyle vajinasında tutmaları istenmiştir. (bu sırada pelvik taban kaslarını istemli olarak 5 sn kasıp, 5 sn gevşetmesi söylenmiştir). Hasta konu kolaylıkla günde 2 kez 15 dakika süreyle vajinasında tutabildiyse sıradaki ağır kona geçilmiştir. Eğer tutamadıysa aynı konla çalışmaya devam etmesi istenmiştir. Hastalara önerilen vajinal kon kullanma süresi 1 aydır (60,69).

Başlangıç görüşmesinden sonra 1ay boyunca hastalar ile haftada bir kez yüz yüze görüşülerek vajinal kon kullanımları değerlendirilip, tedaviye devam etmeleri konusunda cesaretlendirilmişlerdir. Birinci ayın sonunda tedaviye PTKÉ ile devam edilmiştir ve hastalar ile 2 hafta, haftada bir kez telefonla görüşülmüş ve egzersizlerini düzenli yapmaları için teşvik edilmişlerdir. Araştırmanın 3. ayında hastalarla yüzyüze görüşülüp PTKÉ'lerine devam etmeleri söylenmiştir. Araştırmanın 6. ayındada hastalarla yüzyüze görüşülüp yaşam boyu PTKÉ'lerine devam etmeleri söylenmiştir.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmada kör bir uygulayıcı tarafından basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan stres üriner inkontinans tanısı almış, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü 30 kadına (PTKE uygulanan: 15 kişi, Vajinal Kon+PTKE uygulanan: 15 kişi) başlangıçta T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı polikliniğinde araştırmacı tarafından digital palpasyon ile kas gücü ölçümü yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle Hasta Bilgi Formu, Mesane Günlüğü, I-QOL, BDI, SF 36, NHP uygulanmış, PTKE grubunda yer alan hastalara araştırmacı tarafından Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitim Kitapçığı kullanılarak PTKE öğretilmiş ve eğitimden sonra bu kitapçık hastalara verilmiştir. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastalara araştırmacı tarafından Vajinal Kon seti kullanımı ve PTKE öğretilmiş ve evde çalışmaları için vajinal kon seti verilmiştir.

Araştırmacı tarafından PTKE grubunda yer alan hastalar ile başlangıç görüşmesinden sonraki 6 hafta boyunca haftada bir kez telefonla görüşülerek sıkma ve gevşeme sürelerindeki bir saniyelik artış hatırlatılmış ve egzersizlerini düzenli yapmaları için teşvik edilmişlerdir. Araştırmacı tarafından Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastalar ile başlangıç görüşmesinden sonraki 1ay boyunca haftada bir kez yüz yüze görüşülerek vajinal kon kullanımları değerlendirilip, tedaviye devam etmeleri konusunda cesaretlendirilmişlerdir. Birinci ayın sonunda tedaviye PTKE ile devam edilmiştir ve hastalar ile 2 hafta, haftada bir kez telefonla görüşülmüş ve egzersizlerini düzenli yapmaları için teşvik edilmişlerdir.

Üçüncü ayda PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubuna alınan hastalara T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı polikliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Mesane Günlüğü, I-QOL, BDI, SF 36, NHP tekrar uygulanmış ve PTKE'lerine devam etmeleri söylenmiştir.

Altıncı ayda PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubuna alınan hastalara T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı polikliniğinde araştırmacı tarafından digital palpasyon ile kas gücü ölçümü yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle Mesane Günlüğü, I-QOL, BDI, SF 36, NHP tekrar uygulanmış ve yaşam boyu PTKE'lerine devam etmeleri söylenmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ADIMLARI

Örnekleme Alınan Hastalar

Araştırmada kör bir uygulayıcı tarafından basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini; stres üriner inkontinans tanısı almış, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü 30 kadın (PTKE uygulanan: 15 kişi, Vajinal Kon+PTKE uygulanan: 15 kişi) oluşturmuştur.

PTKE Uygulanan Grup

Vajinal Kon+PTKE Uygulanan Grup

Başlangıç

-Digital Palpasyon ile kas gücü ölçümü yapıldı.
-Hasta Bilgi Formu,
-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-Pelvik Taban Kas Egzersizi Eğitim Kitapçığı kullanılarak hastalara PTKE öğretildi.

Başlangıç

-Digital Palpasyon ile kas gücü ölçümü yapıldı.
-Hasta Bilgi Formu,
-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-Vajinal Kon seti kullanımı ve PTKE öğretildi.

Hastalar ile başlangıç görüşmesinden sonraki 6 hafta boyunca haftada bir kez telefonla görüşüldü.

Hastalar ile başlangıç görüşmesinden sonraki 1ay boyunca haftada bir kez yüz yüze, Birinci ay sonunda 2 hafta, haftada bir kez telefonla görüşüldü.

3.Ay

-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-PTKE' lerine devam etmeleri söylendi.

3.Ay

-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-PTKE' lerine devam etmeleri söylendi.

6.Ay

-Digital Palpasyon ile kas gücü ölçümü,
-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-Yaşam boyu PTKE' lerine devam etmeleri söylendi.

6. Ay

-Digital Palpasyon ile kas gücü ölçümü,
-Mesane Günlüğü,
-I-QOL,
-BDI,
-SF 36,
-NHP uygulandı.
-Yaşam boyu PTKE' lerine devam etmeleri söylendi.

BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

I-QOL toplam ve alt boyut puanları, BDI puanları, SF 36 alt boyut puanları ve alt boyutlardan elde edilen puanların hesaplanması ile fiziksel boyut ve mental boyut olmak üzere iki ana boyut puanı, NHP alt boyut puanları, idrar inkontinans sayısı, idrar inkontinans sıklığı, digital palpasyon ile ölçülen pelvik taban kas gücü oluşturmuştur.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Stres inkontinansı tanısı alan kadınların PTKE yapma durumu, vajinal kon uygulama durumu, eğitim düzeyi, yaş, VKİ, doğum sayısı, doğum yapma şekli, epizyotomi uygulanması, vakum-forsep kullanımı, iri bebek doğumu, menopoz durumu, hormon replasman tedavisi alma durumu, POP durumu, sigara içme, kafeinli içecekleri tüketme, alkol alma durumu, kronik konstipasyon durumu oluşturmuştur.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Statistical Package For Social Science (SPSS) 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. İki grubun niceliksel verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik veriler Ki-Kare testi ile karşılaştırılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

ETİK KURUL ONAYI

T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Onayı alınmıştır. (Karar No: 07/ 04)

Araştırmacı tarafından, hastaları bilgilendirmek ve gönüllü katılımını sağlamak amacıyla 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' düzenlenmiştir. Bu form hakkında hastalara bilgi verilip, soru sormaları için cesaretlendirilmiş ve formu okuyup imzalamaları istenmiştir.

Araştırma bütçesi T.C. Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (TÜBAP) tarafından karşılanmıştır.

BULGULAR

Tablo 2. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon + pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu							
biliyor mezun değil	2	13,3	2	13,	4	13,3	p=0,666
İlkokul	11	73,3	10	66,7	21	70,0	
Ortaokul	0	0	1	6,7	1	3,3	
Lise	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
Lisans	1	6,7	0	0	1	3,3	
Medeni Durumu							
Evlenmedi	1	6,7	0	0	1	3,3	p=0,539
Evli	11	73,3	13	86,7	24	80,0	
Boşandı	1	6,7	0	0	1	3,3	
Öldü	2	13,3	2	13,3	4	13,3	
Bir İşte Çalışma Durumu							
Evet	2	13,3	5	33,3	7	23,3	p=0, 195
Hayır	13	86,7	10	66,7	23	76,7	
Gelir Gider Durumu							
Gelir giderden az	2	13,3	6	40,0	8	26,7	p=0, 236
Gelir gidere denk	11	73,3	7	46,7	18	46,7	
Gelir giderden fazla	2	13,3	2	13,3	4	13,3	
Sağlık Güvence Durumu							
Evet	15	100,0	15	100,0	30	100,0	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Ki-kare testi

Araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 2’de görülmektedir.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %13,3’ünün okuma-yazma biliyor ancak mezun değil, %73,3’ünün ilkokul, %6,7’nin lise, %6,7’nin lisans düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların %13,3’ünün okuma-yazma biliyor ancak mezun değil, %66,7’nin ilkokul, %6,7’nin ortaokul, %13,3’ünün lise düzeyinde eğitim gördükleri saptanmıştır. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %6,7’nin evlenmediği, %73,3’ünün evli, %6,7’nin boşandığı, %13,3’ünün eşinin öldüğü saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların %86,7’nin evli, %13,3’ünün eşinin öldüğü saptanmıştır. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Hastaların bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %13,3’ünün evet dediği, %86,7’nin hayır dediği saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların %33,3’ünün evet dediği, %66,7’nin hayır dediği saptanmıştır. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların bir işte çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Hastaların gelir gider durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %13,3’ünün gelirinin giderden az, %73,3’ünün gelirinin gidere denk, %13,3’ünün gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların %40,0’ının gelirinin giderden az, %46,7’nin gelirinin gidere denk, %13,3’ünün gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların gelir gider durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Hastaların sağlık güvence durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların %100’ünün evet dediği saptanmıştır.

Tablo 3. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen doğum ile ilgili risk faktörlerinin dağılımı

Doğum İle İlgili Risk Faktörleri	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Doğum Şekli							p= 0,109
vajinal	10	66,7	11	73,3	21	70,0	
sezaryen	0	0	1	6,7	1	3,3	
her ikisi	1	6,7	3	20,0	4	13,3	
doğum yapmamış	4	26,7	0	0	4	13,3	
Doğum Sayısı							p= 0,114
hiç	4	26,7	0	0	4	13,3	
bir	1	6,7	1	6,7	2	6,7	
iki	7	46,7	11	73,3	18	60,0	
üç	2	13,3	0	0	2	6,7	
dört	1	6,7	1	6,7	2	6,7	
beş ve üzeri	0	0	2	13,3	2	6,7	
Epizyotomi							p= 0 ,099
evet	6	40,0	8	53,3	14	46,7	
hayır	5	33,3	7	46,7	12	40,0	
doğum yapmamış	4	26,7	0	0	4	13,3	
Vakum-Forseps							p= 0 ,097
evet	1	6,7	1	6,7	2	6,7	
hayır	10	66,7	14	93,3	24	80,0	
doğum yapmamış	4	26,7	0	0	4	13,3	
İri Bebek Doğumu							p= 0 ,080
evet	3	20,0	6	40,0	9	30,0	
hayır	8	53,3	9	60,0	17	56,7	
doğum yapmamış	4	26,7	0	0	4	13,3	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Ki-kare testi

Tablo 3, 4, 5’de PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen faktörlerin dağılımı incelenmiştir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların yaşları, doğum şekli, doğum sayısı, epizyotomi uygulanması, vakum-forseps kullanılması, iri bebek doğumu, menopoz durumları, menopoz süreleri, HRT kullanımı, POP durumları, sigara içme, kafeinli içecek tüketme, alkol tüketme ve kronik konstipasyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Vücut kitle indeksi bakımından ise iki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen sigara, kafeinli içecek, alkol kullanımı ile ilgili risk faktörlerinin dağılımı

Sigara, Kafeinli İçecek, Alkol Kullanımı İle İlgili Risk Faktörleri	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Sigara Kullanımı							p= 0,309
evet	1	6,7	0	0	1	3,3	
hayır	14	93,3	15	100,0	29	96,7	
Kafeinli İçecek Tüketimi							p= 0,256
evet	11	73,3	8	53,3	19	63,3	
hayır	4	26,7	7	46,7	11	36,7	
Alkol Kullanımı							p= 0,309
evet	1	6,7	0	0	1	3,3	
hayır	14	93,3	15	100,0	29	96,7	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Ki-kare testi

Tablo 5. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen diğer risk faktörlerinin dağılımı

Diğer Risk Faktörleri	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							p= 0,438
40-49	5	33,3	8	53,3	13	43,3	
50-59	7	46,7	5	33,4	12	40,0	
60-69	3	20,0	2	13,3	5	16,7	
Menopoz							p= 0 ,690
evet	11	73,3	10	66,7	21	70,0	
hayır	4	26,7	5	33,3	9	30,0	
Menopoz Süresi (yıl)							p= 0,086
sıfır	4	26,7	5	33,3	9	30,0	
bir	0	0	3	20,0	3	10,0	
üç	0	0	2	13,3	2	6,7	
dört	0	0	1	6,7	1	3,3	
beş	0	0	2	13,3	2	6,7	
yedi	4	26,7	0	0	4	13,3	
sekiz	1	6,7	1	6,7	2	6,7	
dokuz	1	6,7	0	0	1	3,3	
on	2	13,3	0	0	2	6,7	
on dört	1	6,7	0	0	1	3,3	
on beş	1	6,7	0	0	1	3,3	
yirmi	0	0	1	6,7	1	3,3	
yirmi sekiz	1	6,7	0	0	1	3,3	
HRTKullamı							
hayır	15	100,0	15	100,0	30	100,0	
POP							p= 0,309
evet	1	6,7	0	0	1	3,3	
hayır	14	93,3	15	100,0	29	96,7	
Kronik Konstipasyon							p= 0,273
evet	9	60,0	6	40,0	15	50,0	
hayır	6	40,0	9	60,0	15	50,0	
VKİ							*p= 0,000
normal	2	13,3	15	100,0	17	56,7	
hafif şişman	4	26,7	0	0	4	13,3	
obez	7	46,7	0	0	7	23,3	
ileri obez	2	13,3	0	0	2	6,7	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi; **HRT:** Hormon replasman tedavisi; **POP:** Pelvik organ prolapsusu; **VKİ:** Vücut kitle indeksi.

