

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA
PELVİK TABAN SAĞLIĞI EĞİTİMİ VE EGZERSİZ PROGRAMININ
ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

SEVGİ GAMZE İRİ

**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Doktora Programı**

DOKTORA TEZİ

GAZİANTEP

2022

T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA
PELVİK TABAN SAĞLIĞI EĞİTİMİ VE EGZERSİZ PROGRAMININ
ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

SEVGİ GAMZE İRİ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Anabilim Dalı'nın Doktora Programı İçin Öngördüğü

DOKTORA TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yavuz YAKUT

GAZİANTEP

2022

DOKTORA KABUL ONAY FORMU



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimde destek ve tecrübelerini esirgemeyen, çalışmamın özellikle biyoistatistik bölümündeki büyük ve kurtarıcı desteğinden dolayı değerli tez danışmanım sayın **Prof. Dr. Yavuz YAKUT'a**,

Her zaman arkamda desteğini ve yakınlığını hissettiğim, her aradığımda ses tonuyla dahi stresimi azaltan, eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım sayın **Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR'a**,

Tez konumu seçmemde ve pelvik taban/kadın sağlığı alanına yönelmemde büyük etkisi olan, tez çalışmam sırasında tüm sorunlarda Bolu'dan Şanlıurfa'ya çözüm bulan ve benimle tüm tecrübelerini sonsuz paylaşan sayın **Doç. Dr.Nuriye ÖZENGİN'e**,

Harran Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde bana her türlü olanağı sağlayan hastalara ulaşmamda büyük emekleri olan ve desteklerini esirgmeden çalışmama katkı sağlayan sayın **Prof. Dr. Halil ÇİFTÇİ'ye, Doç. Dr.Bülent KATI'ya, Doç. Dr.İsmail YAĞMUR'a**, tüm üroloji bölümü doktorlarına ve sekreterlerine,

Tezimin başlamasında ve hastalara ulaşmamda aktif rolü olan, her aşamada bilgi alışverişi yaptığımız, doktora eğitimim boyunca yol ve dönem arkadaşım **Öğr. Gör. Fatih ENZİN'e**, tezimde desteğini esirgemeyen, sorunların çözülmesinde büyük yardımı olan ve beni çok iyi anlayan doktora dönem arkadaşım **Dr. Fzt. Elif DİNLER'e**, tez sürecimin başlangıcından bugüne kadar en içten şekilde tezime yardımcı olan, ne zaman ihtiyacım olsa çekinmeden arayabildiğim hocam ve yıllardır arkadaşım olan **Dr. Öğr. Üyesi Aybüke ERSİN'e**,

Beni her koşulda yıllardır gururla destekleyen, bugünlere gelmemde çok büyük emek veren, her anımda yanımda olan, attığım her adımda maddi ve manevi destekçilerim canım annem, babam ve abilerime, oğluma bakım konusunda desteğini esirgemeyen kayınvalideme, arkamda, yanımda her koşulda destekçim, tezimin başlaması ve ilerlemesi için motivasyonumu yükselten, emek ve sabır gösteren hayat arkadaşım, eşim **Hüseyin İRİ'ye**, çalışmalarım sırasında maalesef ihmal etmek zorunda kaldığım, annesini büyük bir sabırla bekleyen, en büyük mutluluk kaynağım, daha huzurlu ve umutlu olmamda en önemli etken olan canım oğlum **Arden Ayaz İRİ'ye**,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Sevgi Gamze İRİ. Üriner İnkontinansı olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi ve Egzersiz Programının Etkinliğinin Araştırılması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Gaziantep 2022. Çalışma üriner inkontinansı olan kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi (PTSE) ve pelvik taban egzersiz eğitim programının etkinliğinin araştırılması amacıyla yapıldı. Çalışmaya Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) (n=46) ve stres baskın Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ) (n=44) semptomu olan toplam 90 hasta dâhil edildi. PTSE alan hastalar süpervizyonsuz grubu (n=29), PTSE ile kombine pelvik taban egzersiz eğitimi programını alan hastalar süpervizyonlu grubu (n=32) ve tedavi almak istemeyen hastalar, referans grup olarak; kontrol grubu (n=29) oluşturacak şekilde üç gruba ayrıldı. Hastaların tedavi öncesi ve 12. hafta sonunda tedavi sonu değerlendirmeleri yapıldı. Primer ölçüm parametreleri; ped testi, İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), Vizüel Analog Skala (VAS), Üriner Distres Envanteri 6 (ÜDE-6), Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA), 24 saatlik frekans-hacim çizelgesi, sekonder ölçüm parametreleri ise; King Sağlık Anketi, Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT), Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA-Üİ), Pelvik Taban ve PTKE Bilgi ve İnanışları Anketi, Global Algılanan Etki Anketi olarak belirlendi. SÜİ ve MÜİ semptomu olan tüm hastaların dâhil edildiği süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplar karşılaştırıldığında; King Sağlık Anketi'nin kişisel ilişkiler alt parametresi, PİBA-Üİ ve MÜİ semptomu olan hastaların ped testi dışında ($p>0,05$), tüm parametrelerde süpervizyonlu grupta iyileşme oranı daha yüksekti ($p<0,05$). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan karşılaştırmalarda parametrelerdeki grup içi iyileşme oranlarının benzer olduğu, Üİ tipleri arasında fark bulunmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Sonuç olarak Üİ semptomu olan kadınlara PTSE ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının birlikte uygulanmasının pelvik taban farkındalığını arttırarak hastaların Üİ ile ilişkili semptomlarını azaltıp yaşam kalitelerini iyileştirebileceği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Mikst üriner inkontinans, pelvik taban egzersiz eğitimi, pelvik taban farkındalığı, stres üriner inkontinans, üriner inkontinans, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Sevgi Gamze İRİ. Investigation of the Effectiveness of Pelvic Floor Health Education and Exercise Program in Women with Urinary Incontinence, Hasan Kalyoncu University, Graduate Education Institute, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Ph.D. Thesis, Gaziantep 2022. The study was conducted to investigate the effectiveness of Pelvic Floor Health Education (PFHE) and pelvic floor exercise training programme in women with urinary incontinence. A total of 90 patients with symptoms of Stress Urinary Incontinence (SUI) (n=46) and stress-dominant Mixed Urinary Incontinence (MUI) (n=44) were included in the study. The patients divided into three groups as non-supervised group received PFHE (n=29), the supervised group who received PFHE combined with pelvic floor exercise training programme (n=32) and the control group as reference group consisting of patients who did not want to attend treatment (n=29). Evaluations were performed before the treatment and at the end of the 12th week. Pad test, Incontinence, Severity Index (ISI), Visual Analog Scale (VAS), Urinary Distress Inventory 6 (UDE-6), Global Pelvic Floor Bother Questionnaire (GPFBQ), 24-hour frequency-volume chart were determined as primary measurement parameters; the secondary measurement parameters were King's Health Questionnaire, Testing of Pelvic Floor Health Information, Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ-UI), Pelvic Floor and PFMT Information and Beliefs Questionnaire and Globally Perceived Effect. Compared to the supervised and non-supervised groups in which all patients symptoms with SUI and MUI were included, the recovery rate was higher in the supervised group in all parameters ($p<0.05$) except the personal relationships sub-parameter of the King's Health Questionnaire, PIKQ-UI and pad tests of MUI patients ($p>0.05$). In the comparisons made with patients with SUI and MUI, it was found that the intragroup recovery rates in the parameters were similar, and there was no difference between the types of UI ($p>0.05$). As a result, it was concluded that PFHE combined with supervised pelvic floor exercise training programme can reduce urinary related symptoms of patients with UI and improve their quality of life by increasing pelvic floor awareness.

Key words: Mixed urinary incontinence, pelvic floor exercise training, pelvic floor awareness, quality of life, stress urinary incontinence, urinary incontinence.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

| | |
|--|------|
| TEŞEKKÜR..... | i |
| ÖZET..... | ii |
| ABSTRACT | iii |
| İÇİNDEKİLER..... | iv |
| TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI..... | vi |
| ŞEKİL DİZİNİ..... | vii |
| TABLO DİZİNİ | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xiii |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Üriner Sistem | 4 |
| 2.1.1. Üst üriner sistem | 5 |
| 2.1.2. Alt üriner sistem..... | 5 |
| 2.2. Alt Üriner Sistem Nöroanatomisi ve Nörofizyolojisi..... | 7 |
| 2.2.1.Sempatik ve Parasempatik İnervasyon | 8 |
| 2.2.2. Somatik İnervasyon | 9 |
| 2.3. Alt Üriner Sistemin Fonksiyonu..... | 9 |
| 2.3.1. Normal Üretral Kapanma | 9 |
| 2.3.2. Normal İşeme Fizyolojisi..... | 10 |
| 2.4. Pelvik Taban Anatomisi ve Patofizyolojisi..... | 11 |
| 2.4.1. Kemik yapı..... | 11 |
| 2.4.2. Pelvik Taban Tabakaları..... | 12 |
| 2.4.3. Pelvik Taban Kasları | 13 |
| 2.4.4. Pelvik Taban Ligamentleri..... | 16 |
| 2.4.5. Pelvik Taban Beslenmesi..... | 16 |
| 2.4.6. Pelvik Taban Fonksiyonları..... | 16 |
| 2.4.7. Pelvik Taban Disfonksiyonları | 17 |
| 2.5. Üriner İnkontinans ve Tanımı | 18 |
| 2.5.1.Üriner İnkontinans Sınıflandırması..... | 18 |
| 2.5.2.Üriner İnkontinans Etiyolojisi..... | 21 |
| 2.5.3.Üriner İnkontinans Değerlendirmesi..... | 24 |

| | |
|--|------------|
| 2.6. Üriner İnkontinans Tedavisi..... | 28 |
| 2.6.1. Konservatif Tedavi..... | 28 |
| 2.6.2. Farmakolojik Tedavi..... | 35 |
| 2.6.3. Cerrahi | 35 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 37 |
| 3.1. Bireyler..... | 37 |
| 3.2. Yöntem..... | 38 |
| 3.2.1. Değerlendirme Parametreleri | 38 |
| 3.2.2. Tedavi Programı..... | 42 |
| 3.3. İstatistiksel Analiz..... | 46 |
| 4. BULGULAR..... | 48 |
| 4.1. Hastaların Fiziksel Özellikleri ve Demografik Bilgilerine Ait Bulgular..... | 48 |
| 4.2. İnkontinans Şiddetine ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarına Ait Bulgular | 57 |
| 4.3. Üriner Semptomlar ve Mesane Fonksiyonuna Ait Bulgular..... | 65 |
| 4.4. Yaşam Kalitesine Ait Bulgular..... | 77 |
| 4.5. Pelvik Taban Bilgisine Ait Bulgular | 91 |
| 4.6. Tedavi Uyumuna Ait Bulgular..... | 105 |
| 5. TARTIŞMA..... | 107 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 118 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 120 |
| 8. EKLER..... | 129 |
| EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı..... | 129 |
| EK 2. Etik Kurul Kararı..... | 130 |
| EK.3. Kurum İzin Yazısı..... | 131 |
| EK 4. Veri Toplama Formları..... | 132 |
| EK 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu..... | 155 |
| EK 6. İntihal Raporu..... | 156 |
| EK 7. Özgeçmiş..... | 157 |

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Doktora tezi olarak sunduğum “**Üriner İnkontinansı olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eđitimi ve Egzersiz Programının Etkinliđinin Araştırılması**” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı dűőecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve faydalandığım eserlerin kaynakçada gűsterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 27/07/2022

Öğrencinin Adı Soyadı: Sevgi Gamze İRİ

ŞEKİL DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil.2.1. Erkek ve kadın üriner sistemi..... | 4 |
| Şekil 2.2. Mesane bölüm şeması..... | 6 |
| Şekil 2.3. Üretra anatomisi | 7 |
| Şekil 2.4. İdrar depolama fizyolojisi..... | 8 |
| Şekil 2.5. Pelvis ve anatomik sınırları | 12 |
| Şekil 2.6. Yüzeysel pelvik taban kasları..... | 14 |
| Şekil 2.7. Pelvis ve derin pelvik taban kasları..... | 14 |
| Şekil 3.1. Hasta Akış Şeması..... | 38 |
| Şekil 3.2. Pelvik Taban kas anatomisi anlatılırken kullanılan maketler..... | 43 |
| Şekil 3.3. Pelvis ve AÜS anatomik maketler kullanılarak gösterilmesi..... | 44 |
| Şekil 3.4. Hastalar Pelvik Taban hakkında sunum ve broşür tanıtımı..... | 44 |
| Şekil 3.5. Pelvik Taban Egzersiz uygulaması..... | 46 |



TABLO DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 4.1. Tüm Hastaların Fiziksel Özellikleri..... | 48 |
| Tablo 4.2. Tüm Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo 4.3. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özellikleri..... | 50 |
| Tablo 4.4. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 51 |
| Tablo 4.5. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması | 51 |
| Tablo 4.6. Hastaların Medeni Durum Dağılımı..... | 52 |
| Tablo 4.7. Hastaların Eğitim Durumu Dağılımı | 52 |
| Tablo 4.8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımlarının Dağılımı..... | 53 |
| Tablo 4.9. Hastaların Menstrual ve Menapoz Durumu Dağılımı..... | 53 |
| Tablo 4.10. Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Sürelerinin Grup İçi Dağılımı..... | 54 |
| Tablo 4.11. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Süreleri..... | 54 |
| Tablo 4.12. Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Sürelerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 54 |
| Tablo 4.13. Hastaların Obstetrik Hikâyesi | 55 |
| Tablo 4.14. Hastaların Doğum Kontrolü Kullanım Durumları..... | 55 |
| Tablo 4.15. Hastaların Sistemik Hastalık Dağılımı..... | 56 |
| Tablo 4.16. Hastaların Konstipasyon Varlığı Dağılımı | 56 |
| Tablo 4.17. Hastaların Çocuklukta Üriner İnkontinans Durumları..... | 57 |
| Tablo 4.18. Tüm Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametleri ve GPTRA'nın Ortalamaları..... | 58 |
| Tablo 4.19. Tüm Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 58 |
| Tablo 4.20. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametleri ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları..... | 59 |
| Tablo 4.21. SÜİ Semptomuolan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 59 |
| Tablo 4.22. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları..... | 60 |

| | |
|---|----|
| Tablo 4.23. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 60 |
| Tablo 4.24. Tüm Hastalarda Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 61 |
| Tablo 4.25. Tüm Hastalarda Ped Testinin Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 62 |
| Tablo 4.26. Tüm Hastalarda Ped Testinin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 62 |
| Tablo 4.27. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 63 |
| Tablo 4.28. MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 63 |
| Tablo 4.29. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 64 |
| Tablo 4.30. Üriner İnkontinans Tipine Göre Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 64 |
| Tablo 4.31. Tüm Hastalarda Üriner İnkontinans Şiddet Parametrelerine Göre Tedavi Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi..... | 65 |
| Tablo 4.32. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları..... | 66 |
| Tablo 4.33. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Grup İçi Karşılaştırılması..... | 66 |
| Tablo 4.34. SÜİ Semptomu olan Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları..... | 67 |
| Tablo 4.35. SÜİ Semptomu olan Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 67 |
| Tablo.4.36. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 68 |
| Tablo 4.37. Tüm Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 69 |
| Tablo 4.38. Tüm Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (devamı)..... | 70 |
| Tablo 4.39. Tüm Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması (devamı)..... | 71 |
| Tablo 4.40. Tüm Hastaların Üriner Semptomlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 72 |

| | |
|--|----|
| Tablo 4.41.SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı | 73 |
| Tablo 4.42. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı (devamı)..... | 74 |
| Tablo 4.43. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı..... | 75 |
| Tablo 4.44. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı (devamı)..... | 76 |
| Tablo 4.45.Tüm Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 78 |
| Tablo 4.46. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 80 |
| Tablo 4.47. MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 81 |
| Tablo 4.48.Tüm Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 82 |
| Tablo 4.49. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 83 |
| Tablo 4.50. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması (devamı)..... | 84 |
| Tablo 4.51. Üriner İnkontinans Tipine Göre King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 86 |
| Tablo 4.52. Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları..... | 87 |
| Tablo 4.53.Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 87 |
| Tablo 4.54. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları..... | 87 |
| Tablo 4.55. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 88 |
| Tablo 4.56.Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması | 88 |
| Tablo 4.57. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 88 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 4.58. Üriner İnkontinans Tipine Göre Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 89 |
| Tablo 4.59. Tüm Hastalarda Yaşam Kalitesi Sonuçlarına Göre Tedavi Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi..... | 90 |
| Tablo 4.60 Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (1.-5. Sorular)..... | 91 |
| Tablo 4.61. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (6.-10. Sorular)..... | 92 |
| Tablo 4.62. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (11.-14. Sorular)..... | 93 |
| Tablo 4.63. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (15.-19.) Sorular..... | 94 |
| Tablo 4.64. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (20.-25. Sorular)..... | 95 |
| Tablo 4.65. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (26.-36. Sorular)..... | 96 |
| Tablo 4.66. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (37-43. Sorular)..... | 97 |
| Tablo 4.67. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (44.-46. Sorular)..... | 98 |
| Tablo 4.68. Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi Gruplar Arası Karşılaştırılması (Soru 1-21)..... | 99 |
| Tablo 4.69. Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi Gruplar Arası Karşılaştırılması (Soru 22-48)..... | 100 |
| Tablo 4.70. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları..... | 101 |
| Tablo.4.71. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 101 |
| Tablo 4.72. SÜİ ve Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları..... | 102 |
| Tablo 4.73 MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları..... | 103 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 4.74. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 103 |
| Tablo 4.75. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 104 |
| Tablo 4.76. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 104 |
| Tablo 4.77. Üriner İnkontinans Tipine Göre Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması..... | 105 |
| Tablo 4.78. Tüm Hastaların Global Algılanan Etki Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması | 105 |
| Tablo 4.79. Tüm Hastalarda VAS'ın Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 106 |
| Tablo 4.80. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Global Algılanan Etki Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 106 |
| Tablo 4.81. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Gruplar Arası Karşılaştırılması..... | 107 |

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| ± | Artı-Eksi |
| % | Yüzde |
| AAM | Aşırı Aktif Mesane |
| Aİ | Anal İnkontinans |
| α-ar | α-adrenoceptor agonistler |
| AÜS | Alt üriner sistem |
| cm | Santimetre |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| ES | Elektrik Stimülasyonu |
| EÜS | Eksternal Üretral Sfinkter |
| GPTRA | Global Pelvi Taban Rahatsızlıkları Anketi |
| GYA | Günlük Yaşam Aktivitesi |
| İŞİ | İnkontinans Şiddet İndeksi |
| kg | Kilogram |
| KSA | King Sağlık Anketi |
| LA | Levator Ani |
| m ² | Metrekare |
| Maks | Maksimum |
| Min | Minimum |
| MÜİ | Mikst Üriner İnkontinans |
| ml | Mililitre |
| n | Hasta Sayısı |
| PİBA | Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi |
| POP | Pelvik Organ Prolapsusu |
| PTD | Pelvik Taban Disfonksiyonları |
| PTK | Pelvik Taban Kası |
| PTKE | Pelvik Taban Kas Eğitimi |
| PTSBT | Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi |
| PTSE | Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi |
| SS | Standart Sapma |
| SÜİ | Stres Üriner İnkontinans |
| TENS | Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu |

| | |
|--------------|-----------------------------|
| TÖ | Tedavi Öncesi |
| TS | Tedavi Sonu |
| Üİ | Üriner İnkontinans |
| UÜİ | Urge Üriner İnkontinans |
| US | Ultrasonografi |
| ÜDE-6 | Üriner Distres Envanteri -6 |
| VAS | Vizüel Analog Skala |
| VKİ | Vücut Kitle İndeksi |
| QOL | Yaşam Kalitesi |
| X | Ortalama |



1. GİRİŞ

Üriner İnkontinans (Üİ), uluslararası kontinans derneği tarafından semptom olarak istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. Etiyoloji ve patofizyolojine göre Üİ üç tipe ayrılır. Bunlar; stres, urge ve mikst tiptir (1, 2).

Stres Üriner İnkontinans (SÜİ): Hapşırma, öksürme veya spor aktiviteleri gibi fiziksel efor ile istemsiz idrar kaçırma şikâyetidir (1). SÜİ, uluslararası kontinans derneği tarafından detrusor aktivite artışı olmadan intraabdominal basıncın arttığı aktiviteler sırasında, intravezikal basıncın üretra basıncından yüksek olmasıyla birlikte meydana gelen idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır.

Urge Üriner İnkontinans (UÜİ): İstemsiz detrusör kontraksiyonu sonucunda aciliyet veya ani idrar yapma isteği ile idrar kaçırma şikâyetidir (3).

Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ): SÜİ ve UÜİ'nin birlikte bulunması durumudur.

Üİ, 2018 yılında dünya çapında yaklaşık 420 milyon insanda özellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla teşhis edilmiştir (300 milyon kadın ve 120 milyon erkek). Yapılan çalışmalara göre, 2050 yılında tüm dünya nüfusunun yaklaşık %20'sini üriner Üİ semptomu olan hastaların oluşturması beklenmektedir. Dünya çapında 200 milyondan fazla insan Üİ sorunu ile yaşamaktadır. Yaşlanma ile artan Üİ prevalansı, toplum tarafından yaşlanmanın doğal seyri olarak kabul edilse de bu yanlış bir yargıdır. Ülkemizde 652 kadın hastanın katıldığı bir çalışmada Üİ prevalansı yaklaşık %20 olarak saptanırken, başka bir çalışmada ise 2053 kişide %25 olarak saptanmıştır. Menapoz sonrası dünyada belirlenen oran ise %32-73 şeklindedir (4).

Etiyolojide, yaş, ırk, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, obstetrik ve jinekolojik faktörler; menapoz, gebelik ve doğum, diüretik veya çoklu ilaç kullanımı gibi medikal faktörler, VKİ, pelvik çap, eklem hiper mobilitesi, pelvik taban kas zayıflığı gibi fiziksel ve kas-iskelet sistemi ve antropometrik faktörler, sigara, pelvik taban travmaları ve cerrahiler yer almaktadır (5). Üİ; sağlık, sosyal ve hijyen gibi sorunları kapsamaktadır. Kötü koku, ıslaklık ve rahatsızlık hissinin yanı sıra kadınların toplumsal yaşama katılımlarını azaltan, idrar kontrolünü sağlayamama durumuyla birlikte hijyenik bakım gereksinimlerini artırma ihtiyacı duydukları, cinsel ilişkide Üİ korkusuyla ilişkiyi reddetme derecesine getiren ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorundur (6). Üİ sık görülmesi ve ciddi komplikasyonlar oluşturmasına rağmen dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ihmal edilmiş bir sağlık

sorunudur. Üİ'nin komplikasyonları ve prevalansı göz önüne alındığında, Üİ'nin değerlendirilmesi ve tedavisi birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır (4).

Birinci basamak sağlık hizmeti olarak önerilen Pelvik taban kas eğitimi (PTKE) Üİ tedavisinde en sık kullanılan ve konservatif tedavi içinde yer alan en önemli ve etkin bir yöntemdir (4, 7). PTK ilk kez Arnold Kegell tarafından, 1948 yılında Üİ tedavisinde davranışsal bir yöntem olarak tanımlanmıştır. Etkinliği yaş ve VKİ' den bağımsız olarak kanıtlanan PTKE; pelvik destek ve üretral sfinkter kapama mekanizmasındaki kas fonksiyonuna dayanmaktadır. PTKE; kas koordinasyonu, kuvvet ve endüransı arttırmak için uygulanmaktadır. Araştırmalara göre; yaklaşık kadınların %30- 40 oranı verilen talimata rağmen doğru istemli PTK kontraksiyonunu gerçekleştirememektedir ve bu oran pelvik taban disfonksiyonu olan kadın popülasyonunda %70'e çıkmaktadır (4).

Literatür incelendiğinde; Üİ olan hastalarda farklı tedavi protokollerini içeren ve etkinliği kanıtlanan çalışmalar oldukça fazla olmasına rağmen kadınların PTK'yi bilme ve PTKE'nin uygulanmasında farkındalık ve bilgilendirme konusunda yapılan az sayıda çalışmada, PTKE ve pelvik taban farkındalık eğitiminin pelvik taban disfonksiyonları (PTD) ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, diğer çalışmalarda ise hastalara yüzü yüze ve internet üzerinden verilen eğitimlerle hastaların sadece pelvik taban ve hakkındaki bilgileri değerlendirilmiştir (8-10). Literatürde, kadınların Üİ'yi, doğum yapmanın veya yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşünmeleri bu nedenle sağlık arayışına girmemeleri, tedavi konusunda hangi doktor ya da sağlık personeline başvuracağı konusundaki bilgi eksikliği ve tedaviden bir beklentilerinin olmaması nedeniyle PTD farkındalığına yönelik geniş çaplı araştırmaların yapılması ve bu konudaki farkındalığın geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu nedenle çalışmamız, SÜİ ve stres baskın MÜİ semptomu olan hastalarda kapsamlı şekilde oluşturan pelvik taban sağlığı eğitimi (PTSE) ve yoğun pelvik taban egzersiz programının fizyoterapist süpervizyonu ile birlikte uygulamasını içermektedir. Çalışmamızın amacı; üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve pelvik taban egzersiz eğitim programının etkinliğinin araştırılmasıdır.

Çalışmanın Hipotezleri:

1. Hipotez: Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının birlikte uygulanması üriner inkontinans şiddetini azaltır.

2. Hipotez: Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının birlikte uygulanması üriner inkontinans semptomlarını ve frekansını azaltır.

3. Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının birlikte uygulanması yaşam kalitesini iyileştirir.

4. Üriner inkontinans şiddetinin azaltılmasında pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkilidir.

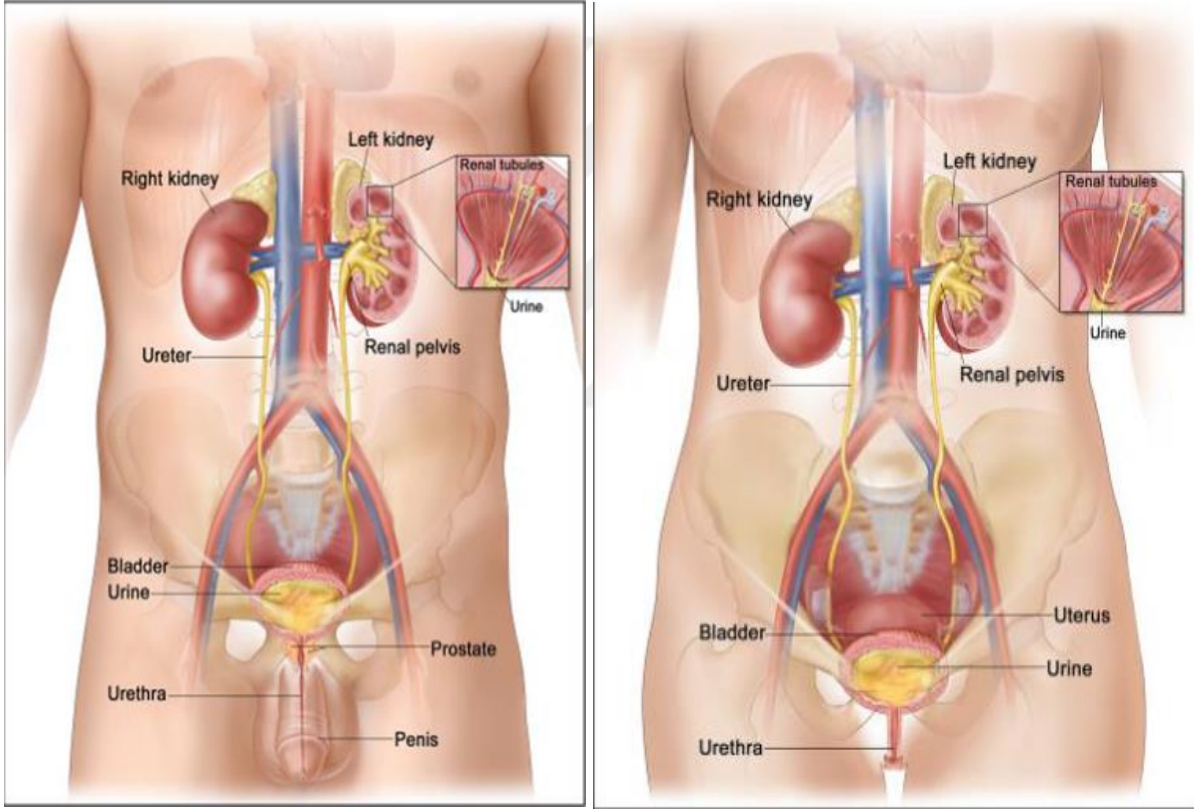
5. Üriner inkontinans semptomlarının ve frekansının azaltılmasında pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkilidir.

6. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkilidir.