Ki-kare testi

Tablo 6. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansına ilişkin özelliklerinin dağılımı

İdrar İnkontinansına İlişkin Özellikler	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
İdrar İnkontinans Sıklığı							p= 0,209
günde bir	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
günde birden fazla	9	60,0	7	46,7	16	53,3	
haftada bir	0	0	2	13,3	2	6,7	
haftada birden fazla	5	33,3	2	13,3	7	23,3	
ayda birkaç kez	0	0	2	13,3	2	6,7	
Koruyucu Materyal Kullanımı							
evet	15	100,0	15	100,0	30	100,0	
Koruyucu Materyal Türü							*p= 0,031
bez	6	40,0	1	6,7	7	23,3	
ped	9	60,0	14	93,3	23	76,7	
İdrar Kaçırma Yılı							p= 0,136
bir	5	33,3	8	53,3	13	43,3	
iki	1	6,7	5	33,3	6	20,0	
üç	2	13,3	0	0	2	6,7	
dört	3	20,0	0	0	3	10,0	
beş	1	6,7	1	6,7	2	6,7	
altı	1	6,7	0	0	1	3,3	
yedi	1	6,7	0	0	1	3,3	
onbeş	1	6,7	0	0	1	3,3	
yirmi	0	0	1	6,7	1	3,3	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Ki-kare testi

Araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların idrar inkontinansına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 6’da görülmektedir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların idrar inkontinans sıklığı, koruyucu materyal kullanımı, idrar kaçırma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Koruyucu materyal türü bakımından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$)

Tablo 7. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki kas gücü ölçüm değerlerinin dağılımı

Kas Gücü	PTKE Grubu		Vajinal Kon + PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Başlangıç Görüşmesi Kas Gücü							p= 0,113
3/5	8	53,3	5	33,3	13	43,3	
4/5	5	33,3	10	66,7	15	50,0	
HİG	2	13,3	0	0	2	6,7	
6. Ay Görüşmesi Kas Gücü							p= 0,416
3/5	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
4/5	2	13,3	1	6,7	3	10,0	
5/5	10	66,7	12	80,0	22	73,3	
HİG	2	13,3	0	0	2	6,7	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi; **HİG:** Hiç ilişkiye girmemiş.
Ki-kare testi

Tablo 7’de PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki kas gücü ölçüm değerlerinin dağılımı incelenmiştir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi kas gücü, 6. ay görüşmesi kas gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 8. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı

Mesane Günlüğü (3 Günlük)	PTKE Grubu		Vajinal Kon+ PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Başlangıç 1.Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							*p= 0,027
birkaç damla ise	5	33,3	13	86,7	18	60,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	8	53,3	2	53,3	10	33,3	
dış giysinize geçtiyse	1	6,7	0	0	1	3,3	
idrar kaçırma yok	1	6,7	0	0	1	3,3	
Başlangıç 1. Gün Bez Değiştirme							p= 0,309
var	14	93,3	15	100,0	29	96,7	
yok	1	6,7	0	0	1	3,3	
Başlangıç 2. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							*p= 0,004
birkaç damla ise	5	33,3	10	66,7	15	50,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	8	53,3	0	0	8	26,7	
dış giysinize geçtiyse	1	6,7	0	0	1	3,3	
idrar kaçırma yok	1	6,7	5	33,3	6	20,0	
Başlangıç 2. Gün Bez Değiştirme							p= 0,068
var	14	93,3	10	66,7	24	80,0	
yok	1	6,7	5	33,3	6	20,0	
Başlangıç 3. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,099
birkaç damla ise	5	33,3	7	46,7	12	40,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	8	53,3	3	20,0	11	36,7	
dış giysinize geçtiyse	1	6,7	0	0	1	3,3	
idrar kaçırma yok	1	6,	5	33,3	6	20,0	
Başlangıç 3. Gün Bez Değiştirme							p= 0,068
var	14	93,3	10	66,7	24	80,0	
yok	1	6,7	5	33,3	6	20,0	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.

Ki-kare testi

Tablo 9. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı

Mesane Günlüğü (3 Günlük)	PTKE Grubu		Vajinal Kon+ PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
3. Ay 1. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,097
birkaç damla ise	5	33,3	8	53,3	13	43,3	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	6	40,0	1	6,7	7	23,3	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrara kaçırma yok	4	26,7	6	40,0	10	33,3	
3. Ay 1. Gün Bez Değiştirme							p= 0,439
var	11	73,3	9	60,0	20	66,7	
yok	4	26,7	6	40,0	10	33,3	
3. Ay 2. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,054
birkaç damla ise	6	40,0	6	40,0	12	53,3	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	6	40,0	1	6,7	7	23,3	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrara kaçırma yok	3	20,0	8	53,3	11	36,7	
3. Ay 2. Gün Bez Değiştirme							p= 0,058
var	12	80,0	7	46,7	19	63,3	
yok	3	20,0	8	53,3	11	36,7	
3. Ay 3. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,098
birkaç damla ise	4	26,7	5	33,3	9	30,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	4	26,7	0	0	4	13,3	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrara kaçırma yok	7	46,7	10	66,7	17	56,7	
3. Ay 3. Gün Bez Değiştirme							p= 0,269
var	8	53,3	5	33,3	13	43,3	
yok	7	46,7	10	66,7	17	56,7	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.

Ki-kare testi

Tablo 10. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı

Mesane Günlüğü (3 Günlük)	PTKE Grubu		Vajinal Kon+ PTKE Grubu		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
6. Ay 1. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,305
birkaç damla ise	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	2	13,3	0	0	2	6,7	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrar kaçırma yok	12	80,0	13	86,7	25	83,3	
6. Ay 1. Gün Bez Değiştirme							p= 0,624
var	3	20,0	2	13,3	5	16,7	
yok	12	80,0	13	86,7	25	83,3	
6. Ay 2. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,050
birkaç damla ise	0	0	3	20,0	3	10,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	3	20,0	0	0	3	10,0	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrar kaçırma yok	12	80,0	12	80,0	24	80,0	
6. Ay 2. Gün Bez Değiştirme							p= 1,000
var	3	20,0	3	20,0	6	20,0	
yok	12	80,0	12	80,0	24	80,0	
6. Ay 3. Gün İdrar Kaçırma Şikayeti							p= 0,305
birkaç damla ise	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise	2	13,	0	0	2	6,7	
dış giysinize geçtiyse	-	-	-	-	-	-	
idrar kaçırma yok	12	80,0	13	86,7	25	83,3	
6. Ay 3. Gün Bez Değiştirme							p= 0,624
var	3	20,0	2	13,3	5	16,7	
yok	12	80,0	13	86,7	25	83,3	
Toplam	15	100,0	15	100,0	30	100,0	

PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.

Ki-kare testi

Tablo 8, 9, 10'da PTKKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı incelenmiştir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi 3. gün idrar kaçırma şikayeti ve 1, 2, 3. gün bez değiştirme durumları, 3. ay görüşmesi 1, 2, 3. gün idrar kaçırma şikayeti ve bez değiştirme durumları, 6. ay görüşmesi 1, 2, 3. gün idrar kaçırma şikayeti ve bez değiştirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Başlangıç görüşmesi 1, 2. gün idrar kaçırma şikayeti bakımından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların mesane günlüğünden (3 günlük) idrar kaçırma anında ne iş yaptıkları incelendiğinde hastaların yemek hazırlarken (2/15), yemek yerken (7/15), temizlik yaparken (8/15), bulaşık yıkarken (5/15), yatarken (13/15), yataktan kalkarken (1/15), otururken/televizyon seyredirken (10/15), misafirlikte (5/15), çarşıda yürürken (9/15), öksürürken (4/15) idrar kaçırdıkları tespit edilmiştir.

Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların mesane günlüğünden (3 günlük) idrar kaçırma anında ne iş yaptıkları incelendiğinde hastaların yemek hazırlarken (4/15), yemek yerken (7/15), temizlik yaparken (4/15), bulaşık yıkarken (8/15), yatarken (8/15), yataktan kalkarken (2/15), otururken/televizyon seyredirken (5/15), misafirlikte (9/15), çarşıda yürürken (3/15), öksürürken (4/15) idrar kaçırdıkları tespit edilmiştir.

Pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların mesane günlüğünden (3 günlük) alınan sıvının cinsi ve miktarı incelendiğinde hastaların su (15/15), çay (15/15), ayran (12/15), meyva suyu (9/15), süt (9/15), kahve (5/15), ıhlamur (1/15), kola (1/15) tükettikleri ve günlük en az 1200cc, en çok 2900 cc sıvı aldıkları tespit edilmiştir. Tuvalete yapılan idrar miktarı incelendiğinde ise hastaların günlük en az 1200cc, en çok 3200cc idrar yaptıkları tespit edilmiştir.

Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların mesane günlüğünden (3 günlük) alınan sıvının cinsi ve miktarı incelendiğinde hastaların su (15/15), çay (15/15), ayran (12/15), meyva suyu (8/15), süt (4/15), kahve (10/15), ıhlamur (5/15), kola (1/15) tükettikleri ve günlük en az 1100cc, en çok 2800cc sıvı aldıkları tespit edilmiştir. Tuvalete yapılan idrar miktarı incelendiğinde ise hastaların günlük en az 1000cc, en çok 2800cc idrar yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 11. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersiz grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı

I-QOL Alt Boyutları ve Toplam	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
Başlangıç Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyutu	62,5000	32,50- 97,50	67,5000	42,50- 90,00
p=0,724				
Başlangıç Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu	80,0000	44,40-97,70	82,2000	51,10-97,70
p=0,934				
Başlangıç Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	64,0000	28,00-96,00	72,0000	40,00-96,00
p=0,852				
Başlangıç Toplam	187,7200	114,72-264,72	197,2700	121,45-249,09
p=0,756				

I-QOL: Incontinence quality of life- İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği; PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Tablo 12. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı

I-QOL Alt Boyutları ve Toplam	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
3. Ay Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyutu	82,5000	42,50- 100,00	80,0000	47,50- 100,00
p=0,983				
3. Ay Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu	91,1000	60,00- 100,00	91,1000	51,10- 100,00
p=0,723				
3. Ay Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	80,0000	44,00- 100,00	80,0000	44,00- 100,00
p=0,851				
3. Ay Toplam	232,8180	133,18- 272,72	226,0000	129,64- 272,72
p=0,852				

I-QOL: Incontinence quality of life- İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği; PTKE: Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Tablo 13. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı

I-QOL Alt Boyutları ve Toplam	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
6. Ay Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyutu	95,0000	37,50- 100,00	95,0000	52,50- 100,00
p=0,815				
6. Ay Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu	100,0000	55,50- 100,00	100,0000	57,70- 100,00
p=0,199				
6. Ay Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	100,0000	40,00- 40,00	100,0000	44,00-100,00
p=0,526				
6. Ay Toplam	264,0900	122,90-272,72	268,1800	140,18-272,72
p=0,390				

I-QOL: Incontinence quality of life- İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi. Mann whitney u testi

Araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı Tablo 11, 12, 13'te görülmektedir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki davranışların sınırlandırılması alt boyutu puanı, psikososyal etkilenme alt boyutu puanı, sosyal izolasyon alt boyutu puanı ve I-QOL toplam puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 14. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki BDI puan durumlarının dağılımı

BDI	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
Başlangıç BDI	9,0000	00- 30,00	1,0000	00- 12,00
*p=0,049				
3. Ay BDI	6,0000	00- 25,00	1,0000	00- 12,00
p=0,055				
6. Ay BDI	4,0000	00- 21,00	0000	00- 13,00
p=0,245				

BDI: Beck depresyon inventory- Beck depresyon ölçeği; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki BDI puan durumlarının dağılımı Tablo 14’te görülmektedir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi BDI puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki BDI puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 15. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı

SF-36 Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
Başlangıç Fiziksel Fonksiyon	70,0000	00- 100,00	95,0000	20,00- 100,00
p=0,118				
Başlangıç Fiziksel Rol	75,0000	00- 100,00	100,0000	00- 100,00
p= 0,092				
Başlangıç Vücut Ağrısı	72,0000	10,00-100,00	84,0000	22,00-100,00
p= 0,118				
Başlangıç Genel Sağlık	50,0000	35,00-72,00	52,0000	30,00-67,00
p= 0,646				
Başlangıç Enerji	55,0000	10,00-90,00	50,0000	20,00-80,00
p= 0,884				
Başlangıç Sosyal Fonksiyon	100,0000	12,50-100,00	87,5000	50,00-100,00
p= 0,683				
Başlangıç Emosyonel Rol	100,0000	00-100,00	100,0000	00-100,00
p= 0,284				
Başlangıç Mental Sağlık	68,0000	16,00-84,00	60,0000	32,00-88,00
p= 0,983				
Başlangıç Fiziksel Boyut	45,5000	21,60-56,00	53,9000	26,40-64,10
p= 0,068				
Başlangıç Mental Boyut	48,8000	23,00-58,40	46,2000	22,60-62,60
p= 0,819				