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner Sistem

Üriner sistem böbrekler, üreterler, mesane ve üretradan oluşur. Osmoregülasyon, kan basıncı ve hacim regülasyonu, kırmızı kan hücresi üretimi, kalsiyum emilimi, toksin metabolizması ve atılımı dâhil olmak üzere çeşitli fizyolojik süreçlerden sorumludur. İstenmeyen ürünlerin dışarı atılmasını, besinlerin ise vücut içerisinde tutarak saklanmasını sağlar (11).



A

B

Şekil.2.1. Erkek (A) ve kadın (B) üriner sistemi (12).

2.1.1. Üst Üriner Sistem

Böbrekler ve üreterlerden oluşmaktadır.

Böbrek: Böbrekler posterior karın duvarı peritonunun arkasında bulunur. Sağ böbrek soldan daha aşağıda bulunmaktadır. Hilum adı verilen medial tarafta üreter ve renal ven bulunmaktadır. Böbreklerin kan kaynağı oldukça büyüktür. Aorttan direk dal alır ve inferior vena cavaya geri dönen dallanması vardır. İki böbrek dakikada toplam 0,5-5 ml arasında, ortalama olarak ise 1 ml idrar üretir. Kan basıncı üzerine etkisi olan renin ve kırmızı kan hücresi üretimini regüle eden eritropoetin hormonunu salgılar. Böbrekler, uygun kemik yapımı ve kandaki kalsiyum seviyesini düzenlemek için ihtiyaç duyulan olan D vitamini oluşumu için gereklidir (13,14).

Üreter: Üreterler, böbrekleri idrar kesesine bağlayan ve idrarı renal pelvisten mesaneye taşıyan iki taraflı ince (3-4 mm) tübüler yapılardır. Kas tabakaları, üreterin idrarı böbreklerden mesaneye taşımak için kullandığı peristaltik aktiviteden sorumludur. Üreterler, böbreklerin üreteropelvik kavşağında başlar ve bunlar hilumdaki renal ven ve artere posterior olarak uzanır. Üreterler daha sonra karın boşluğunun içine doğru ilerler. Psoas kasının üzerinden (önden) geçerler ve trigonda mesanenin arka tarafından mesaneye girerler.

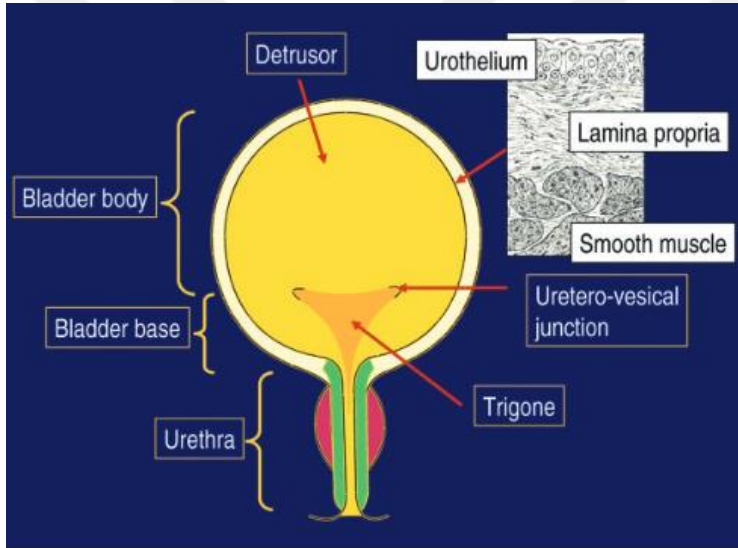
Böbrek taşlarının yerleşimi için üreter yolu boyunca üç alan klinik olarak önemlidir. Bu alanlar; üreteropelvik kavşak, üreterovezikal kavşak ve ortak iliak arterlerin geçişinin bulunduğu yerdir.

Böbreklere en yakın üst üreter doğrudan renal arterlerden kan alır. Orta kısım kan akımı, ortak iliak arterler, abdominal aorttan dallar ve gonadal arterler tarafından sağlanır. Üreterin en distal kısmı internal iliak arterin dallarından kan alır. T12- L2 üreterlere innervasyon sağlar ve bir pleksus oluşturur (15).

2.1.2. Alt Üriner Sistem

Mesane: Mesanenin (idrar kesesi) idrarın depolanması ve boşaltılması olmak üzere iki önemli işlevi vardır. İdrarın depolanması düşük basınçta gerçekleşir, bu da mesanenin dolmuş aşamasında rahatladığını gösterir. Depolama fonksiyonunun bozulması, Üİ ve aşırı aktif mesane sendromu gibi alt üriner sistem semptomlarına neden olabilir. Boşaltım, mesanenin koordineli kasılmasını ve üretranın gevşemesini gerektirir (16).

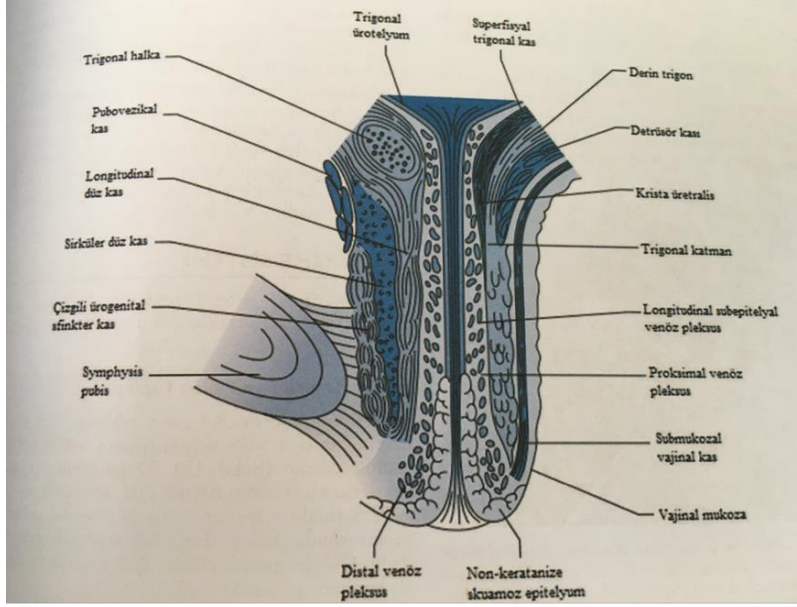
Mesane; üreter deliklerinin üzerinde bulunan mesane gövdesi ve trigon, üretrovezikal kavşak, derin detrusor ve ön mesane duvarından oluşan taban olmak üzere iki ana bileşenden oluşmaktadır. Mukoza zarı ile kaplı içi boş bir düz kas organıdır ve dış tarafında kısmen peritoneal seroza ve kısmen fasya ile kaplıdır. Kas duvarı, detrusor kasını oluşturan düz kas hücrelerinden oluşur. Kas komponenti kasıldığında mesane boynu açılır. Mesane dolduğunda mesane boyununun kapalı olması kontinans mekanizmasında pozitif rol oynamaktadır. Kontinans mekanizmasında diğer önemli rol oynayan yapı mesane ve üretra arasında posteriora doğru yaklaşık 100° olan, idrarı böbrekten mesaneye taşıyan üreterler ile mesanenin birleştiği “üretrovezikal aç”dır. Pelvik taban disfonksiyonlarının tanı ve tedavisinde önemlidir. Mesane duvarında gerilemeye hassas reseptörler impulsları afferent sinirler aracılığı ile spinal kordda işleme merkezi olan S2-S4 seviyesine iletmektedir (Şekil 2.2.) (13,16).



Şekil 2.2. Mesane bölüm şeması (11).

Üretra: Üretra, somatik ve otonomik sinirler tarafından innerve edilen çizgili ve düz kaslardan oluşur. Böylece, hem istemli hem istemsiz fonksiyonları düzenlenir. Normal depolama ve idrarın atılımı mesane ve üretradaki düz kas ve üretral sfinkterdeki çizgili kaslar arasında düzgün bir koordinasyonu gerektirir. İdrar iletimi ve kontrolünü sağlar (17).

Üretradaki kısıklık kadınlarda üriner enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Kadın üretral duvarı üretral sfinkterlerin iki farklı kas lifi tipine sahip karmaşık bir anatomiye sahiptir ve Üİ’de önemli bir role sahiptir. Ürogenital sfinkter olarak adlandırılmış çizgili kas, üst sfinkter kısmı (üretral sfinkter) ve alt kısım (kompresör üretra / üretrovajinal sfinkter) çizgili kası ifade eder. Düz kas, dairesel ve longitudinal olarak iki katmandan oluşur (13, 18).

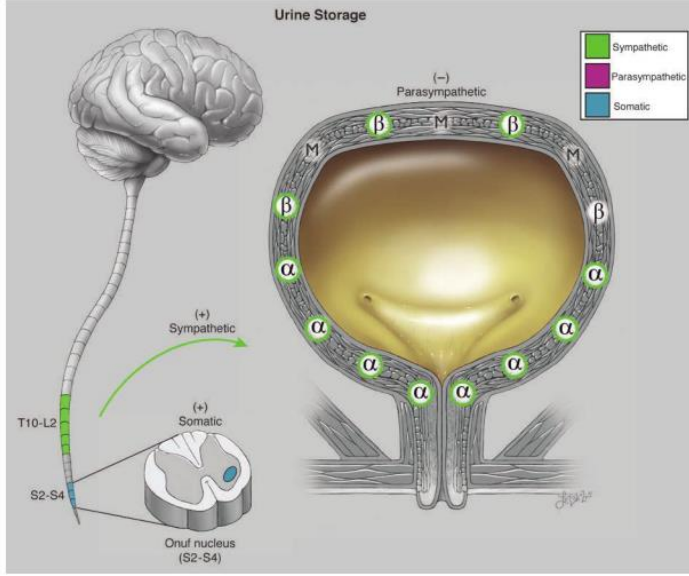


Şekil 2.3. Üretra anatomisi (Mid sagital kesit) (13).

2.2. Alt Üriner Sistem Nöroanatomi ve Nörofizyolojisi

Ürogenital sistemin iki ana alt bölümü vardır: birincisi idrarın üretilmesinden, depolanmasından ve atılmasından sorumlu olan idrar yolu ve ikincisi üreme aktivitesinde yer alan genital sistem. Ürogenital sistemin birçok fonksiyonu beyin ve omurilikteki karmaşık nöral yollar tarafından kontrol edilir. Ürogenital organların düz kas, çizgili kas, epitel hücreleri ve ekzokrin bezleri innerve periferik otonomik (sempatik ve parasempatik) ve somatik sinirlerin aktivitesini düzenleyen beyin ve omurilikte kontrol edilir (19). Alt üriner sistem (AÜS) basit bir “açma–kapama” tarzında çalışır, idrarı depolar veya idrar yaparken serbest bırakır. Bu aktivite basit görünse de, işeme; omurilik, beyin sapı ve beyindeki hücre grupları tarafından koordine edilen karmaşık bir periferik nöron seti tarafından kontrol edilir. Bu koordinasyon bozulduğunda, mesanenin kontrolü kaybolur, bu da Üİ’ye veya idrarın tutulmasına neden olur (Şekil 2.4) (20).

AÜS hem otonomik hem de somatik motonöronlar tarafından innerve edilir Otonomik motonöronlar, liflerini hipogastrik sinirden alan sempatik preganglionik motonöronlardan ve liflerini pelvik sinirden alan parasempatik motonöronlardan oluşurken, somatik motonöronlar liflerini pudental sinirden gönderir (20).



Şekil 2.4.İdrar depolama fiziolojisi (21).

2.2.1.Sempatik ve Parasempatik İnervasyon

Afferent lifler pelvik, hipogastrik ve pudental sinirler yoluyla alt idrar yoluna ulaşır. Bu sinirler, mesane, üretra ve sfinkteri besleyen efferent parasempatik, sempatik ve motor lifleri de içeren sinirlerdir. Sempatik motonöronlar mesane detrusor kasının gevşemesinden, iç üretral sfinkterin kasılmasından ve kan damarlarının kasılmasından sorumludur. Limitli bir etkisi olan parasempatik aktivasyon ise mesanedeki düz kasların kontraksiyonunu sağlar, mesaneyi daraltır ve iç üretral sfinkteri rahatlatır. Sızlayan, künt ve lokalizasyonu zor olan ağrı hissi, spinal kordun T10-L2 inter-mediolateral hücrelerinden köken alan sempatik afferent lifler aracılığıyla taşınır. Ani sıkışma hissi, rektum doluluğu, mesane distansiyonu ve seksüel duyular ise spinal kordun S2, S3 ve S4 segmentlerinden köken alan parasempatik afferent lifler ile iletilir. Sempatik efferent lifler, somatik efferent lifler ile spinal siniri oluşturup paravertebral ganglion ile sinaps yapar, daha sonra somatik segmentler ile pelvik tabana ulaşmak için periferik olarak devam ederler. Pelvik pleksus, vezikal pleksus ve kavernöz sinirlerden oluşur. Kavernöz sinirler üretral sfinktere giderken, vezikal pleksus üretra ve mesaneye gider. Parasempatik efferent lifler, somatik efferent lifler ile anterior spinal ramus olarak devam eder ile pelvik splanik sinirler aracılığıyla pelvik pleksusa, mesane duvarına ve üretraya giderler. Afferent lifler, hipogastrik ve pelvik pleksuslarda bulunmadan önce mesane ve üretradan köken alırlar. Sempatik liflerin spinal korda giriş seviyeleri T11-L2, parasempatik lifler ise S2-S4'dür. Proksimal üretra duyusu her iki afferent lifler aracılığıyla taşınırken, mesane duyusu daha çok parasempatik lifler ile taşınır (3, 22).

2.2.2. Somatik İnervasyon

Spinal kordun ön boynuzundaki motor nöronlardan lumbosakral ve koksigeal seviyelerinde köken alan pelvisin somatik efferent lifleri, ön boynuzdan iskelet kaslarını inerve etmek üzere çıkarak arka boynuzda giren afferent liflerle birlikte spinal siniri oluşturduktan sonra lumbosakral pleksusa doğrultusunda yönlendirilir. Anterior koksigeal ramus, spinal ve alt sakral sinirler; anokoksigeal sinirle oluşturur. Somatik afferent lifler geniş bir bölgenin duyusunu alırlar. Bu bölgeler; üretra, vajina, anüs, genital organlar, peritonun parietal tabakası, perine bölgesindeki kas, eklem, deri, tendonları ve pelvisi içine alır. Somatik afferent lifler, dokunma, ısı, ağrı, propriyosepsiyon ve vibrasyon duyularını taşırlar. Atipik alfa motor nöronların alt grubu olan onuf nükleus levator ani kaslarını, anal ve üretral sfinkterleri inerve eder ve venterolateral şekilde S1-S3 segmentlerin ön boynuzlarında bulunur (3).