SF 36: The mos 36 item short form health survey- Yaşam kalitesi ölçeği; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi. Mann whitney u testi

Tablo 16. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı

SF-36 Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
3. Ay Fiziksel Fonksiyon	70,0000	00-100,00	95,0000	35,00-100,00
p= 0,195				
3. Ay Fiziksel Rol	100,0000	00-100,00	100,0000	00-100,00
p= 0,354				
3. Ay Vücut Ağrısı	74,0000	21,00-100,00	84,0000	10,00-100,00
p= 0,220				
3. Ay Genel Sağlık	55,0000	30,00-77,00	57,0000	30,00-72,00
p= 0,738				
3. Ay Enerji	55,0000	10,00-85,00	55,0000	20,00-80,00
p= 0,786				
3. Ay Sosyal Fonksiyon	100,0000	37,50-100,00	100,0000	37,50-100,00
p= 0,800				
3. ay Emosyonel Rol	100,0000	00-100,00	100,0000	00-100,00
p= 0,314				
3. Ay Mental Sağlık	72,0000	28,00-88,00	68,0000	20,00-88,00
p= 0,967				
3. ay Fiziksel Boyut	47,4000	21,40-55,10	53,4000	27,40-61,60
p= 0,110				
3. ay Mental Boyut	49,3000	34,00-57,50	49,9000	22,30-62,60
p= 0,901				

SF 36: The mos 36 item short form health survey- Yaşam kalitesi ölçeği; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi. Mann whitney u testi

Tablo 17. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı

SF-36 Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
6. Ay Fiziksel Fonksiyon	75,0000	5,00-100,00	100,0000	35,00-100,00
*p=0,044				
6. Ay Fiziksel Rol	100,0000	00-100,00	100,0000	00-100,00
p= 0,354				
6. Ay Vücut Ağrısı	74,0000	22,00-100,00	100,0000	10,00-100,00
p= 0,072				
6. Ay Genel Sağlık	57,0000	35,00-77,00	57,0000	30,00-72,00
p=1,000				
6. Ay Enerji	60,0000	10,00-90,00	60,0000	10,00-85,00
p= 0,677				
6. Ay Sosyal Fonksiyon	100,0000	25,00-100,00	100,0000	25,00-100,00
p= 0,255				
6. Ay Emosyonel Rol	100,0000	00-100,00	100,0000	00-100,00
p= 0,574				
6. Ay Mental Sağlık	72,0000	24,00-92,00	76,0000	28,00-88,00
p= 0,517				
6. Ay Fiziksel Boyut	48,1000	20,60-54,60	53,5000	27,20-61,60
*p= 0,031				
6. Ay Mental Boyut	52,5000	25,70-59,10	53,2000	20,80-62,00
p= 0,648				

SF 36: The mos 36 item short form health survey- Yaşam kalitesi ölçeği; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi. Mann whitney u testi

Tablo 15, 16, 17’de araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı görülmektedir.

Pelvik taban kas grubu ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, fiziksel boyut, mental boyut ve 6. ay görüşmesi fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, mental boyut puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Pelvik taban kas grubu ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların 6. Ay görüşmesi fiziksel fonksiyon, fiziksel boyut puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 18. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı

NHP Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
	n=15		n=15	
Başlangıç Ağrı	50,0000	00- 100,00	12,5000	00- 100,00
*p= 0,039				
Başlangıç Enerji Düzeyi	33,3000	00- 100,00	0000	00- 100,00
*p= 0,018				
Başlangıç Emosyonel Reaksiyon	22,2000	00-77,70	11,1000	00-55,50
p= 0,580				
Başlangıç Fiziksel Mobilite	50,0000	00-87,50	0000	00-62,50
*p= 0,013				
Başlangıç Sosyal İzolasyon	20,0000	00-60,00	0000	00-40,00
*p= 0,017				
Başlangıç Uyku	40,0000	00-80,00	40,0000	20,00-60,00
p= 0,669				

NHP: Nottingham health profile- Nottingham sağlık profili; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Tablo 19. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı

NHP Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
3. Ay Ağrı	37,5000	00-87,50	12,5000	00-100,00
p= 0,313				
3. Ay Enerji Düzeyi	0000	00-100,00	0000	00-100,00
p= 0,249				
3. Ay Emosyonel Reaksiyon	11,1000	00-77,70	0000	00-77,70
p= 0,249				
3. Ay Fiziksel Mobilite	37,5000	00-62,50	0000	00-75,00
p= 0,084				
3. Ay Sosyal İzolasyon	20,0000	00-60,00	0000	00-60,00
p= 0,087				
3. Ay Uyku	40,0000	00-80,00	40,0000	20,00-60,00
p= 0,798				

NHP: Nottingham health profile- Nottingham sağlık profili; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Tablo 20. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı

NHP Alt Boyutları	PTKE Grubu		Vajinal Kon +PTKE Grubu	
	n=15		n=15	
	Median	Minimum-Maximum	Median	Minimum-Maximum
6. Ay Ağrı	12,5000	00-100,00	0000	00-100,00
p= 0,056				
6. Ay Enerji Düzeyi	0000	00-100,00	0000	00-100,00
p= 0,293				
6. Ay Emosyonel Reaksiyon	0000	00-44,40	0000	00-77,70
p= 0,980				
6. Ay Fiziksel Mobilite	37,5000	00-75,00	0000	00-62,50
p= 0,051				
6. Ay Sosyal İzolasyon	20,0000	00-40,00	0000	00-20,00
*p= 0,041				
6. Ay Uyku	20,0000	00-80,00	20,0000	00-60,00
p= 0,655				

NHP: Nottingham health profile- Nottingham sağlık profili; **PTKE:** Pelvik taban kas egzersizi.
Mann whitney u testi

Tablo 18, 19, 20'de araştırma kapsamına alınan PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı görülmektedir.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon, 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, emosyonel reaksiyon, uyku, 3. ay görüşmesi ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon, uyku, 6. ay görüşmesi ağrı, enerji düzeyi,

emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, uyku alt boyut puanı açısından yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

TARTIŞMA

Üriner inkontinans hayatı tehdit etmeyen, her yaştaki kadında görülebilen yaygın bir sağlık sorunudur (2,9). DSÖ bu problemi dünyada 200 milyondan fazla kişinin yaşadığını ve büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirilmiştir (4).

Kadınlar yaşadıkları Üİ sorunu sebebiyle sosyal yaşamlarını kısıtlamakta, toplumdaki kendilerini izole etmekte, günlük ev, iş aktiviteleri etkilenmekte, seyahat etmekten çekinmekte, eğitim faaliyetlerine katılamamakta ve cinsel sağlık sorunları yaşamaktadır. Tüm bu sorunlar sebebiyle Üİ'li kadınların kendilerine olan güvenleri azalmakta ve depresyona kadar gidebilen sağlık sorunları oluşabilmektedir. Ayrıca kadınlar, Üİ'nin yüksek maliyetli tedavisinden dolayı ekonomik sıkıntılar da yaşayabilmektedir (2).

Kadınlarda en yaygın görülen inkontinans tipi %60-70 oranıyla SÜİ'dir (4). Stres üriner inkontinans ICS tarafından "öksürme, hapsirme, efor ya da fiziksel egzersiz esnasında yaşanan istemsiz idrar kaybı yakınması" olarak tanımlanmıştır. Temel neden mesane ve üretrayı destekleyen pelvik taban desteğinin bozulmasıdır (37).

Üriner inkontinans tedavisinde ilaç, konservatif ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Günümüzde cerrahi tedavi yöntemlerinin maliyetlerinin yüksek olması, iş gücü kaybına sebep olması, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme ihtimalinin bulunması konservatif tedavi yöntemlerine olan ilgiyi arttırmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri kolay uygulanmakta ve maliyeti düşüktür (9).

Uzun yıllardan beri PTKE, Üİ tedavisinde kullanılmaktadır. Son yıllarda pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yönelik ağırlıklı vajinal konlar ile yapılan egzersizler üzerinde durulmaktadır. Vajinal kon etkili, ucuz ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle tercih edilmektedir (23).

Yan etki potansiyeli taşımamaları ve düşük maliyete sahip olmaları nedeni ile PTKE ve vajinal kon kullanımı SÜİ tedavisinde pelvik taban rehabilitasyon programı içinde yer almaktadır (5).

Bizim araştırmamızda SÜİ'li olgularda PTKE'nin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğretmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan vajinal kon'un etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada karşılaştığımız problemler, hastalara verdikleri telefon numaralarından ulaşılamaması, eşinin çalışmaya katılmasını istememesi, bazı hastaların Edirne'nin ilçelerinden geliyor olması, küçük çocuğu olanların çocuklarını bırakacak kimselerinin olmaması, bazı hastaların tatil için şehir dışına çıkmaları, çalışan hastaların mesai saatlerini ayarlayamamaları, bazı hastaların araştırmacı tarafından hazırlanan 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' nu imzalamak istememesi ve bazı kadınların vajinal kon kullanmayı kabul etmemesidir.

Çalışma sırasında ayrıca okuma yazma bilmeyen, mesane günlüğünü dolduramayan hastaların çalışmaya alınamaması, vajina kon'un VKİ zayıf yada normal olan ve POP olmayan hastalara uygulanabilmesi, PTKE ve vajinal kon uygulanacak hastaların pelvik taban kas gücünün $3/5$ veya $> 3/5$ olan ve ne yapacağını anlamış ve iyi motive olabilir olması gerekliliği karşılaştığımız kısıtlılıklardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde her iki gruptaki hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Güler ve Kök'ün yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi ile Üİ arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (25,40).

Çalışmamızda PTKE grubundaki hastaların %73,3'ünün evli, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %86,7'nin evli olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda iki gruptaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 1998 verilerine göre Türkiye'deki 20-49 yaş grubundaki kadınların %84.4'ü evli ve %11.5'i bekar olarak bildirilmiştir (79).

Araştırmamızda hastaların bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %13,3'ünün, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %33,3'ünün evet dediği saptanmıştır. Araştırmamızda hastaların çalışma durumlarına göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların sağlık güvence durumları incelendiğinde %100'ünün evet dediği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların %13.5'inin sağlık

güvencesinin olmadığı, %16.5'inin Bağkur, %19.7'sinin Emekli Sandığı ve %45.8'inin de SSK'lı olduğunu bulmuşlardır (25).

Üriner inkontinasın görülme sıklığı yaşla artmakla beraber sadece yaşlı popülasyonda değil, genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülebilmektedir (22). Bizim çalışmamızda kadınların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %33,3'ünün 40-49 yaş, %46,7'sinin 50-59 yaş, %20,0'sinin 60-69 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %53,3'ünün 40-49 yaş, %33,4'ünün 50-59 yaş, %13,3'ünün 60-69 yaş, grubunda olduğu belirlenmiştir. Her iki gruptaki hastaların yaş gruplarına göre dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Temml ve ark. inkontinans prevalansını 20-29 yaş grubu kadında %4.1, 30-39 yaş grubunda %10.8, 40-49 yaş grubunda %22.9, 50-59 yaş grubunda %36.9 ve 70 yaş ve üzeri kadınlarda %36 olarak bulmuşlardır (80). Güler yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre inkontinans dağılımını 15-24 yaş arası grupta %23.8, 25-34 yaş grubunda %28.1, 35-44 yaş grubunda %31.9 ve 45 yaş ve üzeri grupta %16.2 olarak tespit etmiştir. 35 yaş ve üzeri kadınlarda inkontinansın daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (25).

Vajinal doğum sezaryen doğumla kıyaslandığında, pelvik tabanda hasar oluşturduğu histolojik ve elektromiyografik olarak saptanmıştır (22). Çalışmamızda PTKE grubundaki hastaların %66,7'sinin vajinal doğum, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %73,3'ünün vajinal doğum yaptığı tespit edilmiştir. Hastaların doğum şekli açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Şentürk yapmış olduğu çalışmada olguların %90.3'ünün vajinal doğum, %3,7'sinin sezaryenle doğum yaptığını saptamıştır (34). Yapılan bir çalışmada kadınların %85.7'sinin normal doğum yaptıklarını saptamıştır (7).

Birçok çalışma doğum yapmamış kadınlara göre bir veya birkaç doğum yapmış kadınlarda idrar inkontinansı oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. İlk doğumdan sonra her bir ilave doğumda prevalansın biraz daha arttığı da bildirilmektedir (6). Çalışmamızda PTKE grubundaki hastaların %26,7'sinin hiç doğum yapmadığı, %6,7'sinin bir, %46,7'sinin iki, %13,3'nün üç, %6,7'sinin ise dört kez doğum yapmış olduğu saptanmıştır. Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %6,7'sinin bir, %73,3'nün iki, %6,7'sinin dört, %13,3'nün beş ve üzeri doğum yapmış olduğu saptanmıştır. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların doğum sayısı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Bizim araştırmamızda PTKE grubundaki hastaların %40'ına epizyotomi uygulandığı, %6.7'sine vakum-forseps uygulandığı, %20'sinin iri bebek doğumu olduğu, Vajinal

Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %53.3'üne epizyotomi uygulandığı, %6.7'sine vakum-foreseps uygulandığı, %40'ının iri bebek doğumu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında epizyotomi uygulanması, vakum forseps uygulanması ve iri bebek doğumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Güler yapmış olduğu çalışmada kadınların %50,7'sine epizyotomi açıldığı ve %24'ünde dört kilogram ve üzerinde bebek doğumu olduğunu saptanmıştır. 690 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada forsepsle doğumun, sezeryan ve spontan vajinal doğuma göre üriner inkontinans riskini arttırdığını saptamışlardır (25).

Menopoz döneminde östrojen yetmezliği sonucu, genital sistemde oluşan atrofik değişikliklerin alt üriner sistem fonksiyonunu bozduğu ileri sürülmektedir (6). Araştırmaya alınan hastalar menopoz durumu açısından incelendiğinde PTKE grubundaki hastaların %73.3'ünün menopozda, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %67.7'sinin menopozda olduğu belirlenmiştir. İki gruptaki hastaların menopoz durumları ve menopoz süresi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Literatürde östrojenin normal üriner fonksiyonun sürdürülmesinde rol oynadığı ile ilgili olumlu kanıtlar olmakla birlikte, idrar inkontinansının önlenmesi veya tedavisinde farmakolojik ajan kullanımı hakkında sınırlı bilgi bulunmaktadır (22). Çalışmamızda PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların hiçbirinin HRT almadığı belirlenmiştir. Mutlu yapmış olduğu çalışmada menopozda olan hastaların büyük çoğunluğunun HRT almadığını belirtmiştir (10).

Araştırmamızda PTKE grubundaki hastaların %93.3'ünde POP olmadığı, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %100'ünde POP olmadığı belirlenmiştir. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların POP açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda PTKE grubundaki hastaların %93.3'ünün, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %100'ünün sigara içmediği saptanmıştır. Hastaların sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Korur'da çalışmasında sigara alışkanlığı ile idrar kaçırma arasında anlamlı bir ilişki tespit edememiştir (32).

Bizim araştırmamızda PTKE grubundaki hastaların %73.3'ünün kafeinli içecek, %6.7'sinin alkol tükettiği, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %53.3'ünün kafeinli içecek tükettiği, alkol tüketiminin ise olmadığı tespit edilmiştir. Her iki gruptaki hastaların kafeinli içecek tüketimi ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda çay, kahve ve alkol tüketiminin idrar

kaçırma için risk faktörü olabileceği bildirilmiştir. Korur çalışmasında çay, kahve ve alkol tüketimi ile idrar kaçırma arasında ilişki saptayamamıştır. Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar yapılmıştır (32).

Araştırmamızda PTKKE grubundaki hastaların %60'ının ve Vajinal Kon+PTKKE grubundaki hastaların ise %40'ının kronik konstipasyonu olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Güneş ve ark. çalışmasında üriner inkontinanslı kadınların %66.1'inin kabızlık problemi yaşadığını belirtmiştir (16). Özyüncü yapmış olduğu çalışmada, hastaların %35.1 'inde kronik konstipasyona rastlamıştır (81).

Obezite, pelvik taban organlarına intraabdominal basıncı arttırdığından en çok stres inkontinansla ilişkilidir (22). Bizim çalışmamızda VKİ yönünden hastalar karşılaştırıldığında PTKKE grubundaki hastaların %13.3'ünün normal, %26.7'sinin hafif şişman, %46.7'sinin obez, %13.3'ünün ileri obez olduğu belirlenmiştir. Vajinal Kon+PTKKE grubundaki hastaların ise %100'ünün normal olduğu belirlenmiştir. PTKKE ve Vajinal Kon+PTKKE grubundaki hastaların VKİ durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Vajinal Kon uygulanacak hastaların VKİ'ne göre zayıf yada normal olması gerekmektedir buda çalışmamızın bir diğer kısıtlılığıdır. Aslan yapmış olduğu çalışmada hastaların %78'inin 3.derece obez grubunda olduğunu belirlemiştir (7). Bir çalışmada inkontinansı olan kadınların % 31.3'ünün VKİ indeksinin 25 (kg/m²) üzerinde ve %14.5'ininde VKİ indeksinin 25 (kg/m²) altında olduğu belirtilmiştir (25).

İnkontinans sıklığı olarak bakıldığında PTKKE grubundaki hastaların %6.7'sinin günde bir kez, %60'ının günde birden fazla, %33.3'ünün haftada birden fazla idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Vajinal Kon+PTKKE grubundaki hastaların ise %13.3'ünün günde bir kez, %46.7'sinin günde birden fazla, %13.3'ünün haftada bir, %13.3'ünün haftada birden fazla, %13.3'ünün de ayda birkaç kez idrar kaçırdığı belirlenmiştir. PTKKE ve Vajinal Kon+PTKKE grubundaki hastaların idrar inkontinans sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada kadınların idrar kaçırma sıklığı incelendiğinde; %45,9' unda haftada birden az, %17,4' ünde haftada iki veya üç kez, %9,9'unda günde bir kez, % 13,2' sinde günde birkaç kez ve %13,6'sında ise her zaman idrar kaçırmanın olduğunu tespit etmişlerdir (22).

Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların %100'ünün koruyucu materyal kullandığı saptanmıştır. Huang ve ark. 40-70 yaş arası kadınlarda yaptıkları çalışmada, idrar kaçıran kadınların %64'nün ped ya da emici materyal kullandığını belirlemiştir (82). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, idrar kaçıran kadınların ped kullanma oranının %28,8-%57 arasında

değiştirdiği saptanmıştır (22). Yapılan çalışmalarda, kadınların 2/3'ünün evden çıkarken koruyucu materyal kullandığı belirtilmiştir (6,22).

Pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların %33.3'ünün idrar kaçırma yılı bir, %6.7'sinin iki, %13.3'ünün üç, %20'sinin dört, %6.7'sinin beş, %6.7'sinin altı, %6.7'sinin yedi, %6.7'sinin onbeş, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların ise %53.3'ünün bir, %33.3'ünün iki, %6.7'sinin beş, %6.7'sinin yirmi yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların idrar kaçırma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Literatürde bu oran 6-15 yıldır (22).

Pelvik taban kas gücü, yapılabilen maksimum istemli kas kontraksiyonu olarak tanımlanmıştır (6). Bizim çalışmamızda pelvik kasların gücü dijital muayene ile belirlenmiştir. Başlangıç görüşmesinde PTKE grubundaki hastaların kas gücü 3/5, 4/5, Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastalarında kas gücü 3/5, 4/5 olarak saptanmıştır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. 6. ay görüşmesinde PTKE grubundaki hastaların kas gücü 3/5, 4/5, 5/5 Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların kas gücü 3/5, 4/5, 5/5 olarak saptanmıştır. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada 4 ay süreyle 37 postmenopozal kadının bir kısmına pelvik taban egzersizleri, diğerlerine de vajinal kon uygulanmış. Ped testi ve dijital palpasyonla takip edilmiş. Sonuç olarak, vajinal kon kullanımının egzersiz tedavisinden daha etkili olduğu bildirilmiştir (70). Bo ve ark. (1999) yaptıkları çalışmalarda, pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların kas gücünün, kontrol grubuna göre artma gösterdiğini bulmuşlardır (18).

Mesane günlüğü tanı amaçlı, tedavinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi için kullanılır (7). İki gruptaki hastaların başlangıç görüşmesindeki 1. ve 2. gün idrar kaçırma şikayeti bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 1. ve 2. gün birkaç damla idrar kaçırma oranının Vajinal Kon+PTKE grubunda yüksek olduğu, 1. ve 2 gün dış giysiye geçme oranının ise PTKE grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1. gün peti ıslattığı, fakat dış giysiye geçmediği oranı iki grupta eşitken, 2. gün ise PTKE grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1 gün idrar kaçırma yok oranı PTKE grubunda yüksek iken, 2. gün idrar kaçırma yok oranı ise Vajinal Kon+PTKE grubunda yüksek görülmüştür. Diğer bulgular arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada SÜİ' li 138 kadına 7 günlük mesane günlüğü uygulanmış ve 1 ay sonra tekrarlanmıştır. İlk 3 günlük sonuçlar ile son 4 günlük sonuçlar arasında fark bulunamamıştır. Bir haftalık mesane günlüğünün diürenal ve noktürenal idrar

yapma sıklığı ve inkontinans epizotlarının sayısını belirlemede güvenilir bir yöntem olduğu gösterilmiştir (83).

Bizim araştırmamızda PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç, 3. ay ve 6. ay görüşmesi IQOL davranışların sınırlandırılması alt boyutu puanı, psikososyal etkilenme alt boyutu puanı, sosyal izolasyon alt boyutu puanı, I-QOL toplam puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Sarı, yapmış olduğu çalışmada PTKE sonrası müdahale grubundaki hastaların I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yükseldiğini ve yaşam kalitesinin arttığını, kontrol grubunda ise I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının azaldığını ve yaşam kalitesinin düştüğünü saptamıştır. Yapılan bir çalışmada pelvik taban kas eğitiminin gerçek stres idrar inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel problemleri üzerine etkileri randomize kontrollü olarak karşılaştırılmıştır. PTKE yapan gruptaki kadınlarda; cinsel yaşam, sosyal yaşam ve fiziksel aktivitelerinde problem yaşama oranının istatistiksel açıdan önemli düzeyde azalma gösterdiği bulunmuştur. Başka bir çalışmada PTKE yapan grubun yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur (6).

Araştırmamızda başlangıç görüşmesi BDI puanı açısından iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. PTKE grubunun puanın (depresyon düzeyininin) daha yüksek olduğu görülürken, Vajinal Kon+PTKE grubunun puanın ise (depresyon düzeyininin) daha düşük olduğu görülmüştür. 3. ay ve 6. ay görüşmesi BDI puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. İ ile major depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada inkontinanslı kadınlarda major depresyon prevalans oranının inkontinans şiddeti ve inkontinans tipi ile farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir. İnkontinanslı major depresyonu olan kadınlarda yaşam kaliteleri ve fonksiyonel durumlarının anlamlı şekilde azaldığını da saptamışlardır. Güler'in belirttiği üzere, Ateşkan ve ark. alışmalarında İ mevcut kişilerde utanma hissinden, sosyal izolasyona, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin kadınlar arasında %61.8 iken, erkeklerde %72.7 olduğu tespit etmişlerdir, oran erkeklerde, kadınlara nazaran belirgin şekilde yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (25).

Yaptığımız çalışmada, her iki grubun hastalarının 6. ay görüşmesi SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutu puanı ve fiziksel boyut puanı açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Vajinal Kon+PTKE grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel boyut puanının (yaşam kalitesinin) yüksek olduğu görülmüştür. Araki ve ark. 20-64 yaş arası 3734 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada %16,7'sinde üriner inkontinans ve en sık %73 oranında stres üriner inkontinansın olduğunu tespit etmişlerdir. alışmalarında riner inkontinanslı

kadınları SF-36 ile yaşam kalitesini incelediklerinde tüm alt skorların sağlıklı olgulara göre anlamlı şekilde düşük olduğunu bulmuşlardır. Yaş gruplarına göre yaşam kalitelerini değerlendirdiklerinde 25-29 yaş grubunda fiziksel komponentlerin, 55-59 yaş grubunda mental komponentlerin anlamlı şekilde düşük olduğunu tespit etmişlerdir (84).

İki gruptaki hastaların arasında başlangıç görüşmesi, NHP ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut puanı ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanı açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Vajinal Kon+PTKE grubunun başlangıç görüşmesi, ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut puanının ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanının düşük olduğu (sağlık profilinin yükseldiği) görülmüştür. Papanicolaou ve ark. üriner inkontinanslı 1573 kadın üzerinde çalışmalarında fiziksel ve sosyal aktivitelerinin negatif yönde etkilendiğini ve bu parametrelerin inkontinans şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığını tespit etmişlerdir (85). Yapılan bir çalışma UI'lı kadınların %40.4'ünde anksiyete ve sinirlilik, %17'sinde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, %11.1'inde genel sağlıklarının olumsuz yönünde etkilediğini ve %2.8'inin de çalışma performanslarının ve sosyal ilişkilerinin azaldığını tespit etmiştir (25).

SONUÇLAR

Stres üriner inkontinanslı olgularda pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğretmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

Birinci ayının sonunda vajinal kon kullanan gruptaki 5 hastanın beşinci ve son ağırlık olan 70.0 gr'lık ağırlığa geçtiği, 5 hastanın 57.5 gr'lık ağırlığa geçtiği, 2 hastanın 45.0 gr'lık ağırlığa geçtiği, 1 hastanın 32.5 gr'lık ağırlığa geçtiği, 2 hastanında 20.0 gr'lık ağırlıkta kaldığı görülmüştür.