2.3. Alt Üriner Sistem Fonksiyonu

Mesane idrarın depolanması ve boşaltılmasını sağlayan basit görünen kompleks bir organdır. Bu görevlerin sağlanması, mesanenin normal anatomik desteğine ve normal nörofizyolojik fonksiyona bağlıdır (5).

2.3.1. Normal Üretral Kapanma

Üretral destek sistemi, proksimal üretranın ve midüretranın dayandığı destekleyici bir tabaka sağlayan üretraya ekstrensek olan tüm yapılardan oluşur. Bu destekleyici yapının ana bileşenleri anterior vajina, endopelvik fasya, pelvik tendinöz fasyal ark ve levator ani kasıdır (20). Üretra duvarı çizgili ve düz kası, submukozal venöz pleksusun vasküler konjesyonu, üretral duvarın epiteliyal katlantıları, üretra tonusu ve elastikiyeti interensek faktörlerdir (5).

Üretral destek sistemi tek başına kapanma mekanizmasından sorumlu değildir. Üretranın kapanması esas olarak, proksimal üretrayı pubouretral ligament etrafında geri ve aşağıya doğru geren kas vektör kuvvetleri tarafından belirlenir. Üretranın distal üretral kapanması, subüretral hamağı pubouretral ligament ve pubise karşı öne doğru çeken anterior vektör gerilmeleri ile sağlanır. Levator plaka ve anal longitudinal kası, pubokoksigeus kası gevşediğinde idrara çıkma sırasında üretrayı ve puborektalis kası gevşediğinde dışkılama sırasında anal kanalı açar (23).

SÜİ seviyesi, karın içi basıncın dalgalanmaları sırasında üretranın sağlam bir üretral kapatma basıncını muhafaza etme kabiliyetine bağlıdır. Bu nedenle intraüretral basınç mesane

basıncından yüksek veya ona eşit olmalıdır. Bu basınç, üretral duvar ve çevresindeki yapılar ve mekanizmalar tarafından üretilen aktif ve pasif kapatma kuvvetlerinin bir kombinasyonu ile sürdürülür. Dinlenme sırasında, kalıcı kapatma kuvvetleri lümeni kapatır. Bunlar submukozal damarlar, elastin ve bağ dokusu, düz kas tabakası ve nöronal uyarılardır. Öksürme veya hapşırma sırasında, yardımcı kuvvetler pelvik tabanın istemli kaslarını ve karın içi basınç iletimini aktive ederek ek destek sağlar (24).

2.3.2. İşeme Fizyolojisi

İşeme süreci, hem otonomik hem de somatik innervasyonlarla koordine edilir. Talamus ve parietal lobdan uyarılar alırken; beyin, omurilik ve periferik gangliyonlardaki sinir yollarının karmaşık etkileşimlerini içeren mesanenin koordineli kasılmasını ve üretral çıkışın gevşemesini gerektirir. İdrar depolama aşamasında, mesane düz kası (detrusor olarak da bilinir) dururken, internal ve ekstrenal üretral sfinkterler (EÜS) idrar sızıntısını önlemek için çıkışın ana tonik kasılmasını sağlar. Mesane kapasiteye yaklaştığında, mesane duvarını innerve eden duyuşal nöronlar, sırasıyla “periaqueductal gray” ve “frontal operculum” dâhil olmak üzere beyin sapı ve kortekste birden fazla merkeze sinyal verir. İşemeye izin verildiğinde, parasempatik kolinerjik sinirleri etkinleştirmek için pontin işeme merkezi (klasik Barrington çekirdeği olarak anılır), pelvik ganglion içinde bulunduğu büyük kısmı, idrarın hızla atımını kolaylaştırmak için lümen basıncı arttırarak, beyinden çıkış olur. Eşzamanlı olarak, çıkış direncini azaltan intrin sfinkter gevşer. Bununla birlikte, idrarın mesaneden boşaltılmasına izin veren somatik pudendal innervasyon yoluyla EÜS'i içeren çizgili kasın istemli olarak gevşemesi gerçekleşir (25).

Normalde mesane dolum hızı 0.5-5 ml'dir. Kompliyans, en hızlı dolum aşamasında dahi 15 cm H₂O basıncını geçmemesidir. 200-300 ml sıvıda hissedililen ilk işeme isteği; detrusörden gelen afferent stimuluslarla, pontin merkez, sakral parasempatik aktivasyonla uyarılmaktadır. Böylece detrusör kasın muskarinik kontraksiyonu gerçekleşir. Üretral relaksasyon ise preganglionik sempatik inhibisyonla olur.

İşemenin başlangıç ve işeme fazı olarak adlandırılan 2 fazı vardır:

1. Faz (Başlangıç faz): Pelvik kaslar gevşer. Sakral işeme merkezinin serebral korteksten gelen inhibitör etkiler ile inhibisyonu gerçekleşir. Böylece detrusör kontraksiyon pelvik sinirlerden gelen efferent parasempatik akım ile oluşur. İdrar akımı üretral basıncın düşmesiyle başlar

2. Faz (İşeme fazı): İşemenin başlangıcında ince olan mesane duvarları “Laplace kanunu” ile açıklanmaktadır. Mesane duvar gerilimi ile intravezikal basınç ve mesane boyutu arasındaki ilişki sebebiyle duvar gerilimi artmasıyla intravezikal basınç artar. Kas fibrillerinin kısılması ile gerilim düşerken gerekli olan basıncın sabit kalır. Bu fonksiyonda kas fibrilleri kısalarak görev alır. PTK kontraksiyonu ile işeme ortasında istemli bir akım kesilmesi gerçekleşir. Bebeklerin mesanesinde gergin oluşmasıyla, istemli kontrolün olmaması nedeniyle refleks boşalma olur. Bu nedenle işeme refleksi daha yüksek beyin merkezleriyle fasilite edilebilen ya da inhibe edilebilen spinal bir reflektir. EÜS’in kasılı tutulabilmesi ve idrarın ertelenmesi öğrenilmiş bir durumdur. İşmeden sonra üretra kadınlarda bulbokavernöz kas kontraksiyonundan sonra, erkek üretrası ise yerçekimi etkisiyle boşalır (5).

2.4. Pelvik Taban Anatomisi ve Patofizyolojisi

Pelvik taban; fasya, bağ ve kas askısından oluşan, mesane, rektum ve üreme organlarını destekleyen anatomik bir yapıdır. Kemikli pelvik kuşak iki innominat kemiği ve sakrumu içerir. Bu yapılar pelvik tabanı sabitleyen ve etrafını saran kemikli çerçeveyi oluşturur. İlium, ischium ve pubis; üç innominat kemiği oluşturur. İnnominat kemiklerin her biri; arkada sakroiliak eklem, önde pubik simfisiz ve sakrum ile eklemli yapı oluşturur. Koksigeus sakrumdan çıkar ve çeşitli bağlar ve tendonlar için ek işlev sağlar (2).

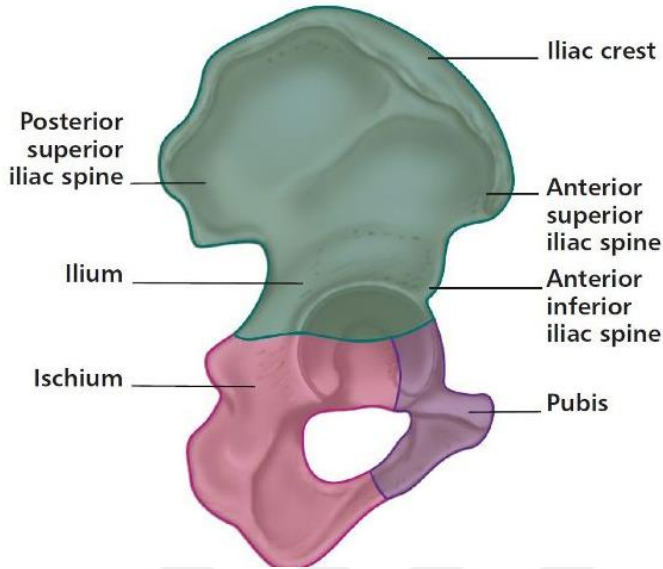
Pelvik taban kubbe şeklinde levha içine dizilmiş ve genellikle askı/hamak olarak tanımlanan çizgili kaslardan oluşmuştur (25).

2.4.1. Kemik Yapı

İlium, ischium ve pubik kemiklerin birleşiminden oluşan pelvis, anterior ve posterior olmak üzere iki bölümden oluşur (Şekil 2.5). Bu iki bölüm pelvik yan duvarlara bağlı vajinal duvarlarla ayrılırlar. Anteriorda mesane ve üretra, posteriorda ise rektum ve anüs bulunur. Pubik kemikler ve pelvik yan duvarlar ön bölmeye esnek olmayan anterior ve lateral sınırlar oluşturur, bu nedenle sadece ön vajinal duvar esnek bir bileşendir. Anterior kompartmanın aksine, posterior kompartmanın tek esnek olmayan kısmı sakrumdur. Levator ani kasları, epifiz gövdesi ve arka vajinal duvar esnektir (26).

Pelvis kemiği, vücudun üst kısmının ağırlığını kalça eklemleri yoluyla alt ekstremitelere ve yürüme, koşma ve atlama sırasında alt ekstremitelerin oluşturduğu yukarı doğru itiş vertebral kolona iletir. Pelvis, içindeki hassas iç organlara ve damarlara önemli ölçüde koruma

sağlar. Dış yüzeyi, gluteal kaslar, addüktörler ve hamstringler de dâhil olmak üzere uyluk kasları gibi son derece güçlü kasların sabitlenmesini sağlar (27).



Şekil 2.5. Pelvis ve anatomik sınırları (28).

2.4.2. Pelvik Taban Tabakaları

Derinden yüzeye doğru pelvik taban tabakaları aşağıda gösterilmiştir:

- Endopelvik Fasya: Pelvik organların pelvisin yan duvarlarına bağlanmasını sağlar. Fibromusküler dokusu; elastin, kollajen ve düz kas liflerinden oluşur. Uterosakral ve kardinal (transver servikal) ligamentleri içerir. Fasyada levator ani kasının normal fonksiyonu sağlandığı sürece gerilim oluşmaz.
- Levator Ani kası (Pelvik taban kasları bölümünde detaylı anlatılmıştır)
- Perineal Membran: Üçgen ligament ya da ürogenital diyafram da denilen perineal membran üretraya levator ani kasının gevşemesiyle en büyük desteği sağlar. Posteriorıda eksternal anal sfinkter, anteriorıda ise; üretrovajinal sfinkter ve kompresör üretra ile bağlantılıdır.
- Eksternal Genital Kaslar: Seksüel fonksiyonda önemli olan; transvers perineal, bulbospongioz ve iskikavernoz kaslarından oluşur (13).

2.4.3. Pelvik Taban Kasları

Pelvik taban kasları, vücudun başka bölgelerinde de bulunan, kas-iskelet tedavisine yanıt veren çizgili iskelet kaslarıdır. Pelvik taban kaslarının 3 temel katmanı vardır. Bunlar; (1) yüzeysel, (2) orta (pelvik diyafram) ve (3) derin (pelvik diyafram)'dır.

Pelvik taban kaslarının yüzeysel tabakası;

- bulbospongiosus, (bulbokavernosus),
- ischiokavernosus,
- yüzeysel transvers perineal kasları içerir

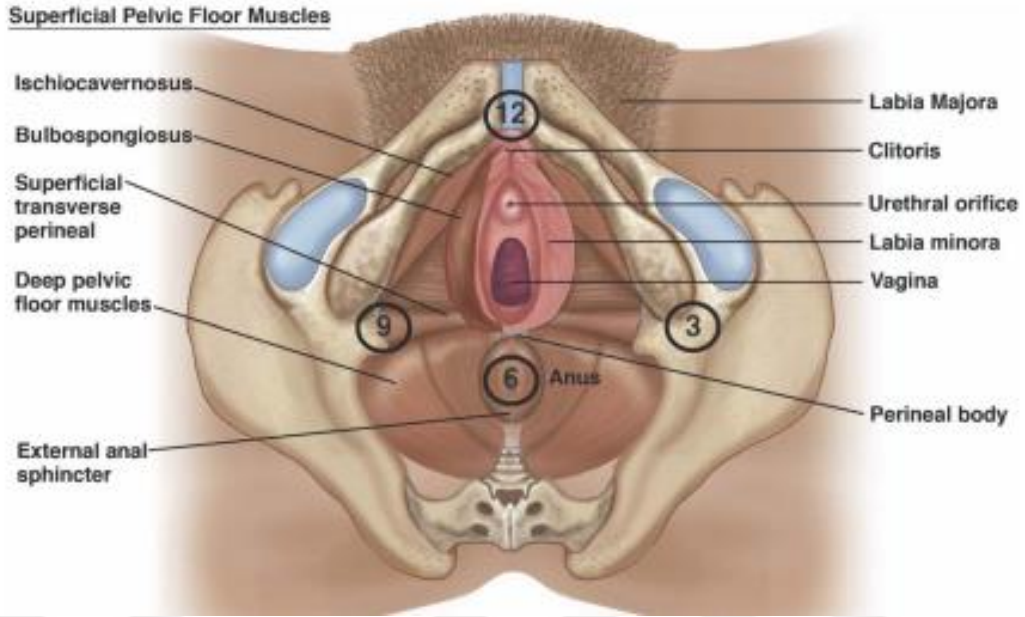
Pelvik tabanın bu tabakası, cinsel fonksiyonun kas-iskelet bileşeninde önemlidir. Bununla birlikte, bu kaslar aşırı aktif olabilir, pelvik ağrıya ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir (Şekil 2.6).

Bulbokavernosus kası olarak da bilinen bulbospongiosus, vestibüler bulbus ve Bartholin bezlerinin üst kısmını kaplar. Bu kaslar klitorise anterior olarak ve perineal yapıya posterior olarak bağlanır. EÜS ile çaprazlanarak "8"benzer şekil alır.

Ischiokavernosus kası, posterior olarak ischial tüberositin medial yönüne ve lateral olarak ischiopubik rami'ye bağlanır. Anterior olarak, klitorisin krusuna bağlanır.

Yüzeysel transvers perineal kaslar dar şeritler halindedir, lateral olarak siyatik tüberoziteye bağlanır, bulbokavernosus ve eksternal anal sfinkter kası ile birleşir (22).