Pelvik tabankas egzersizi ve Vajinal Kon + PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi kas gücü, 6. ay görüşmesi kas gücü arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumları açısından, başlangıç görüşmesi 1, 2. gün idrar kaçırma şikayeti bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). PTKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 1. ve 2. gün birkaç damla idrar kaçırma oranının Vajinal Kon+PTKE grubunda yüksek olduğu, 1. ve 2 gün dış giysiye geçme oranının ise PTKE grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1. gün peti ıslattığı, fakat dış giysiye geçmediği oranı iki grupta eşitken, 2. gün ise PTKE grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1 gün idrar kaçırma yok oranı PTKE grubunda yüksek iken, 2. gün idrar kaçırma yok oranı ise Vajinal Kon+PTKE grubunda yüksek görülmüştür. Başlangıç görüşmesi 3. gün idrar kaçırma şikayeti ve 1, 2, 3. gün bez değiştirme durumları, 3. ay görüşmesi, 6. ay görüşmesi 1, 2, 3. gün idrar kaçırma şikayeti ve bez değiştirme durumları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki davranışların sınırlandırılması alt boyutu puanı, psikososyal etkilenme alt boyutu puanı, sosyal izolasyon alt boyutu puanı ve I-QOL toplam puanı açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan PTKKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi beck depresyon ölçeği puanı açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). PTKKE grubunun puanın (depresyon düzeyininin) daha yüksek olduğu görülürken, Vajinal Kon+PTKE grubunun puanın ise (depresyon düzeyininin) daha düşük olduğu görülmüştür. 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki beck depresyon ölçeği puanı açısından ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan PTKKE ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki SF-36 alt boyut puan durumları açısından, başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, fiziksel boyut, mental boyut ve 6. ay görüşmesi fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, mental boyut puanı açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p > 0,05$), 6. Ay görüşmesi fiziksel fonksiyon, fiziksel boyut puanı açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). PTKKE grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel boyut puanının (yaşam kalitesinin) düşük olduğu görülürken, Vajinal Kon+PTKE grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel boyut puanının ise (yaşam kalitesinin) yüksek olduğu görülmüştür.

Pelvik taban kas egzersizi ve Vajinal Kon+PTKE grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki NHP alt boyut puan durumları açısından, başlangıç görüşmesi, emosyonel reaksiyon, uyku, 3. ay görüşmesi ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon, uyku, 6. ay görüşmesi ağrı, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, uyku alt boyut puanı açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p > 0,05$), başlangıç görüşmesi, ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut puanı ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). PTKKE grubunun başlangıç görüşmesi, ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut puanının ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanının yüksek olduğu (sağlık profilinin düştüğü) görülürken, Vajinal Kon+PTKE grubunun ise başlangıç görüşmesi, ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut puanının ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut puanının ise düşük olduğu (sağlık profilinin yükseldiği) görülmüştür.

Sonuç olarak, SÜİ' li olgularda PTKE'lerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkin olduğu bulunmuştur.

ÖZET

Stres üriner inkontinanslı olgularda pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğretmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan vajinal kon'un etkinliğini değerlendirmek amacıyla klinik tipte, prospektif olarak planlanan bir araştırmadır.

Araştırma Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Polikliniğinde Nisan 2011 / Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklemini stres üriner inkontinans tanısı almış, 40 yaş ve üzeri, iletişim kurulabilir, vajinal kon uygulanacak hastalarda pelvik organ prolapsusu olmayan, vücut kitle indeksi'ne göre zayıf yada normal olan, gönüllü 30 kadın hasta oluşturmuştur. (Pelvik taban kas egzersizi uygulanan:15 kişi, Vajinal kon + pelvik taban kas egzersizi uygulanan: 15 kişi)

Başlangıç görüşmesinde tüm hastalara Hasta Bilgi Formu ayrıca başlangıç, 3.ay ve 6.ay görüşmelerinde Mesane Günlüğü, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Nottingham Sağlık Profili uygulanmıştır. Başlangıç ve 6.ay görüşmesinde tüm hastalara digital palpasyon ile kas gücü ölçümünde yapılmıştır.

Başlangıç görüşmesi, 1. ve 2. gün birkaç damla idrar kaçırma oranının vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubunda yüksek olduğu, 1. ve 2 gün dış giysiye geçme oranının ise pelvik taban kas egzersizi grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1. gün peti ıslattığı, fakat dış giysiye geçmediği oranı iki grupta eşitken, 2. gün ise pelvik taban kas egzersizi grubunda yüksek olduğu görülmüştür. 1. gün idrar kaçırma yok oranı pelvik taban kas egzersizi

grubunda yüksek iken, 2. gün idrar kaçırma yok oranı ise vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubunda yüksek görülmüştür. Vajinal kon+ pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi beck depresyon düzeyininin düşük olduğu, 6. ay görüşmesi SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutu ve fiziksel boyut yaşam kalitesinin yüksek olduğu, başlangıç görüşmesi, Nottingham Sağlık Profili ağrı, enerji düzeyi, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon alt boyut ve 6. ay görüşmesi sosyal izolasyon alt boyut sağlık profilinin yükseldiği görülmüştür.

Sonuç olarak, stres üriner inkontinanslı olgularda pelvik taban kas egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkin olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Stres üriner inkontinans, Pelvik taban kas egzersizleri, Vajinal kon

THE EFFECT OF VAGINAL CONE WITH PELVIC FLOOR EXERCISES IN CASES WITH STRESS INCONTINENCE

SUMMARY

This is a prospectively planned clinical research for evaluating the effectiveness of pelvic base muscle exercises in stress urinary incontinence phenomenons and for evaluating the effectiveness of the vaginal cone applied in order to both teach the exercise and to increase muscle strength in addition to these exercises.

The Research was performed at Physical Therapy and Rehabilitation Department Polyclinic of Health Research and Practice Center of Trakya University between April 2011 and May 2012.

Sample group of the research consisted of 30 communicable thin or normal (according to BMI) voluntary female patients at 40 years old or over, who were diagnosed with stress urinary incontinence, and who did not have pelvic organ prolepsis at those that would be applied vaginal cones. (Pelvic base muscle exercise applied: 15 persons, Vaginal cone + pelvic base muscle exercise applied: 15 persons)

At the initial interview, all patients were given a Patient Information Form, also at the initial, 3rd month and 6th month interviews all patients were subjected to a Bladder Diary, Incontinence Life Quality Scale, Beck Depression Scale, SF 36 Life Quality Scale, and Nottingham Health Profile. At the initial and 6th month interviews, all patients were measured for their muscle strength by digital palpation.

It was seen on the initial interview's 1st and 2nd days that a few drops of urinary incontinence ratio was high in vaginal cone + pelvic base muscle exercise group, and transition to outer clothing on the 1st and 2 days was high in pelvic base muscle exercise group. On the 1st day, the ratio of wetting the pad but not passing to the outer cloth was equal in both groups, and on the 2nd day, it was high in pelvic base muscle exercise group. On the 1st day, the ratio of "no incontinence" was high in pelvic base muscle exercise group, and on the 2nd day, it was high in vaginal cone + pelvic base muscle exercise group. Cone + pelvic base muscle exercise group patients had a low initial interview Beck depression level, had a high 6th month interview SF-36 physical function sub-dimension and physical dimension life quality, and had an increase in initial interview Nottingham Health Profile pain, energy level, physical mobility, social insulation sub-dimension and 6th month interview social insulation sub-dimension health profile.

As a result, vaginal cone has been found to be effective when applied as an addition to pelvic base muscle exercises in stress urinary incontinence phenomenons.

Keywords: Stress urinary incontinence, Pelvic base muscle exercises, Vaginal cone

KAYNAKLAR

1. Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F. Kadınlarda stres üriner inkontinans ve konservatif tedavi yaklaşımları. FTR Bil Der J PMR Sci 2009;12:42-50.
2. Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SÜİ) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
3. Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review. Maturitas 2010;5428:7.
4. Dinç A, Beji NK. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. İÜFN Hem Derg 2008;16(62):143-149.
5. Aksaç B, Akı S, Karan A, Eskiurt N, Yalçın Ö, Işıkoğlu M. Stres üriner inkontinans rehabilitasyonunda biofeedback ve pelvik taban kas egzersizlerinin kısa dönem etkinliği. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2002;48(5):18-23.
6. Sarı D. Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
7. Aslan E. Stres İnkontinasta Ped Testin Önemi Ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
8. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın Ö, Eskiurt N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. Geriatri 2000; 3(3):102-106.
9. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinasta konservatif tedavi metotları. Fırat Sağ Hiz Derg 2010;5(13):1-14.
10. Mutlu S. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Anamnez İle Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

11. Kashanian M, Ali SS, Nazemi M, Bahasadri S. Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on urinary incontinence in women: a randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;159:218–223.
12. Schomidbauer J, Tamml C, Schatzl G, Haidinger G, Madersbacher S. Risk factors for urinary incontinence in both sexes. Analysis of a health-screening project. *Eur Urol* 2001; 39(5):565-70.
13. Press JZ, Klein Mc, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. Does cesarean section reduce post partum urinary incontinence? A systematic review. *Birth* 2007;34(3):228-37.
14. Tsai YC, Liu CH. The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: An experimental study. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1181-1186.
15. Sezginsoy S. Mesane Boynu Hareketliliği ve Stres Üriner İnkontinansa Vajinal Doğumun Etkisi (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
16. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merk Derg* 2000;7(1):54-57.
17. Çiftci Ö. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
18. Bo K, Talseth T, Home I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999;318:487-493.
19. Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J* 2004;15:76-84.
20. Sampsel C.M. Behavioral interventions in young and middle-age women. *AJN, March Supplement* 2003; 9-18.
21. Akçetin Z. Kadın stres üriner inkontinansının vajinal konularla tedavisi: Klinik ve ürodinamik bir çalışma. *Türk Urol Derg* 1996;22(4):399-404.
22. İlgin S. Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Biyofeedback ile Yapılan Pelvik Taban Kas Egzersizinin İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

23. Yüce T. Aşırı Aktif Mesane Sendromu Tedavisinde Antikolinergikler ile Ağırlıklı Vajinal Koniler ile Yaptırılan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Etkisinin Karşılaştırılması (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
24. Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işleme fizyolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51 (Özel Ek A):A16-A18.
25. Güler TC. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
26. Pirinççi N. Kadın Stres Üriner İnkontinansında Periüretal Rulo Mesh ile Modifiye Raz Operasyonu (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
27. Hoşcan MB. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Ekstrakorporeal Manyetik İnnervasyon (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2005.
28. Dural S. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Tension Free Vaginal Tape Ameliyatının Kısa Dönem Sonuçlarının Burch Ameliyatı Sonuçlarıyla Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2005.
29. Keane DP, Sullivan SO. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 2000; 14(2):207-226.
30. Aksoy HE. Stres İnkontinans Tedavisinde Transobturator Tape Uygulaması ve Kısa Dönem Sonuçları (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
31. Çopur H. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Transobturator Askı Girişimi Sonuçları: İki Yıllık Takipli Klinik ve Yaşam Kalitesi Analizi (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
32. Korur A. Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
33. Hazar HU. Üriner İnkontinansı Olan Romatoid Artritli Kadınlarda Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
34. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. Van Tıp Derg 2010;17(1):7-11.
35. Yayıcı M. Üriner inkontinans. Dirim Tıp Gazetesi 2010;85:1(1-7).
36. Balcı O, Çapar M. Pelvik taban yetmezliğinin epidemiyolojisi, fizyolojisi ve etyolojisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):5-10.

37. Zengin N. Kadınlarda idrar kaçıırma prevalansı ve risk faktörleri. Fırat Sağ Hiz Derg 2010;5(13):45-60.
38. Ege E, Akın B, Koçoğlu D, Arıöz A. Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşıyan kadınlarda yaşıam kalitesi. Hemşire Araşı Gelişı Derg 2007;2:46-56.
39. Kulaksızozoğlu IB, Karan A. Ürojinekolojik rehabilitasyonda psikiyatrik sorunlar ve yaşıam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):68-72.
40. Kök G. Gata Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başıvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görölme Sıklığı ve Sosyal Yaşıama Etkisinin İncelenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
41. Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başıa çıkma yollarının incelenmesi. U İnsan Bil Derg 2009;6(1):177-187.
42. Alan C, Koçoğlu H, Ersay AR, Alan H, Ertung Y, Kurt HA. Stress tip idrar kaçıırmanın cinsel işlevler, sosyal durum ve yaşıam kalitesi üzerine etkisi. Yeni Urol Derg 2009; 5 (3):123-131.
43. Bektaş HA. Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Yaşıyan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
44. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:487-493.
45. Özdemir S, Çelebi İ, Nurullohoğlu N, Ark HC. Ürojinekoloji kliniğimize başıvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı. Genel Tıp Derg 2006;16(2):49-52.
46. Kocagoz S, Eroğlu K. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hemşire Araşı Derg 2002;4(1):29-39.
47. Kemahlı E. İnkontinanslı Kadın Hastalarda Hasta Hikayesi, Klinik Muayene Bulguları ve Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araşıtırma Hastanesi; 2008.
48. Koçak T. Üriner inkontinans ve inkontinans tipleri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):11-18.
49. Eskiuyurt N. Ürojinekolojik rehabilitasyona genel bakışı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):43-45.
50. Beji NK. Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi. Beji KN (Editör). Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşıımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2002. s.84-75.
51. Aşıkar N. Ürojinekolojide spesifik tanı yöntemleri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):26-31.