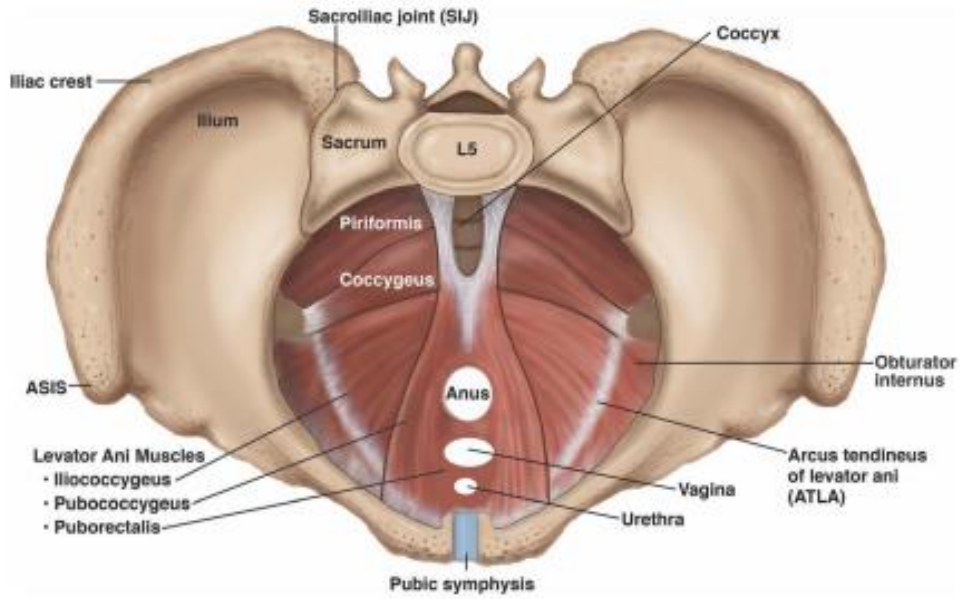
Orta tabaka; üretral sfinkter, transvers perineal profundus, kompresör üretra ve üretrovajinal sfinkter kaslarından oluşur. Kontinansa yardımcı olan üretral sfinkterin derin lifleri üretrayı kuşatır ve yüzeysel lifleri ise pubisin inferior ramusundan gelerek diğer taraftan gelen liflerde üretra ile vajina arasında karışır. Üretrovajinal sfinkter kası sadece kadınlarda bulunur (5, 22).



Şekil 2.6. Yüzeysel Pelvik Taban Kasları (12: klitoris, 3,9: Siyatik tüberozite, 6: Anal sfinkter) (29).

Pelvik taban kaslarının derin tabakası;

- koksigeus
- levator ani kaslarından oluşur (Şekil 2.7) (29).



Şekil 2.7. Pelvis ve derin pelvik taban kasları (22).

Koksigeus

Koksigeus kası, levator ani'nin arkasında bulunur. Bu kas, kas ve tendinöz liflerden oluşan üçgen şeklidir. Kasın tepesi iskiyal spina ve sakrospinöz bağdan başlar ve bu üçgen kasın tabanı, sakrum ve koksiksin en alt kısmına yerleşir. Levator ani kaslarının ve çevresindeki fasyaya sahip koksigeus kasının kolektif grubu pelvik diyafram olarak adlandırılır (30). Pelvik iç organları destekleme ve sakroiliak eklemi stabilize etme görevi bulunmaktadır (2).

Levator Ani

Levator ani puborektalis, pubococcygeus ve iliococcygeus olmak üzere 3 kastan oluşmuştur. Bu gruptaki kasların çoğu, koksikse yapışarak arkus tendineus fascia yoluyla koksikse posterior olarak uzanır.

Puborektalis kası, anteriorda pübise rektumdan geçerek yapışır. Obturator internus kendi başına pelvik taban kasları olarak kabul edilmese de, anatomik ve fonksiyonel sinerji yaratan arcus tendineus fascia pelvis yoluyla pelvik taban kaslarına fasyal bağlantıları vardır. Obturator internusun bu doğrudan bağlantıya ikincil pelvik taban fonksiyonu üzerinde önemli bir etkisi olduğunu anlamak önemlidir. Obturator internusun uzunluğu aşırı hareketlilik, spazm veya gerginlik nedeniyle değiştiğinde, levator ani üzerinde gerginlik yaratabilir ve levator ani'nin optimal olmayan fonksiyonel yeteneğini meydana getirebilir. Ek olarak, obturator internus kalça dış rotasyonuna ve abdüksiyonuna yardımcı olur (28). Pubococcygeus; daha çok pubovisserelis olarak anılan kas; pubik kemiklerden başlayarak; perineal cisim, vajina ve rektuma tutunur, az miktardaki liflerinin sonlanması ise koksikte olur. 3 alt kısımdan oluşur bunlar; puboperineus, puboanalıs ve pubovajinalıstır. Vajina, üretra ve rektum pubik kemiğe doğru olacak şekilde baskı altında kalarak kapalı vaziyette tutulması bu kasın istirahat tonusu sayesinde gerçekleşir. İliokoksigeus kası ise horizontal tabaka şeklinde pelvik organlara destek sağlar (31).

Levator Ani (LA) kasları pelvik organ desteğinin kritik bileşenini temsil eden, pelvik tabandaki en önemli kaslardır. Normal levatorlar sabit bir kasılma durumunu korur, böylece abdominopelvik ağırlığını karın içi basınç kuvvetlerine karşı destekleyen aktif bir zemin sağlar. Bu fonksiyonu ile pelvik bağlar ve fasya üzerinde sürekli ve aşırı gerginliği önlediği düşünülmektedir. Levatorların normal istirahat kasılması, bu kasta baskın olan tip I liflerin etkisiyle korunur. Levatorların bu temel aktivitesi ürogenital hiatusu kapalı tutar ve üretranın, vajinanın ve rektumun distal kısımlarını pubik kemiklerine doğru çeker. Tip II kas lifleri, karın

basıncındaki ani artışlarla ortaya çıkan refleks kas kasılmasına izin verir. LA, Kegel egzersizlerinde olduğu gibi istemli kasılabilirler. Levatorların gevşemesi, boşaltım (işeme, dışkılama) ve doğum süreçleri sırasında sadece kısa ve aralıklı olarak gerçekleşmektedir (32).

2.4.4. Pelvik Taban Ligamentleri

Uterosakral ve Kardinal Ligamentler: Arka vajen duvarının üst kısmı bu ligamentlerin dorsal komponenti tarafından asılır. Uterosakral ligament, uterusun ve üst vajinanın levator plakasının eğimli düzleminden aşağı doğru kaymasını önleyebileceği bir yönde daha dorsal olarak içinden geçen levator kaslarındaki prolapsus oluşan açıklığa doğru yönlendirilir; kısaca uterusun tutunmasını sağlayan en önemli ligamentlerdendir. Kardinal bağlar dik duruşta aşağı doğru kuvvetlere direnmeleri nispeten dikey bir yöndedir. Kardinal ve uterosakral bağlar, karın basıncındaki artış sırasında pelvik organlara uygulanan kuvvetlere yanıt olarak uzunluklarını ve açılarını değiştirir (26, 31).

Puböüretal ligamanet: Ön vajinal duvarın stabilizasyonu sağlayarak destekleyen bu yapı endopelvik fasyanın kalınlaşmış kısmıdır. Üretranın orta kısmına inferior pübisin iç yüzünü bağlar.

Üretropelvik ligament: Proksimal uretranın ve mesane boynunun en önemli yapısı olan ligament; kontinans mekanizmasında fasyal desteği uretrayı; tüber iskiüma tutunan ve vajinaya destek sağlayan arkus tendineus fasya pelvikaya bağlayarak sağlar.

Puboprostatik ligament: Prostat bezi ve mesane boynunun pübise bağlanmasını sağlar. Orta kısım uretranın rotasyonel olarak aşağıya inişine engel olur.

Rektovesikal ligament: Mesane ve rektumun birbirine bağlanmasını sağlayarak destek oluşturur (33).

2.4.5. Pelvik Taban Beslenmesi

Hipogastrik arter dalı olan arteria pudendus internus ürogenital üçgenin kanlanmasını sağlar. Alt rektal arter ise anal üçgenin kanlanmasını sağlar ve aynı isimli vene katılır (34).

2.4.6. Pelvik Taban Fonksiyonu

Uluslararası Kontinans Derneği'ne (ICS) göre, pelvik taban kası (PTK) işlevi, istemsiz bir kasılma varlığında normal veya güçlü bir istemli kasılma gerçekleştirme yeteneği olarak

tanımlanır ve “vajinanın dairesel kapanması”, perine ve pelvik organların yukarı doğru hareketi üretra ve anüs ile sonuçlanır (35).

Pelvik taban, sabit durumunu koruyarak üreme organlarını intraabdominal basınçtaki değişikliklere karşı destekler (29). PTK’ nın ikili işlevi temel olarak organ desteği, üretranın ve anorektumun bilinçaltı kontrol altında kas tonusu ve kasılmasına dayalı olarak kapatılması ve sfinkterlerin istemli olarak açılmasıdır. Miksiyon, dışkı yapma ve cinsel işlevler de örnek olarak verilebilir (23).

2.4.7. Pelvik Taban Disfonksiyonu

Pelvik taban disfonksiyonu, pelvik tabanın anormal fonksiyonu olarak tanımlanır ve yapısal anormallikler, altta yatan hastalık veya fiziksel travmadan kaynaklanabilir (2).

Pelvik taban disfonksiyonu (PTD), pelvik organ prolapsusu (POP), üriner inkontinans (Üİ) ve anal inkontinans (Aİ), aşırı aktif mesane (AAM), pelvik ağrı ve seksüel disfonksiyonlara yola açarak dünya çapında birçok kadını etkilemektedir. Pelvik ağrı nedeniyle milyonlarca kadın yüksek masraflar ve kişisel ıstıraplarla düzeltici cerrahiler geçirmektedirler. PTD risk faktörleri; hamilelik, doğum, yaşam şekli, sigara kullanımı, aşırı kilolu olmak ve intraabdominal basıncı kronik olarak negatif etkileyen fonksiyonlar olarak sıralanmaktadır (36).

Pelvik taban fonksiyonları ekstrinsik destek ve intrinsik üretral kapanma mekanizmasına bağlıdır. PTK ve ligamentlerinin enduransı ve PTK kasılmasında etkili olan kontrol döngüsü ekstrinsik destek mekanizmasını oluştururken, üretral sfinkterlerin tonus ve kontraksiyonunun kontrol döngüsü, tunika muskularis, mukoza ve spogiosa ve üretranın bütünlüğü intrinsik üretral kapanma mekanizmasını oluşturur. PTK’da tip I ve tip II kas liflerinin oranları yaşlanma ile birlikte değişmektedir. Bu bilgiler ışığında SÜİ’nin abdominal basınçtaki değişiklik veya fiziksel aktivitede internal üretral sfinkter yetmezliği nedeniyle üretradaki yetersiz kapanma basıncı ve üretral destekteki mekanizmasının sonucu olduğu belirtilir. Pelvik taban yetmezliği çeşitli derecelerde prolapsa myojenik, nörolojik ve vasküler kaynaklı sfinkter yetmezliği ve disfonksiyonu ile neden olmaktadır. Üretranın destek mekanizması doğum, travma, ya da cerrahi nedenlerle kaybetmesiyle üretranın fonksiyon kaybı meydana gelir. Bunun sonucunda üriner Üİ semptomları ile karşılaşılır (3).

2.5. Üriner İnkontinans (Üİ) ve Tanımı

Üİ bir depolama semptomudur ve istemsiz idrar kaybının şikâyeti olarak tanımlanır. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) Üİ'yi; “Sosyal veya hijyenik bir sorun olan istemsiz idrar kaybı” olarak tanımlamıştır (20).

2.5.1 Üİ Sınıflandırılması ve Tipleri

Üİ, hastanın semptomlarına göre de tanımlanabilir. Bu semptomlar Üİ tiplerini oluşturmaktadır. Üİ sınıflandırılması şu şekildedir:

1. Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)
2. Urgency Üriner İnkontinans (UÜİ)
3. Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ)
4. Overflow (Taşma) İnkontinans
5. Ekstraüretral İnkontinans
6. Fonsiyonel İnkontinans
7. Refleks İnkontinans
8. Nokturnal İnkontinans
9. Giggle İnkontinans
10. Orgazmik İnkontinans (20).

Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)

SÜİ, öksürme veya hapsirme gibi artan intraabdominal basınç zamanında veya efor veya spor aktiviteleri gibi fiziksel uğraşlar sırasında olan istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlanabilir (37). Üİ' li kadınların yaklaşık % 50'si tarafından bildirilen en yaygın türüdür. (1). Her yaşta kadını etkileyebilir; 15- 64 yaş arasındaki kadınlarda genel prevalansı % 10-30 arasındadır (38). SÜİ, özellikle düşük östrojen seviyelerinin bir sonucu olarak, doku direncinin azaldığı perimenopozal dönemde ortaya çıkabilir veya önceki vajinal doğumlardan kaynaklanabilir. Normal doğum sırasında doğum kanalı dokuları aşırı derecede gerilerek levator ani kasına ve viseral pelvik fasyaya zarar gelebilir. Araştırmalara göre, bu alandaki doku rejenerasyon mekanizmalarına rağmen, üç veya daha fazla doğumdan sonra kadın bedeninin yapabildikleri ve yetenekleri, nullipar ve sadece bir kez doğum yapmış kadınlara kıyasla azalma göstermektedir (39).

SÜİ ile sıklıkla örtüşen iki mekanizma tanımlanmıştır: mesane boynu ve üretra desteğinin kaybindan kaynaklanan üretral hipermobilitate (karın basıncının zirveleri sırasında hareket edecek şekilde) ve üriner sfinkterinin zayıflığıdır. Sfinkter mekanizması hasar görmesiyle intrinsek sfinkter eksikliği olarak adlandırılan stres alt tipi ortaya çıkar. Sfinkterin zayıflığı travma, tekrarlanan ürojinekolojik ameliyatlar, nörolojik hastalık, yaşlanma veya sistemik kas atrofisine yol açan hastalıklardan kaynaklanabilir.

Üretral hipermobilitate ile ilişkili SÜİ patofizyolojik açıklamasında hamak hipotezi yaygın olarak kabul edilir. Hipotez; üretranın, vajinanın fibromüsküler bağ dokusu olan endopelvik fasya tarafından desteklendiğini belirtir. Endopelvik fasya, üretranın dinlenme ve aktivite sırasında sıkıştırıldığı bir 'hamak' oluşturur. Bu kompresyon, internal üretral sfinkter basıncı ve mukoza ile birlikte üretral lümeni etkili bir şekilde kapatır ve intravezikal basınç arttığında bile istemsiz idrar kaçışını önler. Obezite, kronik öksürük, kabızlık, doğum veya menopozdan kaynaklanan aşırı yüklenmenin bir sonucu olarak pelvik fasyanın tendinöz arkı pelvise veya paravajinal dokuya verilen hasar, mesane boynunun ve üretranın anatomik desteğini azaltabilir. Bu destek kaybı, üretranın hipermobilitesi ile sonuçlanır, böylece karın içi basıncın arttığı zamanlarda sıkıştırılmak yerine, üretra sıkıştırılmadan aşağı doğru hareket eder bu da üretrada mesaneden daha düşük basınçla sonuçlanır ve bunun sonucunda idrar kaçağı meydana gelir (40).