52. Özbaş A. Yaşlılarda idrar kaçırma ve hemşirelik bakımı. Fındık YÜ, Erol Ö (Editörler). Geratrik hasta ve hemşirelik bakımı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010. s.191-176.
53. Yalçın Ö, Güngör F. Ürojinekoloji’de hasta değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):19-23.
54. Yalçın ÖT, Hassa H, Özalp S, Yıldırım A. Üriner inkontinansı olan hastaların iki basamaklı ürojinekolojik protokol ile değerlendirilmesi. T Klin Jineköl Obst 1996;6:245-250.
55. Güler TC, Yağcı N. Kadın üriner inkontinansı ve fizyoterapi yaklaşımları. DPÜ Fen Bil Ens Derg 2006;(11):205-218.
56. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. SDÜ Tıp Fak Derg 2009;16(3):35-40.
57. Eskiuyurt N, Karan A. Pelvik taban yetmezliğinde profilaksi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):46-51.
58. Karan A. Üriner inkontinanstaki aktif ve pasif yöntemler dışındaki konservatif tedavi yöntemleri. Üriner İnkontinans Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım Kursu Kitabı s.67-62, İstanbul, 2010.
59. Yalçın Ö, Erkan HA. Mesane eğitimi el kitapçığı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi, 2003:24-7.
60. Çapan N. Üriner inkontinanstaki pasif ve aktif konservatif tedavi yöntemleri. Üriner İnkontinans Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım Kursu Kitabı s.74-68, İstanbul, 2010.
61. Fırdolaş F, Penbegül N, Dağgüllü M. Aşırı aktif mesane tedavisinde konservatif yaklaşımlar. Turk Urol Sem 2010;1:27-31.
62. Karan A, Eskiuyurt N, Kızılkaya N, Yalçın Ö. Üriner inkontinanstaki fizik tedavi ve rehabilitasyon. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 1998;1(3):36-40.
63. Yalçın Ö, Beji NK, Aslan E. İdrar sorunlarının elektriksel uyarı (stimülasyon) ve tibial sinir uyarısı (nöromodülasyon) yöntemleri ile tedavisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi, 2007:15-3.
64. Eskiuyurt N, Karan A. Yetişkinde idrar kaçırma. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayınları 2008.
65. Eskiuyurt N. Pelvik taban kaslarının egzersizleri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(45):63-67.

66. Bo K, Talseth T. Long term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstet Gynecol* 1996;87:261-5.
67. Chen HY, Chang WC, Lin WC, Yeh LS, Hsu TY, Tsai HD, Yang KY. Efficacy of pelvic floor rehabilitation for treatment of genuine stress incontinence. *J Formos Med Assoc.* 1999 Apr;98(4):271-6.
68. Haddad JM, Ribeiro RM, Bernardo WM, Abrao MS, Baracat EC. Vaginal cone use in passive and active phases in patients with stress urinary incontinence. *Clinics* 2011;66(5):785-791.
69. Karan A. Üriner inkontinans tedavisinde yenilikler.
<http://www.kasadsaglik.com/fizikted.htm>
70. Arvonen T, Jonasson AF, Lenne RT. Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women with urinary stress incontinence. *Neurourol Urodynam* 2001;20:591-99.
71. Aygen EM. Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansda medikal ve cerrahi tedavi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(45):37-42.
72. Sağlık Bilgileri ve Tıp Terimleri Sözlüğü. Obezite ve beden kitle indeksi: Sağlık Bakanlığı;2009.
73. Akgün G. 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
74. Okçuoğlu Z. Aile İçi ve Kadavradan Nakil Olmuş Organ Nakli Hastalarının Psikolojik Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
75. Erol N. Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
76. Çalık E. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında ve Sağlıklı Kişilerde Pulmoner Fonksiyonlar, Fonksiyonel Egzersiz Kapasitesi ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
77. Tunç P. Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları ile İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
78. Sarıgöl Y. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
79. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara 1999.

80. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000;19(3):259-271.
81. Özyüncü Ö, Durukan T. Stres üriner inkontinans tedavisinde tvf (tension-free vaginal tape) uygulanan hastaların hayat kalitesi testleri ile değerlendirilmesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2008;6(1):48-57.
82. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, van Den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med* 2006;9(18):2000-6
83. Çankaya A. Aşırı Aktif Mesane Tanısı Almış Kadınlarda Mesane Günlüklerinin İncelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
84. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa, et al. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 Health Survey. *Urology* 2005;66(1):88-93.
85. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bother someness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int* 2005;96(6):831-838.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Tablo 1. SÜİ'da Blaivas, Mc Guire ve Raz sınıflamaları.....	13
Tablo 2. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon + pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	34
Tablo 3. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen doğum ile ilgili risk faktörlerinin dağılımı.....	36
Tablo 4. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen sigara, kafeinli içecek, alkol kullanımı ile ilgili risk faktörlerinin dağılımı.....	37
Tablo 5. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon +pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansını etkileyen diğer risk faktörlerinin dağılımı.....	38
Tablo 6. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların idrar inkontinansına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	39
Tablo 7. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki kas gücü ölçüm değerlerinin dağılımı.....	40
Tablo 8. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı.....	41
Tablo 9. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizigrubundaki hastaların 3. ay görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı.....	42

Tablo 10. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi mesane günlüğü (3 günlük) idrar kaçırma şikayetleri ve bez değiştirme durumlarının dağılımı	43
Tablo 11. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersiz grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı	45
Tablo 12. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı.....	45
Tablo 13. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi, I-QOL alt boyut ve toplam puan durumlarının dağılımı.....	46
Tablo 14. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, 3. ay görüşmesi ve 6. ay görüşmesindeki beck depresyon ölçeği puan durumlarının dağılımı	47
Tablo 15. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi, SF-36 alt boyut puandurumlarının dağılımı.....	48
Tablo 16. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı	49
Tablo 17. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi SF-36 alt boyut puan durumlarının dağılımı	50
Tablo 18. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların başlangıç görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı.....	51
Tablo 19. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 3. ay görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı	52
Tablo 20. Pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon+pelvik taban kas egzersizi grubundaki hastaların 6. ay görüşmesi NHP alt boyut puan durumlarının dağılımı	53

ÖZGEÇMİŞ

15.11.1976, Uzunköprü/Edirne doğumludur. İlk, orta ve lise öğrenimini Uzunköprü’de tamamlamıştır. Üniversite önlisans eğitimini 1993-1995 yılları arasında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde tamamlamış olup, 1999-2001 yılları arasında Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümüne dikey geçiş yaparak lisans eğitimini tamamlamıştır.

1996 yılından bu yana Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşire Hacer Keşanlı Elüstü evli olup, bir çocuk annesidir.

EKLER

EK- 1

HASTA BİLGİ FORMU

Bu çalışma, stres inkontinanslı olgularda pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini değerlendirmek ve bu egzersizlere ek olarak hem egzersizi öğrenmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan vajinal kon'un etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Size konuyla ilgili bazı sorular sorulacak ve bu sorulara yanıt vermeniz istenecektir.

Teşekkürler.

Tarih:

Kadın No:

Adı soyadı:

Adresi:

Ulaşılabilecek Telefon

Ev:

Cep:

Protokol No:

Klinik Tanı:

1-Yaş:

- a. 40-49
- b. 50-59
- c. 60-69
- d. ≥ 70

2- Medeni durumunuz nedir?

- a. Hiç evlenmedi
- b. Evli
- c. Birlikte yaşıyor
- d. Evli fakat ayrı yaşıyor
- e. Boşandı
- f. Eşi öldü

3- Eğitim durumunuz nedir? (en son bitirilen okul belirtilecektir)

- a. Okuma-yazma bilmiyor
- b. Okuma-yazma biliyor ancak mezun değil
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise ve dengi
- f. Önlisans
- g. Lisans
- h. Yüksek lisans / Doktora

4- Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? (cevabınız Hayır ise 6. soruya geçiniz)
a. Evet
b. Hayır

5- Gelir durumunuz nedir?
a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere denk
c. Gelir giderden fazla

6- Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
a. Evet
b. Hayır

7- Vücut kitle indeksi değeri nedir?

Boy: Kilo:

VKİ:
a. 18.5 kg / m²'nin altında Zayıf
b. 18.5-24.9 kg / m² arasında Normal
c. 25-29.9 kg / m² arasında Hafif Şişman
d. 30-39.9 kg / m² arasında Obez
e. 40 kg / m²'nin üzerinde İleri Derecede Obez

8- Şimdiye kadar kaç doğum yaptınız? (cevabınız Hiç ise 13. soruya geçiniz)
a. Hiç
b. 1
c. 2
d. 3
e. 4
f. ≥5

9- Doğum yapma şekliniz? (cevabınız Sezaryen Doğum ise 12. soruya geçiniz)
a. Vajinal doğum
b. Sezaryen doğum
c. Her ikisi

10- Doğumlarınızda epizyotomi uygulandı mı?
a. Evet
b. Hayır

11- Doğumlarınızda vakum, forseps kullanıldı mı?
a. Evet
b. Hayır

12- İri bebek (4000 gr üzerinde) doğumu oldu mu?
a. Evet
b. Hayır

13- Menopoza girdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

14- Menopoza gireli kaç yıl oldu?

15- Hormon replasman tedavisi (HRT) alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

16- Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

17- Kafeinli içecekleri (çay, kahve, cola) tüketiyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

18- Alkol alıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

19- Kronik konstipasyonunuz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

20- Kaç yıldır idrar kaçıyorsunuz?

21- İdrar kaçırdığınız için ped, bez ya da koruyucu materyal kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

Ne tür:

22- Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz?

- a. Günde bir kez
- b. Günde bir kez den fazla
- c. Haftada bir kez
- d. Haftada bir kez den fazla
- e. Ayda bir kez/nadiren
- f. Ayda birkaç kez

23- Pelvik organ prolapsusunuz (POP) var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

EK- 2

MESANE GÜNLÜĞÜ

İdrar kaçırma sorununuzun nedenini belirleyebilmek, şu anki durumunuzu değerlendire bilmek ve en uygun tedaviyi seçmek için aşağıdaki formu 3 gün boyunca dikkatli olarak doldurunuz.

24 saat boyunca;

- Alınan sıvının cinsi, miktarı ve zamanını yazınız.
- Tuvalete yapılan idrar miktarı ve zamanını yazınız,
- İdrar kaçırma şikayetiniz;
 - Birkaç damla ise, **1**'i
 - Petinizi ıslattıysa, fakat dış giysinize geçmemiş ise **2**'yi
 - Dış giysinize geçtiyse, **3**'ü
 - Zemine damladıysa, **4**'ü işaretleyiniz.
- Bez ya da kıyafet değiştirmeniz gerekiyorsa; zamanını işaretleyiniz.
- O anda ne iş yaptığınızı yazınız.

Örnek

Zaman (Saat)	Alınan Sıvının Cinsi ve Miktarı	Tuvalete Yapılan İdrar Miktarı	İdrar Kaçırma	Bez ya da Kıyafet Değiştirme	O Anda Ne İş Yapıldığı
06.00- 07.00			1 2 3 4		
07.00- 08.00	1 bardak ihlamur	1 bardak	1 2 3 4		
08.00- 09.00			1 2 3 4		
09.00- 10.00	1 bardak su		1 2 3 4	*	Televizyon seyretme
10.00- 11.00		1 bardak	1 2 3 4		
11.00- 12.00			1 2 3 4		

Zaman (Saat)	Alınan Sıvının Cinsi ve Miktarı	Tuvalete Yapılan İdrar Miktarı	İdrar Kaçırma	Bez ya da Kıyafet Değiştirme	O Anda Ne İş Yapıldığı
06.00- 07.00			1 2 3 4		
07.00- 08.00			1 2 3 4		
08.00- 09.00			1 2 3 4		
09.00- 10.00			1 2 3 4		
10.00- 11.00			1 2 3 4		
11.00- 12.00			1 2 3 4		
12.00- 13.00			1 2 3 4		
13.00- 14.00			1 2 3 4		
14.00- 15.00			1 2 3 4		
15.00- 16.00			1 2 3 4		
16.00- 17.00			1 2 3 4		
17.00- 18.00			1 2 3 4		
18.00- 19.00			1 2 3 4		
19.00- 20.00			1 2 3 4		
20.00- 21.00			1 2 3 4		
21.00- 22.00			1 2 3 4		
22.00- 23.00			1 2 3 4		
23.00- 24.00			1 2 3 4		
24.00- 01.00			1 2 3 4		
01.00- 02.00			1 2 3 4		
02.00- 03.00			1 2 3 4		
03.00- 04.00			1 2 3 4		
04.00- 05.00			1 2 3 4		
05.00- 06.00			1 2 3 4		

Zaman (Saat)	Alınan Sıvının Cinsi ve Miktarı	Tuvalete Yapılan İdrar Miktarı	İdrar Kaçırma	Bez ya da Kıyafet Değişirme	O Anda Ne İş Yapıldığı
06.00- 07.00			1 2 3 4		
07.00- 08.00			1 2 3 4		
08.00- 09.00			1 2 3 4		
09.00- 10.00			1 2 3 4		
10.00- 11.00			1 2 3 4		
11.00- 12.00			1 2 3 4		
12.00- 13.00			1 2 3 4		
13.00- 14.00			1 2 3 4		
14.00- 15.00			1 2 3 4		
15.00- 16.00			1 2 3 4		
16.00- 17.00			1 2 3 4		
17.00- 18.00			1 2 3 4		
18.00- 19.00			1 2 3 4		
19.00- 20.00			1 2 3 4		
20.00- 21.00			1 2 3 4		
21.00- 22.00			1 2 3 4		
22.00- 23.00			1 2 3 4		
23.00- 24.00			1 2 3 4		
24.00- 01.00			1 2 3 4		
01.00- 02.00			1 2 3 4		
02.00- 03.00			1 2 3 4		
03.00- 04.00			1 2 3 4		
04.00- 05.00			1 2 3 4		
05.00- 06.00			1 2 3 4		