Genel hasta prevalansına bakıldığında SÜİ ve MÜİ görülme olasılığı UÜİ'ye göre daha fazladır. MÜİ ve UÜİ prevalansı ilerleyen yaşla artarken; SÜİ'de yaşla azalma görülmektedir (41).

Urgency Üriner İnkontinans (UÜİ)

İdrar yapmak için güçlü ve ani bir dürtüyle gelen istemsiz idrar sızıntısıdır. UÜİ, genellikle uygun olmayan zamanlarda mesane duvarının detrusor kaslarının istemsiz kasılmaları neden olur. Akan suyun sesi, soğuk havaya maruz kalma veya soğuk içeceklerin içilmesi gibi basit günlük olaylarla tetiklenebilir. İdiyopatik etiyolojik faktörler miyojenik, nörojenik ve üretrojenik semptomları içerir (42). Üretrada enfeksiyon, taş ve karsinoma gibi patolojiler ve mesane duvarının aşırı hassasiyeti duyuşal UÜİ'ye neden olabilir. Duyusal urge sebebiyle, hastalarda mesane dolumu, bir aktiviteye cevap olarak ya da kendiliğinden erken ve istemsiz detrüsör kontraksiyonları oluşabilir. Motor UÜİ ise; asemptomatik veya nörolojik hastalıklarla ortaya çıkabilir. Mesanenin dolum fazında üretra normal olmasına rağmen istemsiz

detrüsör kontraksiyon oluşur. Engel olunamayan ve ani kasılmalarla, mesane içi basıncı üretra basıncından daha yüksektir. Hastaların şikayet tanımı genellikle ani ve şiddetli idrar yapma isteği ile tuvalete ulaşamadan ya ulaştıkları anda tuvalet kapısında istemsiz idrar kaçırmaları şeklindedir (5).

Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ)

MÜİ; aciliyet ve ayrıca çaba, efor, hapşırma ve öksürme ile ilişkili istemsiz idrar kaçırmaları şikayetidir. SÜİ ve UÜİ' nin beraber görülme şeklidir. MÜİ'nin altta yatan patafizyolojik nedeni de SÜİ ve MÜİ mekanizmalarının birleşimi olarak belirlenmiştir (7).

Overflow (Taşma) İnkontinans

Prostat büyümesinde olduğu gibi bir çıkış obstrüksiyonu (tıkanıklığı) olduğunda, mesane tamamen boşaltılamaz ve yavaş yavaş aşırı bir şekilde şişer. Bu noktada, basınç mesanenin içinde üretral basıncı aşar ve idrarın damlamasına neden olur. Çoğu zaman, hastanın obez olmaması koşuluyla, mesane işeme sonrasında bile palpe edilebilir. Bu, postvoid kalıntısının 75 ml'yi aştığı ve 250 ml'ye kadar çıkabileceği ultrasonografi ile doğrulanabilir.

Bazen benzer bir durum idrar akışında tıkanıklık olmadan gelişir. Diyabetik nörapatide meydana geldiği gibi, parasempatik lifler hasar gördüğünde detrusor daha az kontraktıl (hipotonik detrüsör) hale gelebilir. Mesane doluluğunun zayıf bir hissi olmasıyla mesane gerilmeye devam eder, idrara çıktıktan sonra bile büyük bir hacim korunur (43).

Ekstraüretral İnkontinans

İdrarın üretra dışında farklı bir yoldan kaçışıdır. Nadir görülmekte olan bu Üİ; idrarın vajinaya geçişine neden olan konjenital bozukluklar ve travmatik sebeplerle mesane üretra ile vajina arasında açıklıklara yol açarak ekstraüretral inkontinansa sebep olabilir. Histerektomi gibi cerrahi girişimler, pelvik yapıdaki bozukluk, karsinom, endometriozis ve enfeksiyon gibi hastalıklar da yol açabilir. Rekonstrüktif cerrahi ile genelde tedavisi mümkündür (5,44)

Fonksiyonel İnkontinans

Kısmen idrar yolu dışındaki faktörlerden dolayı yalnızca idrar kaçağı olan bir hastayı ifade eder. Osteoartrit, Parkinson hastalığı veya kalp yetmezliği gibi komorbiditelere bağlı zayıf hareketliliğin varlığı tuvalete zamanında ulaşmayı zorlaştırabilir. Bu sorunlar aciliyetle daha da

kötüleşebilir. Tuvalete erişimi iyileştirmek için tanımlama ve uygun tavsiyeler (komodin veya pisuar sağlanması gibi) yaşam kalitesini artırabilir (43).

Refleks İnkontinans

Nörolojik bozukluklarda idrara çıkma durumunun algılanamaması, üretranın istemsiz gevşemesi, detrusor hiperaktivitesi ile görülür. Bu tip Üİ'de işeme merkezi baskılanmıştır (5).

Nokturnal İnkontinans

Noktüri Uluslararası Kontinans Derneği tarafından (ICS) “ana uyku döneminde idrarı geçmek için uyanma” olarak tanımlanmıştır. Gece Üİ aralıklı bir şikâyettir ve ana uyku döneminde ortaya çıkan Üİ genellikle mesane kontrolünün yapıldığı 3-5 yaşından sonra oluşur (45).

Giggle İnkontinans

Kıkırdama Üİ, kahkaha atağının neden olduğu istemsiz bir idrar kaybıdır. Az bildirilen literatüre sahip bu tipte ergen kızlarda daha yüksek prevalans işaret edilmiştir. Patogenezi tam olarak anlaşılamamış olsa da normalin altında üretral kapanma basıncından kaynaklanabileceği bildirilmiştir (5,46).

Orgazmik İnkontinans

Üretra ve vajina komşuluğu nedeniyle seksüel aktivite sırasında oluşan idrar kaçırma olayıdır. Koitus anında ya da hemen sonrasında idrar boşaltma isteği veya idrar Üİ meydana gelir. Orgazmik Üİ orgazm durumunda görülüyorsa detrusör instabilitesi veya penetrazyonda oluyorsa daha çok SÜİ ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (5).

2.5.2. Üriner İnkontinans Etiyolojisi

Üİ, üriner sistem içindeki birçok noktada disfonksiyona veya herhangi bir izole yaralanmaya bağlı artan idrar üretimine yol açan ve uygun mesane fonksiyonunu engelleyen dış faktörlerden kaynaklanır. Uluslararası kontinans derneği tarafından çeşitli üriner Üİ risk faktörleri tanımlanmıştır (12). Yaş, ırk, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler, obstetrik ve jinekolojik faktörler; menapoz, gebelik ve doğum, diüretik veya çoklu ilaç kullanımı gibi medikal faktörler, VKİ, pelvik çap, eklem hiper mobilitesi, pelvik taban kas

zayıflığı gibi fiziksel ve kas-iskelet sistemi ve antropometrik faktörler, sigara, pelvik taban travmaları ve cerrahiler yer almaktadır (5,20).

Sosyodemografik Faktörler

Yaş: Üİ prevalansı ilerleyen yaş ile artmaktadır. 20-40 yaşları arasında %7, 40-60 yaşları arasında %17, 60-80 yaşları arasında %23 ve 80 yaşın üzerinde %32 olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte, AÜS 'de fizyolojik yaşa bağlı bazı değişiklikler görülmektedir. İstemsiz detrusor aktivitesi ve detrusör hiperaktivitesi yaşla birlikte artar, toplam mesane kapasitesi, işeme geciktirme kabiliyeti ve idrar akış hızı azalır Kadınlarda östrojen düzeylerindeki postmenopozal azalmalar, üretral mukozada atrofiye, uyum kaybına ve mesane irritasyonuna neden olur. Ayrıca, böbrek filtrasyon hızı ve günlük antidiüretik hormon ve atriyal natriüretik seviyeleri yaşla birlikte değişir.

İrk: Beyaz ırktaki kadınlarda diğer ırklara göre kadınlardan daha yüksek SÜİ oranları olduğu belirlenmiştir. UÜİ'ın ise Afrika ve Amerikalı kadınlar arasında daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Raporların çoğu nüfusa dayalı değildir ve bu nedenle gerçek ırk farklılıklarının kesin sonuçlarını göstermeyebilir. Bununla birlikte, 76.000'den fazla kadını içeren bir çalışmada veriler bu ırk farklılıklarını desteklemiştir (20).

Cinsiyet: Üİ' nin kadınlarda görülme oranı erkeklerden 2 kat daha fazladır.

Obstetrik ve Jinekolojik Faktörler

Gebelik ve Doğum: Vajinal doğum nedeniyle pelvik kaslarda, konnektif dokuda ve sinirde travma, gerilme ve yırtılmalar meydana gelebilir bunun sonucunda PTD görülmektedir. Doğum sayısı, doğum tipi, 4 kg'ın üzerinde doğan iri bebekler ve epizyotomi varlığı pelvik taban kas ve sinirlerinde hasara neden olabilmektedir. Doğum yapmanın, PTK gevşemesiyle pelvik taban organlarının yapı ve pozisyonlarında bozulmalara yol açarak EÜS ve sinir hasarı ile Üİ'ye neden olabileceği belirtilmiştir (5,20,33).

Menapoz: Yaşla birlikte hormonal değişiklikler menopoz ve Üİ ilişkisini göstermektedir. Üretra, pubokoksigeal kas ve mesane trigonunda yüksek yoğunlukta östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Menapoz ile azalan östrojen hormonu kollajen değişiklikleri ve üretral vasküleritede azalmaya neden olur. Östrojen eksikliği, ürogenital atrofiye sebep olmaktadır. Ayrıca, ortaya çıkan ürogenital atrofi ile östrojen eksikliğinin kısmen menopozdaki üriner duyuşal semptomlarından sorumlu olduğuna inanılmaktadır (22).

Fiziksel Faktörler

Vücut kitle indeksi (VKİ): Tüm Üİ tiplerinde bağımsız ve önemli bir risk faktörüdür. Spesifik olarak, hem SÜİ hem de UÜİ'da, VKİ ile orantılı olarak artmaktadır. Teorik olarak, artmış VKİ ile intraabdominal basınçtaki artış, daha yüksek intravezikal basınca neden olur. Davranış değişikliği veya bariatrik cerrahi ile elde edilen kilo kaybının ardından Üİ prevalansı önemli ölçüde azalır. Vücut ağırlığının %5-10'u arasındaki kayıplar bile Üİ'de önemlidir (21).

Fonksiyonel Yetersizlik/Bozukluk: Mobilite limitasyonları, düşme öyküsü, artrit, baş dönmesi, yürüme yardımcılarını kullanma ihtiyacı ve ekstremitelerde kuvvet kaybı gibi birçok durum fonksiyonel bozuklukları kapsamaktadır. Toplum temelli birçok huzurevi çalışmalarında Üİ ve fonksiyonel yetersizlik ile ilişkilendirilmiştir (20).

PTK Zayıflığı: Parite, VKİ, geçirilmiş cerrahi, medikal faktörler, sistemik hastalıklar gibi birçok faktöre bağlı olarak gelişebilen PTK zayıflığı Üİ risk faktörleri arasında önemli bir etken olarak yer almaktadır.

Medikal Faktörler

İlaçlar diüretik özelliklerinden dolayı idrar miktarının oluşumunu hızlandırmakta, sempatik ve parasempatik sinir sistemi üzerindeki etkileriyle Üİ'ye sebep olabilir ve oluşumunu kolaylaştırabilirler. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar proksimal üretrayı gevşeterek üretrada sfinkter yetmezliğine neden olmaktadır (47)

Diğer Faktörler

Kronik Konstipasyon: Zorlayıcı ve ağrılı bir şekilde konstipasyon ile birlikte ortaya çıkan sıkılaşma eylemi PTK zayıflamasına ve bunun sonucunda Üİ'ye neden olabilmektedir. Ayrıca Üİ önlemek amacıyla PTK'nın sürekli bilinçsiz bir şekilde kontraksiyonu da defekasyon hissinin baskılanması sonucu konstipasyon oluşmasına neden olabilmektedir (33).

Histerektomi: Üİ oranını arttırdığı görülmektedir. Ameliyat öncesi ve sonrası ürodinamik testleri içeren çalışmalar, mesane birleşiminde klinik olarak önemsiz değişiklikler olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, kanıtlar klinik olarak belirtilen histerektomiden kaçınmayı veya Üİ'yi önlemeye yönelik supraservikal histerektominin seçimini desteklememektedir (22).

Sigara Tüketimi: Üİ mekanizması kesin olarak bilinmeyen Üİ'yi tetikleyen bir risk faktörüdür. Sigara tüketimi ile oluşan kronik öksürük intraabdominal basıncı arttırdığı ve pelvik taban yükünün artmasıyla PTK zayıflamasına neden olabileceği, ayrıca sigarada bulunan zararlı maddelerin mesaneyi irrite etmesi Üİ'ye neden olabileceği belirtilmiştir (47).

Sosyoekonomik Durum: Parite, VKİ, diyabet, depresyon, sigara ve menopoz dâhil olmak üzere Üİ için diğer risk faktörlerinin birçoğu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Daha yüksek sosyoekonomik durum, Üİ için artan bakım arayışıyla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilir, ancak sosyoekonomik durum ile Üİ prevalansı arasında çelişkili bir ilişki olduğuna dair kanıtlar da bulunmaktadır (22).

2.5.3. Üriner İnkontinans Değerlendirme Yöntemleri

Pelvik taban değerlendirmesi her zaman hastalardan bilgilendirilmiş onam ile başlamalı ve muayenenin bileşenlerinin ayrıntılı bir açıklaması sağlanmalıdır. Artan duygu, stres, kaygı veya korku PTK gerginliğini yükseltebileceğinden ve değerlendirmeyi değiştirebileceğinden, değerlendirmeden önce incelemenin ve bileşenlerinin ayrıntılı bir açıklamasını sağlamak stres ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olacaktır (29).

Hikâye ve Genel Değerlendirme

İnkontinans gibi bir hastalığın yönetiminde, hastanın bütünsel bir şekilde değerlendirmesi çok önemlidir. Birçok faktör bireyin semptomlarını etkileyebilir, Üİ'ye neden olabilir, tedavinin seçimini ve başarısını etkileyebilir.

Herhangi bir idrar, bağırsak veya prolapsus semptomunun varlığı, şiddeti, süresi ve rahatsızlığı, ilgili organ sistemlerinde semptomların belirlenmesi etkili tedavi planlaması için kritik öneme sahiptir. Semptomları değerlendirmek için doğrulanmış anketlerin kullanılması yararlıdır.

Herhangi bir semptomun cinsel işlev ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini içeren geçerli anketler, tam bir değerlendirmenin parçasıdır. Nörolojik, kardiyovasküler ya da şeker gibi herhangi bir hastalığı düşündüren semptomların varlığı ve şiddeti de sorgulanmalıdır. Hastadan alınan geçmiş tıbbi hikâye, sosyal çevre yaşam şeklinin sorgulanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilme de önemlidir (20).

24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesi

Ortalama işeme sıklığı, hacmi ve Üİ sıklığının objektif bir ölçüsü olarak, 3 veya 7 günlük uygulanabilen, küçük değişikliklere duyarlı güvenilir bir araç olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. 24 saatlik frekans hacim çizelgesi şeklinde sıvı alımı, alınan sıvının miktarı, işeme zamanı, işeme hacmi, ani sıkışma hissedip etmemesi, Üİ zamanı ve miktarı ve Üİ anında yapılan iş/aktiviteyi içermektedir.

24 saatlik idrar üretimi, noktürili yaşlı kadınlarda özellikle yararlı olabilecek gündüz ve gece poliürisinin değerlendirilmesini sağlayabilir. Bazı kadınlar bilişsel bozukluk gibi fonksiyonel nedenlerden dolayı mesane günlüğünü tamamlayamayabilir. Günlüğün değeri, çok şiddetli Üİ semptomu olanlarda da sınırlı olabilir, bu nedenle Üİ'nin doğru bir şekilde kaydedilmesi zor olabilir. Bu koşullar altında, ped testleri gibi diğer yöntemler daha değerlidir (41).

Ped Testi

Denetimli koşullar altında polikliniklerde veya hastanelerde 2 saate kadar yapılacak testler geliştirilmiştir. Mesane hacmi, değişkenliği azaltmak için önceden tanımlanmış ve genellikle idrar kaybının meydana gelmesini ortaya çıkarmak için yapılandırılmış bir egzersiz seti uygulanmaktadır (48). Ped testlerinin yüksek tanınabilirliğe sahip olduğu, ancak kullanılan parametrelerin standardizasyonundaki değişimin (mesane hacmi ve provokasyon derecesi) günlük klinik uygulamadaki yararlarını azalttığı gösterilmiştir. Daha kısa süreli testler ve standartlaştırılmış egzersiz protokolleri daha yüksek spesifiteye, ancak daha düşük duyarlılığa sahipken, daha uzun süreli testler daha tekrarlanabilir ve hassastır, ancak aktivite seviyelerinin standardizasyonu zor olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, bu testler araştırma ortamında rutin uygulamalardan daha yararlı olabilir (49).

Ped testi; 1 saat, 24 saat ve 48 saat gibi belli bir periyotta uygulanabilir. Pedlerin ağırlığı bu periyotların önce ve sonrasında ölçülerek kaydedilir. Üİ'yi 24 veya 48 saat gibi uzun bir sürede ölçen ped testleri daha güvenirdir. 1 saatlik uygulama öncesi ve sonrasında Üİ'yi provoke edecek dolu mesane ile bir dizi egzersiz protokolü uygulanır. 1 saatlik testin klinik değeri limitlidir. 24 saatlik ped testi tüm ped testleri içinde en kullanışlı olan olarak belirtilmiştir. 24 saatlik ped testinde 4 gr'ın üzerindeki değerler anlamlı olarak kabul edilmektedir ve Üİ şiddeti şu şekilde sınıflandırılır:

- Hafif ($\geq 4-20$ g/24 saat),
- Orta (21-74 g/24 saat),
- Şiddetli (>75 g/24 saat) (41, 50).

Pelvik Taban Kaslarının (PTK) Değerlendirilmesi

PTK değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemleri:

- Gözlem
- Palpasyon
- Görüntüleme teknikleri
- Üretral basınç ölçümü
- Pelvik taban dinamometresi
- Vajinal sıkıştırma basınç ölçümü (7).

Gözlem

İstirahatte postür, solunum, lokal olarak abdominal, pelvik ve genito-anal bölgenin değerlendirilmesini ya da aktivite sırasında mobilite, tonus ve lokal olarak abdominal, kalça ve bacak kaslarının gözlemlenmesini içermektedir. Perineal yükselme ile görülen doğru pelvik taban kasılmasını veya kadınlarda perineal iniş ile gözlenen yanlış bir kasılmayı değerlendirmek için kullanılabilir (36, 48).

Palpasyon

Parmak ucuyla veya tırnağınızla herhangi bir doğrudan baskıyı önlemek için palpasyon parmak pediyle yapılmalıdır. Kullanılan basınç derecesiyle ilgili endişeyi gidermek için, uygulayıcı, iç palpasyon parmağıyla kullanılan basınç derecesini göstermek için hastanın uyluğuna eşit basınç uygulayabilir. Muayenenin amacı, hastanın rahatlığına ve muayenenin tolere edilebilirliğine dikkat ederken, vajinanın girişinde, derin kaslarda ve bağ dokularında (fasya) ve iç organlarda dışarıdaki kas sistemini ve çevresindeki dokuyu en yüksek doğrulukla değerlendirmektir (29).

Brink skoru, Modifiye Oxford Skalası (MOS), PERFECT şeması klinik uygulamada en çok kullanılan palpasyon yöntemlerindedir.

Brink skoru, sıkışmanın etkileşim basıncını, dikey yer değiştirmesini ve dayanıklılığını değerlendirmek için 4 puanlık bir ölçek kullanır.

Laycock MOS'u geliştirmiştir. Değerlendirme şeması, güç ve dayanıklılığı ve tekrarların ve hızlı kasılmaların sayısını değerlendirmek için 6 puanlık bir ölçektir.

Modifiye Oxford Skalası (MOS):

0= kontraksiyon yok

1= çok zayıf

2= zayıf

3= orta (kaldırma ile)

4= iyi (kaldırma ile)

5= kuvvetli (kaldırma ile)

PERFECT Şeması:

P=Power (güç)

E=Endurance (endurans)

R=Repetitions (tekrarlar)

F=Hızlı Kontraksiyonlar

ECT=Her bir kontraksiyonun zamanını ifade etmektedir.

Kadınlardan PTK kasılması istendiğinde yanlış kasları kullanabileceğini veya Valsalva manevrası yaptığını bilmek önemlidir. Muayene eden kişi gluteal veya karın kaslarının kasılıp kasılmadığını kontrol etmelidir (7, 51).

Herhangi bir bağırsak disfonksiyonu veya nörolojik semptom, sfinkterin tonunu ve sıkışmasını değerlendiren rektal muayeneyi gerektirmektedir. Ek olarak, bağırsak disfonksiyonu, S2-S4 sinir dağılımının testi de dâhil olmak üzere genel bir nörolojik muayeneyi gerektirir (41).

Klinik Testler:

Görüntüleme Teknikleri

Üst idrar yolu anomalisi veya üreterovajinal fistülün neden olduğu alt üriner sistem sendromu veya Üİ şüphesi olan durumlarda üst idrar yolu görüntüleme (intravenöz ürografi veya bilgisayarlı tomografi) gösterilebilir. Ultrasonografi, PTK' ları ve bunların işlevleri değerlendirmek için kullanılabilir (49).

Yüzey elektromiyografisi PTK kasılmalarının gerçek zamanlı değerlendirilmesi ve PTK motor ünitesi aksiyon potansiyelinin tanımlanmasıyla PTK fonksiyonunun değerlendirilmesi için kabul edilebilir bir araçtır. Kaslardan gelen elektrik sinyalleri, kasılma sırasında motor ünitelerin işe alınmasıyla üretilir; kas kuvveti ile motor ünitelerin aktivasyonu arasında bir korelasyon gözlenmiştir. Bir kasın biyoelektrik aktivitesi, kas fonksiyonunun bir temsili olarak izlenebilir (52).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), pelvik tabanın anatomik yapıları hakkında detaylı bilgi vermektedir. Bunun yanı sıra herhangi bir şekilde oluşan kas hasarı ve uygulanan tedavinin etkisini değerlendirme için de ayrıca önem taşır (5).

Vajinal Sıkıştırma Basınç Ölçümü Sıkıştırma Basınç Ölçümü

Üretra, rektum veya vajinadan yapılabilen ölçüm, PTK'nın maksimum kuvvet ve enduransını ölçmede en yaygın kullanılan yöntemdir. Hastadan PTK' nı sıkabildiği kadar kuvvetli sıkması (maksimum kuvvet), kontraksiyonu devam ettirmesi (endurans) veya kontraksiyonları tekrar edebildiği kadar etmesi (endurans) istenir

Kegel (1948) perineometre olarak adlandırılan manometreye bağlı vajinal basınç aleti geliştirmiştir. Alet perineum olarak adlandırılrsa da, vajinanın içerisinde LA seviyesine yerleştirilmektedir. Hastanın pozisyonunun, performansının, verilen talimatların ve motivasyonun standardizasyonu oldukça önemlidir. Bu yöntemle tüm PTK kuvveti değerlendirilir, ancak üretrayı kapatma yeteneği ölçülmek isteniyorsa üretral basınç ölçülmelidir (7).

Üretral Basınç Ölçümü

Üretral fonksiyonun ölçülmesinde kullanılan üretral basınç ölçümü üretranın Üİ önleme yeteneğini değerlendirmektedir. Tüm üretral uzunluk boyunca veya bazı noktalardan ölçülebilir. Statik ölçüm yapması nedeniyle kaçış anında üretraya etki eden kuvvetleri göstermemektedir. Abdominal basınçtaki artışlar nedeniyle üretrayı kompresyona uğrar ve sonucunda periüretral kasların refleks aktivasyonu oluşur. İstirahat üretral basınç ölçüm bu yöntemle değerlendirilemez (7).

Pelvik Taban Dinamometresi

Fizyoterapistler tarafında uzun yıllardır ekstremitelerin ve gövde kaslarının kontraksiyonunun ölçülmesinde kullanılır. Pelvik taban dinamometreleri oldukça yeni ve kullanımı yaygın değildir (7).

Ürodinami

Ürodinamik değerlendirme aşağıdaki durumlar için önerilir:

- Sonuçlar, UI ve POP için çoğu invaziv tedaviden önce olduğu gibi, sonuçların yönetimini değiştirebileceği durumlarda.
- Tedavinin başarısızlığından sonra, başka bir tedavinin planlanması için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulursa.
- Bazı nörojenik alt idrar yolu disfonksiyon tiplerinde ilk ve uzun süreli takip programlarının bir parçası olarak

Ürodinamik değerlendirmenin amaçları şunlardır:

- Hastaların semptomlarını çoğaltmak ve bunları ürodinamik bulgularla ilişkilendirmek.
- Mesane hissinin değerlendirilmesi.
- Detrusor aşırı aktivitesinin saptanması.
- Dolum sırasında üretral yeterliliğin değerlendirilmesi.
- İşeme sırasında detrusor fonksiyonunun belirlenmesi.
- İşeme sırasında çıkış fonksiyonunun değerlendirilmesi
- Rezidüel idrar ölçümü (20).

2.6. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Üİ tedavi yöntemleri şunlardır:

- Konservatif Tedavi
 - Davranışsal Tedavi
 - Hasta Bilgilendirme
 - Mesane Eğitimi
 - Pelvik Taban Fizyoterapisi
- Farmakolojik Tedavi
- Cerrahi

2.6.1. Konservatif Tedavi

Davranışsal Tedavi

SÜİ tedavisinde ilk olarak; yaşam tarzı değişiklikleri, kilo kaybı, alkollü, kafeinli ve gazlı içecekler gibi mesane iritanların tüketimini azaltmak, kabızlığı önlemek, sigara bırakma, sıvı alımını normalleştirme ve yatmadan önce sıvı alımını azaltmak yer almaktadır. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, lifli gıda tüketimi, hidrasyonun sağlanması ve laksatif kullanımı kabızlığı önlemek için önerilebilir. Kadınlara işeme günlüğü tutmaları önerilir ve mesane eğitimi stratejileri uygulamaları öğretilir (2, 53).

Hasta Bilgilendirme

Öncelikle hastaya pelvik taban ile ilgili bazı kavramlar açıklanmalıdır. Bunlar; idrarın oluşumu (nerede-nasıl), pelvik taban mesane ilişkisi, Üİ'nin nedenleri ve olası sonuçları vb.'dir.

PTK, anatomik maketler kullanılarak nerede buldukları, kasılma mekanizması, bunun öğretilmesi gerekir. Böylece pelvik taban eğitimi etkinliği sağlanır. Pelvik tilt öğretilerek işeme postürü gelişimi sağlanarak tuvalet egzersizi verilebilir. Tuvalet alışkanlığı hakkında bilgilendirme işeme günlüğü kullanılarak yapılabilir (13).

Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi üç ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; urgency, Üİ ve mesane kontrol stratejileri konusunda hasta eğitimi; işeme aralıklarını aşamalı olarak uzatan işeme yönetimi; pozitif pekiştirme teknikleri. Hastalara urgency epizod kontrolü için özel relaksasyon ve distraksiyon teknikleri ve/veya PTK kontraksiyonu kullanımı gibi aciliyet hissini baskılama stratejilerini kapsayan bir eğitim verilmektedir.

Mesane eğitimi:

- tek başına temel anlamda esas tedavi olarak;
- farmakolojik veya konservatif olacak şekilde başka bir tedavi ile karşılaştırılarak;
- farmakolojik veya konservatif olarak başka bir tedavi kombinasyonu ile ilave bir tedavi şeklinde;
- farmakolojik olarak bir tedavinin faydasının artırılması amacı ile kullanılabilir (7).

Pelvik Taban Fizyoterapisi

Pelvik taban fizyoterapisi, pelvik kuşak içindeki ve çevresindeki kasları, sinirleri, bağları, bağ dokusunu, lenfatik sistemi ve eklemleri hedefleyerek hareketlilik ve fonksiyonelliğe odaklanır. Pelvik taban fizyoterapisinde, pelvik taban kas eğitimi (PTKE) miyofasyal gevşetme, bağ dokusu manipülasyonu, eklem ve skar dokusu mobilizasyonu gibi manuel terapiler kullanılmaktadırlar. Manuel terapide, spastisitesi artmış(spazm gelişmiş) kasları gevşetmek ve ağrıdan kurtarmak ve gergin dokuyu uzatmak için palpasyon kullanılır. Kadınların pelvik taban hakkında fonksiyonel farkındalık kazanmalarına, kas kasılmalarını daha iyi koordine etmelerine ve maksimum fonksiyonelliği sağlamak ve endüransı arttırmak için nöromüsküler elektriksel stimülasyon (NMES) ve biofeedback gibi tedaviler kullanılır. Tedavilerde intravajinal ve intrarektal uygulama, muayene ve tedaviyi içerir (2).