Zaman (Saat)	Alınan Sıvının Cinsi ve Miktarı	Tuvalete Yapılan İdrar Miktarı	İdrar Kaçırma	Bez ya da Kıyafet Değiştirme	O Anda Ne İş Yapıldığı
06.00- 07.00			1 2 3 4		
07.00- 08.00			1 2 3 4		
08.00- 09.00			1 2 3 4		
09.00- 10.00			1 2 3 4		
10.00- 11.00			1 2 3 4		
11.00- 12.00			1 2 3 4		
12.00- 13.00			1 2 3 4		
13.00- 14.00			1 2 3 4		
14.00- 15.00			1 2 3 4		
15.00- 16.00			1 2 3 4		
16.00- 17.00			1 2 3 4		
17.00- 18.00			1 2 3 4		
18.00- 19.00			1 2 3 4		
19.00- 20.00			1 2 3 4		
20.00- 21.00			1 2 3 4		
21.00- 22.00			1 2 3 4		
22.00- 23.00			1 2 3 4		
23.00- 24.00			1 2 3 4		
24.00- 01.00			1 2 3 4		
01.00- 02.00			1 2 3 4		
02.00- 03.00			1 2 3 4		
03.00- 04.00			1 2 3 4		
04.00- 05.00			1 2 3 4		
05.00- 06.00			1 2 3 4		

EK- 3

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)	Çok Fazla	Oldukça	Orta Düzeyde	Biraz	Hiç
1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.	()	()	()	()	()
2. Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum.	()	()	()	()	()
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.	()	()	()	()	()
4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()
5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.	()	()	()	()	()
6. Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum.	()	()	()	()	()
7. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.	()	()	()	()	()
8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()
9. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.	()	()	()	()	()
10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.	()	()	()	()	()
11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.	()	()	()	()	()
12. Yaşlandıkça idrar sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.	()	()	()	()	()
13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.	()	()	()	()	()
14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.	()	()	()	()	()
15. İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.	()	()	()	()	()
16. İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.	()	()	()	()	()
17. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.	()	()	()	()	()
18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()
19. İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum.	()	()	()	()	()
20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.	()	()	()	()	()
21. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.	()	()	()	()	()
22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.	()	()	()	()	()

EK- 4

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki, her maddede kişinin ruh durumunun derecesini belirleyen seçenekler vardır. Lütfen seçenekleri dikkatle okuyunuz ve şu an dahil son bir hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- 1- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2- a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
- 3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4- a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6- a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

- d) Bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 11- a) Her zamankinden daha sinirli veya tedirgin değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyorum.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15 - a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiçbir iş yapamıyorum.
- 16 - a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
- 18 - a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
- 19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.

d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.

c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.

d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir değişiklik yok.

b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK- 5**YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF- 36)**

Bu anket kişinin sağlığı hakkındaki görüşlerini öğrenmek için hazırlanmıştır. Aşağıdaki her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak cevaplayınız.

1. Genel olarak sağlığınız?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu?

Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz).

AKTİVİTELERİNİZ	Evet Çok Engelliyor	Evet Biraz Engelliyor	Hayır Engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket ve çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
ı. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
i. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu?
(Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizde zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı ?	1	2
d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sınırlı veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağır normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakam işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun olan seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA	Her Zaman	Çoğunlukla	Oldukça	Bazen	Çok Az	Hiçbir Zaman
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşlendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
ı. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımız ve duygusal sorunlarımız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Nadiren	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanmıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK- 6**NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ**

NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ	EVET	HAYIR
1. Her zaman yorgunum.		
2. Gece ağrım oluyor.		
3. Olaylar / her şey beni üzüyor.		
4. Dayanılmaz ağrılarım var.		
5. Aldığım ilaçlar uyumama yardım ediyor.		
6. Hoşlandığım / zevk aldığım şeyleri unuttum.		
7. Kendimi gergin hissediyorum.		
8. Değişik pozisyonlar ağrı oluşturuyor.		
9. Kendimi yalnız hissediyorum.		
10. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum.		
11. Eğilmekte zorlanıyorum.		
12. Her şey çaba / efor gerektiriyor.		
13. Sabah erken saatte uyanıyorum.		
14. Hiç yürüyemiyorum.		
15. İnsanlarla iletişim kurmakta zorlanıyorum.		
16. Günler sıkıcı gibi geliyor.		
17. Merdiven inip-çıkarmakta ve adım atmakta zorlanıyorum.		
18. Eşyalara uzanmakta / ulaşmakta zorlanıyorum.		
19. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.		
20. Bu günlerde kolayca öfkeleniyorum.		
21. Kimse yok gibi hissediyorum bu beni sıkıyor.		
22. Çoğu gece uykum olmuyor.		
23. Kontrolümü kaybedecekmiş gibi hissediyorum.		
24. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.		
25. Giyinmede zorlanıyorum.		
26. Enerjim hemen bitecek gibi.		
27. Uzun süre ayakta durmakta zorlanıyorum (mutfakta lavabo başında beklemek)		
28. Sürekli ağrım var.		
29. Uyumam uzun zaman alıyor.		
30. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyorum.		
31. Endişelenmem uyumamı etkiliyor.		
32. İnsanlarla ilgilenmekte zorlanıyorum.		
33. Dışarıda yürümede yardıma ihtiyacım oluyor.		
34. Merdiven inip-çıkardığım zaman ağrım oluyor.		
35. Keyifsiz / moralim bozuk şekilde uyandığımı hissediyorum.		
36. Oturduğum zaman ağrım oluyor.		
37. İnsanlara ayak bağı olduğumu düşünüyorum.		
38. Gece uykum çok kötü.		

Ek 7

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ (PTKE) EĞİTİM KİTAPÇIĞI



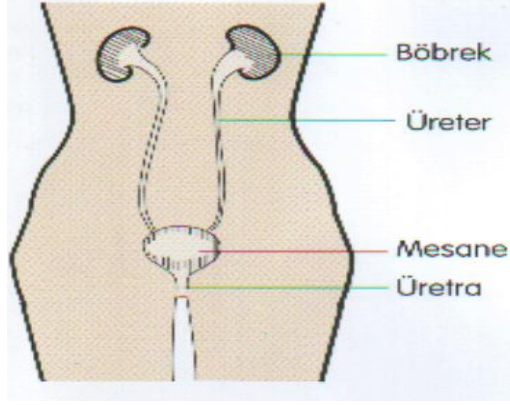
HAZIRLAYAN

Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ

**EDİRNE
2011**

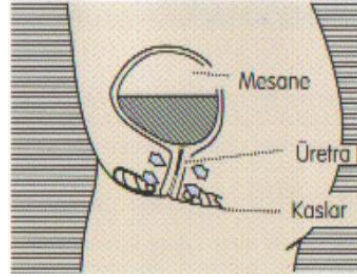
KADIN BOŞALTIM SİSTEMİNİ OLUŞTURAN ORGANLAR NELERDİR?

Kadın idrar yollarını; iki böbrek, iki üreter, bir idrar kesesi (mesane), ve bir idrar yolu (üretra) oluşturur (1).



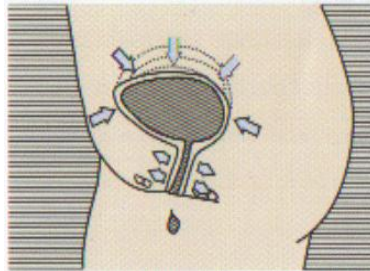
MESANEDEN İDRARIN BOŞALTIMI NASIL OLUR?

1. Mesanemiz idrar ile dolunca gerilir ve belirli bir seviyede dolduğunda, beynimize 'çok geçmeden boşalt' mesajı gönderilir .



2. Mesanemiz idrar ile tamamen dolduğunda beynimize ' artık boşaltmalısın' mesajı gönderilir .

3. Uygun zaman ve ortam sağlanınca üretra ve kaslarımız gevşer, mesanemiz kasılır, küçülür ve idrarımız dışarı boşaltılır (2).



ÜRİNER İKONTİNANS (İDRAR KAÇIRMA) NEDİR? RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

İstemsiz idrar kaçırma durumudur.

Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür (3).

Risk Faktörleri;

- Cinsiyet
- Yaş
- Irk
- Doğum
- Menapoz
- Sigara
- Obezite (4)



STRES ÜRİNER İNKONTİNANS (İDRAR KAÇIRMA) NEDİR? RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?

Abdominal (Karın içi) basıncı arttıran gülme, öksürme, hapşırma, ağır kaldırma, egzersiz yapma gibi aktiviteler sonucu oluşan idrar kaçırmadır (2,5).

Risk Faktörleri;

- ✓ Vajinal doğum
- ✓ Pelvik taban kaslarındaki gevşeme
- ✓ İntrinsik sfinkter yetmezliği (6)

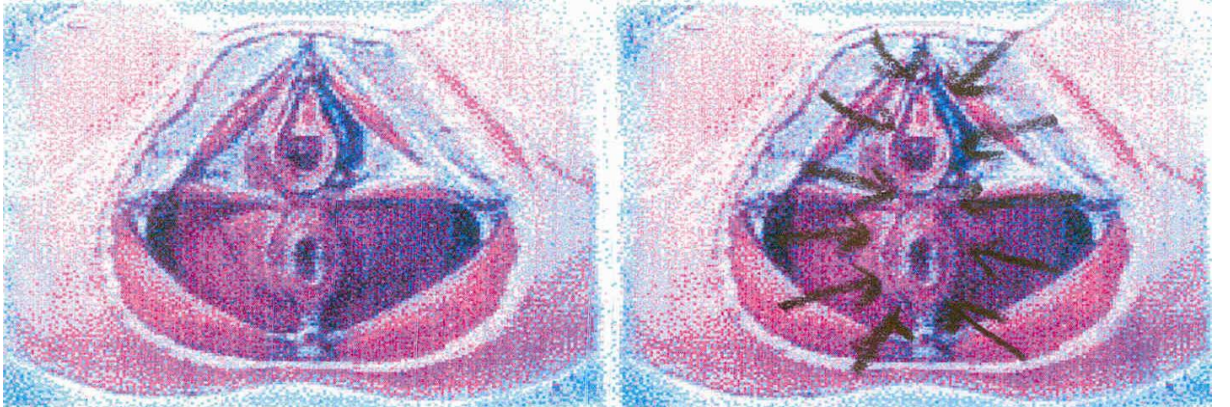


PELVİK TABAN KASLARI PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

Pelvik taban kasları; mesane, rahim, bağırsaklar ve diğer karın için organları destekleyen yapılardır (7).










Pelvik taban kas egzersizleri; bu kasları güçlendirme, idrar kaçırmadan korunma ve mesane kontrolünü sağlamada etkin rol oynar (2,7).



Pelvik taban kaslarının dıştan görünüşü

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİ NE ZAMAN UYGULAYABİLİRİZ?

	Yemek pişirirken
	Bulaşık Yıkarken
	Diş fırçalarken
	Yemek yerken
	Televizyon seyrederken
	Telefonla konuşurken
	Sıra beklerken (2)

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ YAPARKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER NELERDİR?

- Hapşırmadan, öksürmeden, esnemedenden önce, ağır kaldırırken pelvik taban kaslarınızı kasın (2,8).
- Doğru kaslarınızı çalıştırın (kalça, uyluk kaslarınızı kasmayın, karın kaslarınızı gevşek bırakın, pelvik taban kaslarınıza konsantre olun).
- Egzersize başlamadan önce derin bir nefes alıp verin, daha sonra egzersiz tamamlanıncaya kadar rahat ve düzgün nefes alıp vermeye devam edin.
- Egzersizi günde 3 kez, 3 ayrı pozisyonda uygulayın (2).
- Egzersiz programına düzenli bir şekilde ömür boyu devam edin (2,8).

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ NASIL UYGULANIR?

- ◆ Egzersize başlamadan önce, mesanenizi boşaltın ve üzerinize rahat bir giysi giyin
- ◆ Yumruğunuzu sıkın, 5'e kadar sayın



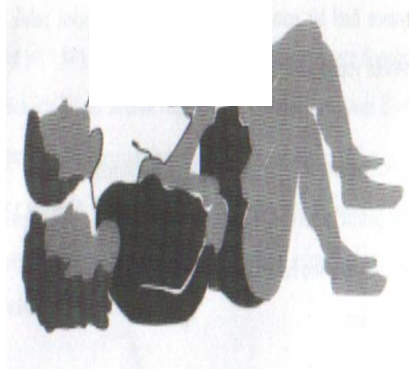
- ◆ Sonra yumruğunuzu gevşetin



- ◆ Yumruğunuzu sıkıldığınızda ve gevşettiğinizde arada oluşan farkı hissedin
- ◆ Bu hareket size pelvik taban kaslarınızı nasıl kasıp, gevşeteceğini anlamanıza yardımcı olmak için anlatılmıştır (2).