Pelvik Taban Kas Eğitimi (PTKE)

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006) kılavuzunda, SÜİ ve MÜİ semptomu olan kadınlarda birinci basamak tedavinin en az 3 ay gözetimli PTKE olduğu belirtilmiştir (13). PTKE’de amaç PTK işleyişini iyileştirmektir. PTKE olarak da bilinen pelvik

taban kas egzersizi pelvik taban fizyoterapisi veya pelvik taban rehabilitasyonu, Üİ ve urge, aciliyet gibi AAM semptomları için davranışsal tedavinin temelini oluşturur. PTK egzersizi pelvik taban kas gücünü, gücünü, dayanıklılığını, gevşemesini veya bu parametrelerin bir kombinasyonunu geliştirmek için uygulanan egzersiz olarak tanımlanır. Her türlü Üİ'de etkilidir. SÜİ semptomu olan hastalarda karın içi basıncındaki artıştan önce veya sırasında bilinçli bir kasılma kullanılması ve yapısal bir destek oluşturulması ile karakterizedir. Kontinanstaki aciliyet, istemsiz bir detrusor kasılmasının pelvik taban kas aktivasyonu ile refleks veya istemli olarak inhibe edilebilmesidir, bu nedenle aciliyeti(urgency) kontrol etmek için istemli pelvik taban kas kasılması kullanılabilir (51).

PTKE uygulaması aşağıdakileri artırmak için önerilebilir:

- PTK kuvveti (tek bir kasılmadaki bir kas tarafından üretilen maksimum kuvvet),
- PTK dayanıklılığı (tekrarlayan kasılmalar gerçekleştirme veya zaman içinde tek bir kasılmayı sürdürme yeteneği) ve
- PTK koordinasyonu (çaba öncesi ve sonrasında kas aktivitesi efor) veya bunların herhangi bir kombinasyonu.

Fizyoterapist tarafından derece derece artan PTKE yardımcı biofeedback, elektro-nörostimülasyon, intra-vajinal direnç ve / veya mesane günlüğü olan veya olmayan çeşitli PTK egzersizlerini içerir (54).

Maksimal ve submaksimal kuvvet antrenmanı, tek başına motor yeniden öğrenmeye karşı güç/motor yeniden öğrenme, derin andominal kası içine alan ve almayan PTKE, sırtüstü pozisyonda egzersizler; pozisyonların bir kombinasyonuna karşı (sırtüstü, oturma ve ayakta durma), doğrudan PTKE karşı kalça abdüktör kasları aracılığıyla dolaylı veya taklit PTKE, modifiye pilates farklı PTKE'dir (54).

PTK egzersizi ilk olarak 1936'da Margaret Morris tarafından kadınlara vajinal kaslar kullanılarak nasıl egzersiz yapılacağını öğretmek, kasları güçlendirmek ve SÜİ'yi önlemek amacıyla tanıtıldı. Bununla birlikte, PTK egzersiz ilk olarak SÜİ'de pelvik taban kaslarının işlev ve koordinasyon eksikliğinden kaynaklandığını öne süren bir jinekolog olan Arnold Keigel tarafından popülerleştirildi. Dr. Keigel ayrıca, hastaların gücünü arttırmak için ardışık pelvik kas kasılmaları yoluyla SÜİ'nin azaltılabileceğini öne sürdü. Zamanla, bu egzersiz davranışsal ve fizik tedavi olarak Üİ için konservatif bir tedaviye dönüşmüştür.

Hastalara pelvik taban kaslarının düzgün bir şekilde kasılma ve gevşetme yeteneğini gösterdikten sonra, günlük uygulama ve egzersiz için talimatlar verilir. Günlük egzersizin amacı, kas gücünü arttırmak ve bu uygulama yoluyla motor becerilerini geliştirmektir. Temel rejim, her biri 8- 10 saniye boyunca sürdürülen ve uygulanması gereken kasılmalardan oluşur. Spesifik egzersiz rejimleri sıklık ve yoğunluk bakımından önemli ölçüde farklılık gösterir ve ideal egzersiz rejimi henüz belirlenmemiştir (51). Fonksiyonel egzersiz eğitiminin dışında “Knack manevrası” da tedavide kullanılır. Bu manevrada kontraksiyonlar pelvik tabanın aşağıya yer değiştirmesini önlemek amacıyla öksürme, hapşırma vb. abdominal basınç artışının sırasında veya öncesinde geliştirilen davranış modifikasyonudur (3).

Yüzüstü pozisyonda egzersiz yapmak en az zorlayıcı olduğu için genellikle ilk başta tavsiye edilir. Bununla birlikte, hastaların herhangi bir pozisyonda üriner Üİ’yi önlemek için kaslarını kullanarak rahat ve yetenekli hale gelmeleri için zamanla oturma veya ayakta durma pozisyonlarında ilerlemeleri önemlidir (51).

Biofeedback

EMG genellikle biofeedback yöntemine eklenir; biyolojik geri bildirim ek olarak kas için kullanılır. Biofeedback tedavisi, nöromüsküler ve otonomik aktivitenin izlendiği, güçlendirildiği ve hastaya görsel veya akustik sinyaller olarak iletildiği bir tekniktir. PTKE’ye ek olarak Biofeedback, pelvik taban kasılmaları sırasında pelvik tabanı düzgün şekilde izole edemeyen veya aksesuar kasları kullanamayan hastalarda özellikle yararlıdır. Bu yöntem, vajinanın içine basıncı ölçen ve pelvik taban kasılma kuvvetinin sesli veya görsel geri bildirimini sağlayan bir vajinal basınç sensörünün yerleştirilmesini içerir. Artırılmış versiyonlar ayrıca karın ve gluteal kasların uygunsuz kasılmalarını göstermek için abdominal ve perineal EMG kayıtlarını kullanır. Hasta, monitörde uyguladığı kas kasılmalarının kalitesini sürekli olarak izleyebilir. Uygun fizyolojik gerginliklerinin sınırlarına uyacak şekilde bir Kegel kas kasılmasını gerçekleştirmek görevidir. Ek olarak, cihazın dahili bir hoparlörü veya diyotu vardır. Hasta kas kasılmasını doğru bir şekilde gerçekleştirdiğinde hem işitsel hem de görsel uyarı aktive edilir. Biofeedback genellikle süpervize PTKE ile birlikte kullanılır. Biofeedback ile PTKE alan kadınların, tek başına PTKE alan kadınlara kıyasla üriner Üİ’de iyileşme olasılığı daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (51, 55).

Vajinal Konlar

Ağırlıklı vajinal konlar, hastaların pelvik taban kaslarını tanımlamalarına ve kontrol etmelerine yardımcı olmak ve PTKE'yi desteklemek için bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Bunlar, süpervize fizik tedavi veya biofeedback için yeterli zamanı veya kaynağı olmayan kadınlar için tercih edilebilir. Kadın konu vajinasına yerleştirir ve pelvik kaslarını aktivite sırasında yerinde tutarak kasılmasını sağlar. Ayakta dururken vajinaya ağırlıklı bir kon yerleştirildiğinde, "konu kaybetme" hissi, pelvik taban kasının konun kaymasını önlemek için kasılma sağlayan güçlü duysal geri bildirim sağlar. Vajinal konlar standart PTKE üzerinde artan etkinliği sağladıkları belirtilmiştir (51).

Vajinal konların avantajları şunlardır; her kadın için egzersiz bireyselleştirilebilir, PTKE öğretilmesine karşın konun kullanımı daha kısa bir sürede öğretilir, konların aşamalı olarak ağırlığının artması hastada tedaviye devam açısından motivasyon sağlar, süpervizyonsuz kullanımı sağlanabilir (13).

Elektriksel Stimülasyon

Farklı tipte Üİ veya aciliyet, sıklık ve noktüri semptomları olan hastalarda kasılmayı uyarmak için pelvik taban kaslarına düşük dereceli bir elektrik stimülasyonunun uygulanmasını içerir. Elektriksel Stimülasyon, PTK'nın kasılmasını ve istenmeyen detrusor kasılmalarının inhibisyonunu sağlar. Afferent pudental sinir stimülasyonu ile detrusor inhibisyonunu hedefleyen duysal eşğin altında uzun süreli veya kronik elektriksel stimülasyon verilir. Öte yandan, maksimal elektriksel uyarı (sadece ağrı eşğin altında) yüksek yoğunluklu bir uyarıcı kullanarak, cihazı doğrudan ve "reflexogenic" daralma ile üretral kapanma geliştirmek için vajinaya ya da anüse yerleştirilir, PTK'yı uyarır küçük bir elektrik akımı sağlar (13).

Sanal Gerçeklik ile PTKE

Sanal gerçeklik uygulamasında, kullanıcın başına takılan bir cihaz, düz ekran veya projeksiyon kullanılarak görsel feedback sağlanır. Her göz için iki ayrı ekran ve görüntü 3 boyutlu görüntü sağlar. Dokunma, hareket, koku veya denge ile de feedback sağlanabilir. Fare joystick, kameralar ve sensörler yardımıyla kullanıcı çevresiyle etkileşim halinde bulunmaktadır. Bu donanımlar kullanılarak basitten zora doğru seviye belirlenebilir. 3 boyutlu olarak PTK ve pelvis anatomisinin anlaşılması ve katılımcının oryantasyonunu sağlamaktadır (56).

2.6.2.Farmakolojik Tedavi

SÜİ'nin farmakolojik tedavisi, üretral düz ve çizgili kaslardaki tonusu doğrudan veya artan motor nöron aktivitesi yoluyla artırarak intraüretral kapanma kuvvetlerini arttırmayı amaçlamaktadır. Üretral düz kastaki α -ar'lerin(α -adrenoceptor agonistler) salınan noradrenalin ile uyarılması yoluyla üretral tonun önemli bir kısmının aracılık ettiğine dair yeterli farmakolojik kanıt bulunmaktadır. SÜİ tedavisinde periferik α -Ar'ler üzerinde agonistik etkileri olan çeşitli ilaçlar kullanılmıştır. Nispeten yakın zamanda, üretral rabdosfinkter motor nöronlarının uyarılabilirliğini arttırmada noradrenalinin merkezi bir rolü olduğu bildirilmiştir.

Antimuskarinikler birinci veya ikinci basamak ilaç tedavisi olarak önerilir. Tüm kılavuzlara UÜİ tedavisinde plasebodan daha üstün olduklarına dair kanıtlar vardır. Muskarinik reseptörler detrusor kası üzerindeki aktive edilmiş kolinerjik (parasempatik) sinirlerden salınan ACh tarafından uyarılır. Böylece mesanenin kasılma kabiliyetini azaltırlar. Bununla birlikte, antimuskarinik ilaçlar esas olarak depolama aşamasında hareket eder, aciliyeti azaltır ve mesane kapasitesini artırır ve bu aşamada normalde alt idrar yoluna parasempatik girdi yoktur. Bu ilaçlar hastanın göz doktorunun onayı olmadan dar açılı glokomlu hastalara önerilmemeli ve ayrıca bozulmuş gastrik boşalma veya idrar retansiyonu öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (47, 57). UÜİ şikâyeti olan hastalarda, beta-adrenerjik ilaçlar; ikinci basamak tedavi seçeneğidir. Antimuskariniklerde görülen ağız kuruluğu ve konstipasyon gibi yan etkiler bunlarda daha az görülse de uzun dönem etkilerinin henüz tam bilinmemektedir. Nokturi tedavisinde kullanımı önerilen Desmopresin kullanımını takiben 4 saat süre ile Üİ riskini azaltacağı belirtilmiştir. Postmenopozal dönemde vajinal atrofi durumunda östrojen kullanımı önerilmektedir (58).

2.6.1. Cerrahi

Konservatif tedaviden yanıt alınamamış SÜİ ve stres baskın MÜİ hastalarında çeşitli cerrahi yöntemler kullanılarak tedavileri planlanmaktadır.

Günümüzde hastalarda ilk uygulanması önerilen cerrahi yöntem; mid üretral slinglerdir. Sentetik midüretral slingler SÜİ semptomu olan hastaların, cerrahi onarımında altın standart haline gelmiştir (59). Transobturator (TMUS) ya da retropubik (RMUS) yaklaşımla uygulanabilir. Retropübik yaklaşım, bağırsak, mesane ve büyük damar hasarına neden olabilir bu nedenle TMUS tercih edilirken bu yaklaşımda da retropübik uygulamaya göre meş daha fazla vajinaya doğru açılır ve kronik ağrı oluşumuna sebep olabilir (58). Burch

kolposuspansiyon, Otolog fasya pubovajinal sling ve üretral madde enjeksiyonları diğer yaklaşımlar olarak belirlenmiştir. Hastanın Üİ şiddetine, etkilenim derecesine ve tedavi beklentisine göre hangi yöntemin kullanılacağına karar verilir.

Üretral hacim arttırıcı ajanlar, SÜİ semptomu olan kadınların tedavi yönetiminde bir seçenek sunar. Sonuçların optimizasyonu sağlamak ve sürdürmek, tekrarlanan enjeksiyonlara bağlıdır. Başka bir kaynakta Burch prosedürünün SÜİ için altın standart olarak önerilmiştir; ancak açık Burch yöntemi yüksek morbidite ve uzun hastane kalışına neden olmaktadır. Laparoskopik kolposuspansiyon uygulaması açık uygulamalara kıyasla morbidite oranını düşürmektedir (60). Laparoskopik kolposuspansiyon açık kolposuspansiyona göre daha az invaziv bir operasyon olarak görülse de, mid üretra tape prosedürleri laparoskopik kolposuspansiyona göre anlamlı olarak daha kısa çalışma, hastanede kalış süresine ve normal aktiviteyi yeniden sağlama süresine sahiptir. Laparoskopik kolposuspansiyon, ancak uygun eğitim ve uzmanlığa sahip cerrahlar tarafından kadınlarda SÜİ'nin cerrahi tedavisi için uygulanabilir. Kadınlara laparoskopik kolposuspansiyonun uzun ömürlülüğü konusunda sınırlı kanıt olduğu bilgisi verilmelidir. Başka nedenlerle eş zamanlı laparoskopik cerrahi gerektiren kadınlarda da SÜİ tedavisi için laparoskopik kolposuspansiyon düşünülebilir (20).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