SIRT ÜSTÜ YATARAK YAPILAN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

⇒ Sırt üstü pozisyonda yatınız, ayaklarınızı hafif bir şekilde ayırarak, dizlerinizi bükünüz



⇒ Pelvik tabanınızda bulunan makatınızı, idrar yolu açıklığınızı ve vajinanızı kasıp yukarı doğru kaldırmaya çalışınız

⇒ Kaslarınızı **5 saniye** kasılı tutunuz
(her hafta kasma sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

sonra

Kaslarınızı **5 saniye** gevşetiniz
(her hafta gevşeme sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

Bu egzersizi **10** kez tekrarlayınız

⇒ Sonra **10** kez hızlı ve güçlü şekilde pelvik taban kaslarınızı kasınız ve gevşetiniz (**2 saniye** kadar)

Not: İcinizden süreyi belirleyebilmek için

“**bir ve,**

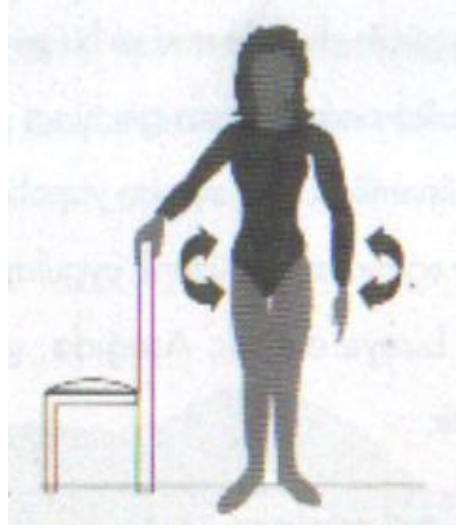
iki ve,

üç ve”

şeklinde sayabilirsiniz (2).

AYAKTA DURURKEN YAPILAN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

⇒ Karın kaslarınız tamamen gevşek ve ayaklarınız omuz genişliğinde aralı, dizlerinizden biraz bükük, sandalyenin yanında durunuz



⇒ Pelvik tabanınızda bulunan makatınızı, idrar yolu açıklığınızı ve vajinanızı kasıp yukarı doğru kaldırmaya çalışınız

⇒ Kaslarınızı **5 saniye** kasılı tutunuz
(her hafta kasma sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

sonra

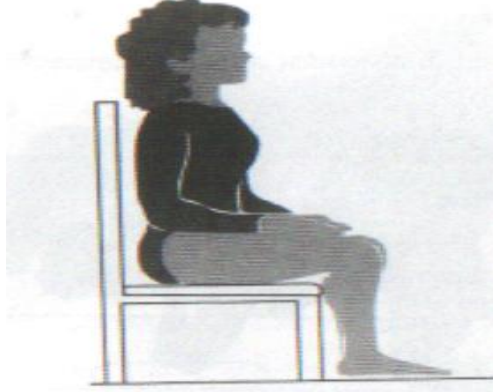
Kaslarınızı **5 saniye** gevşetiniz
(her hafta gevşeme sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

Bu egzersizi **10** kez tekrarlayınız

⇒ Sonra **10** kez hızlı ve güçlü şekilde pelvik taban kaslarınızı kasınız ve gevşetiniz (**2 saniye** kadar) (2).

OTURARAK YAPILAN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ

⇒ Arkası düz bir sandalyeye, dik bir şekilde, dizleriniz hafifçe birbirinden ayrı, ayaklarınız yere basacak, elleriniz bacaklarınızın üzerine uzatılmış şekilde oturunuz



⇒ Pelvik tabanınızda bulunan makatınızı, idrar yolu açıklığınızı ve vajinanızı kasıp yukarı doğru kaldırmaya çalışınız

⇒ Kaslarınızı **5 saniye** kasılı tutunuz
(her hafta kasma sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

sonra

Kaslarınızı **5 saniye** gevşetiniz
(her hafta gevşeme sürenizi 1 saniye arttırarak, 10 saniyeye kadar çıkınız)

Bu egzersizi **10** kez tekrarlayınız

⇒ Sonra **10** kez hızlı ve güçlü şekilde pelvik taban kaslarınızı kasınız ve gevşetiniz (**2 saniye** kadar) (2).

	Sırt Üstü Uzanır Pozisyonda		Oturur Pozisyonda		Ayakta Durur Pozisyonda		Toplam
	Yavaş Egzersiz	Hızlı Egzersiz	Yavaş Egzersiz	Hızlı Egzersiz	Yavaş Egzersiz	Hızlı Egzersiz	
Sabah	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	60 kez
Öğlen	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	60 kez
Akşam	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	10 kez	60 kez

Yavaş Egzersizin Süresinin Ayarlanması

		Egzersiz Süresi	Dinlenme Süresi
1. Hafta	...../...../ 20..	5 saniye	5 saniye
2. Hafta	...../...../ 20..	6 saniye	6 saniye
3. Hafta	...../...../ 20..	7 saniye	7 saniye
4. Hafta	...../...../ 20..	8 saniye	8 saniye
5. Hafta	...../...../ 20..	9 saniye	9 saniye
6. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
7. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
8. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
9. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
10. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
11. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
12. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
13. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
14. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
15. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
16. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
17. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
18. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
19. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
20. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
21. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
22. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
23. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye
24. Hafta	...../...../ 20..	10 saniye	10 saniye

KAYNAKLAR

- 1.Yalçın Ö, Beji KN, Aslan E. İdrar sorunlarının elektriksel uyarı (stimülasyon) ve tibial sinir uyarısı (nöromodülasyon) yöntemleri ile tedavisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi, 2007:15-3.
2. Sarı D. Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
3. Polat M. Stres Üriner İnkontinans ve Miks İnkontinansı Olan Kadınlarda Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonunun Tek Başına ve Biofeedback ile Birlikte Kullanılmasının Etkinliği (tez). İstanbul: Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
4. Mutlu S. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Anamnez ile Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması (tez). İstanbul: Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.
5. Kök G. Gata Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu; 2005.
6. Hazar HU. Üriner İnkontinansı Olan Romatoid Artritli Kadınlarda Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi (tez). İzmir : Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ; 2008.
7. Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları-Üroloji Anabilim Dalı. Pelvik taban egzersizleri 2009.
8. Eskiuyurt N, Karan A. Yetişkinde idrar kaçırma. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayınları, 2008.

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUBADK 2011/71				
	PROTOKOL ADI	Stres İnkontinanslı Olgularda Pelvik Taban Egzersizlerine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Kon'un Etkinliği				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNİVANI / ADI	Prof. Dr. Ferda ÖZDEMİR				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez	<input type="checkbox"/> Çok Merkez				
	<input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Uluslararası				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07/04	Tarih: 23.03.2011				
Üniversitemiz Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Ferda ÖZDEMİR'in sorumluluğunda yapılmış ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ'nün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırma ile ilgili giderlerin T.Ü. Araştırma Projeleri (TUBAP) tarafından karşılanması koşuluyla gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oybirliği ile karar verilmiştir.						
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUBADK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Hakan Karadağ</i>
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Hasan Ümit</i>
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Ülfet Vatansever</i>
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyostatistika. D.	K	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Hilmi Tozkır</i>
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Esin Karlıkaya</i>
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Tunç Kutoğlu</i>
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Erhan Tabakoğlu</i>
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Figen Kuloğlu</i>
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Recep Yağız</i>
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Ümit Nusret Başaran</i>
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Atakan Sezer</i>
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü	K	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> İ	<input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> İ	<i>Gülden Atilla Öztürk</i>

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENLİ
Dekan

Murat Dikmenli



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı

Gelen Fıvat
20.12.2011
Sayı: 653

SAYI : B.30.2.TRK.0.73.00.00/ 7295 - 23993
KONU :


EDİRNE

15 ARA 2011

Sayın Prof. Dr. Hakan TUNA
Trakya Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
EDİRNE

Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu'nun 06.12.2011 tarih ve 2011/09 sayılı toplantısında alınan 97 numaralı karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU
Rektör Yardımcısı ve
Komisyon Başkanı

Toplantı Tarihi : 06.12.2011
Toplantı No : 2011/09
Karar No : 97

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 20.10.2011 tarih ve 27/02 sayılı yazısı görüşülerek, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ferda ÖZDEMİR'in emekli olması nedeni ile yöneticiliğini yapmış olduğu TÜBAP-2011/74 numaralı ve Hem. Hacer KEŞANLI ELÜSTÜ'nün "Stres İnkontinanslı Olgularda Pelvik Taban Egzersizlerine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Kon'un Etkinliği" başlıklı yüksek lisans projesinin yöneticiliğine, Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Uygulama Yönergesininin 14. maddesi uyarınca, Prof. Dr. Hakan TUNA'nın atanmasına, Tıp Fakültesi Dekanlığı'na bilgi verilmesine, mevcudun oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR.

Prof. Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU
Rektör Yardımcısı ve
Komisyon Başkanı



Posta Adresi
Trakya Üniversitesi Rektörlüğü
Balkan Yerleşkesi/ EDİRNE

Tel : 0284 213 13 85 Faks : 0284 225 08 48
e-mail : tubap@trakya.edu.tr

Ek 9

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU¹

Bu form, yürütülmesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanan bilimsel bir araştırma konusunda sizi bilgilendirmek ve gönüllü katılımınızı sağlamak amacıyla düzenlenmiştir.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunuzda, sağlığınızın ve gönüllü olarak haklarınızın korunması ile gizliliğin sağlanması araştırmacıların ödevidir.

Araştırma, yalnızca uygun bilimsel eğitim ve niteliklere sahip araştırmacılar tarafından yürütülecektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (AÇIK AD) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Açık olmayan bir bölüm varsa, daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız ya da araştırma başladıktan sonra sorularınız olursa istediğiniz zaman bize başvurabilirsiniz.

Katılacağınız araştırma ile ilgili bilgiler aşağıdadır:

- 1. Araştırmanın bilimsel adı :** Stres inkontinanslı olgularda pelvik taban egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkinliği
- 2. Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** İdrar kaçaklı hastalarda leğen kemiği tabanı idmanına ek olarak uygulanan hazne cihazının etkinliği
- 3. Sorumlu Araştırmacının adı, unvanı ve görev yeri:** Prof. Dr. Hakan TUNA Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı
- 4. Araştırmanın konusu ve niteliği (ilaç, klinik, laboratuvar, epidemiyolojik - tez çalışması vb...):** Klinik tipte, prospektif olarak planlanan yüksek lisans tez çalışmasıdır.
- 5. Araştırmanın amacı:** Bu çalışmada idrar kaçaklı hastalarda leğen kemiği tabanı idmanının etkinliğini değerlendirmek ve bu idmana ek olarak hem idmanı öğrenmek, hem de kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanan hazne cihazının etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.
- 6. Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** Başlama tarihi Nisan 2011'dir. Öngörülen süresi 1 yıldır.
- 7. Araştırmaya katılan gönüllü sayısı:** 30

¹ Formun her sayfasının altı, gönüllü (gerekirse vasisi-vasal temsilcisi ve tanık) tarafından imzalanacaktır.

8. Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi
2. 40 yaş ve üzeri olması
3. İdrar kaçağı tanısı almış olması
4. Hazne cihazı uygulanacak hastalarda ek hastalık olmaması
5. Hazne cihazı uygulanacak hastaların VKİ'ne göre zayıf ya da normal olması
6. İletişim kurulabilir olması
7. Ev yada cep telefonu olması
8. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi FTR Anabilim Dalı Polikliniğine başvurması
9. Kadın hasta olması

9. Araştırmada uygulanacak yöntemler: Veriler anket formları ile toplanacaktır. Ayrıca araştırmacı tarafından Eğitim Kitapçığı oluşturulup, Hazne Cihazı kullanılarak idmanın nasıl yapılacağı size anlatılacaktır.

10. Uygulama sırasında karşılaşılabileceğiniz riskler, rahatsızlıklar ve olası yan etkiler: Pelvik taban kas egzersizlerinin ve vajinal kon'un uygulanışı sırasında oluşabilecek herhangi bir olası risk yoktur. Bunlara ek olarak araştırmamızın olumsuz yönleri; kişilerin pelvik taban kas egzersizlerine, vajinal kon'a karşı bilgi eksikliği ve yaygın kullanılmadığı için vajinal kon'a tereddütle yaklaşması.

11. Gönüllü için araştırmadan beklenen yarar: Bu araştırma sonuçlarının, pelvik taban kas egzersizi ve vajinal kon uygulamalarının, stres inkontinans üzerindeki pozitif yöndeki etkilerini ortaya çıkarması ve bu uygulamaların stres inkontinanslı kadınların yaşam kalitelerini arttıracakđı düşünölmektedir.

12. Araştırma yöntemine alternatif olan tedavi ve girişimler: Egzersiz önerilebilir.

13. Araştırmanın yürütölmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile araştırmaya katılan bir gönüllü olarak diğer hakları konusunda bilgi almak için bağlantı kurulacak kişinin adı-soyadı, ünvanı, görev yeri ve telefon numarası.

Hacer Keşanlı Elüstü

Hemşire (FTR Yüksek Lisans Öğrencisi)

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi

0-537-989-91-40

14. Araştırma bütçesi kimin tarafından karşılanıyor?

TÜBAP (Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi)

15. (Varsa) Sigortalamaya ilişkin bilgiler: Yok

16. Kimlik bilgilerinin ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Tarafımdan hastaya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Araştırmamıza katıldığımız için teşekkür ederiz.

GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA OLURU

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Gönüllü Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun tamamının imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün; (bu bölüm gönüllünün kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....
Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (bu bölüm veli/vasinin kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....
Tarih:

Gerekli durumlar için; (bu bölüm görüşme tanığının kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Görüşme Tanığının Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....
Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (bu bölüm araştırmacının kendi el yazısı ile doldurulacaktır)

Adı- Soyadı, Ünvanı:

İmzası:

Tarih: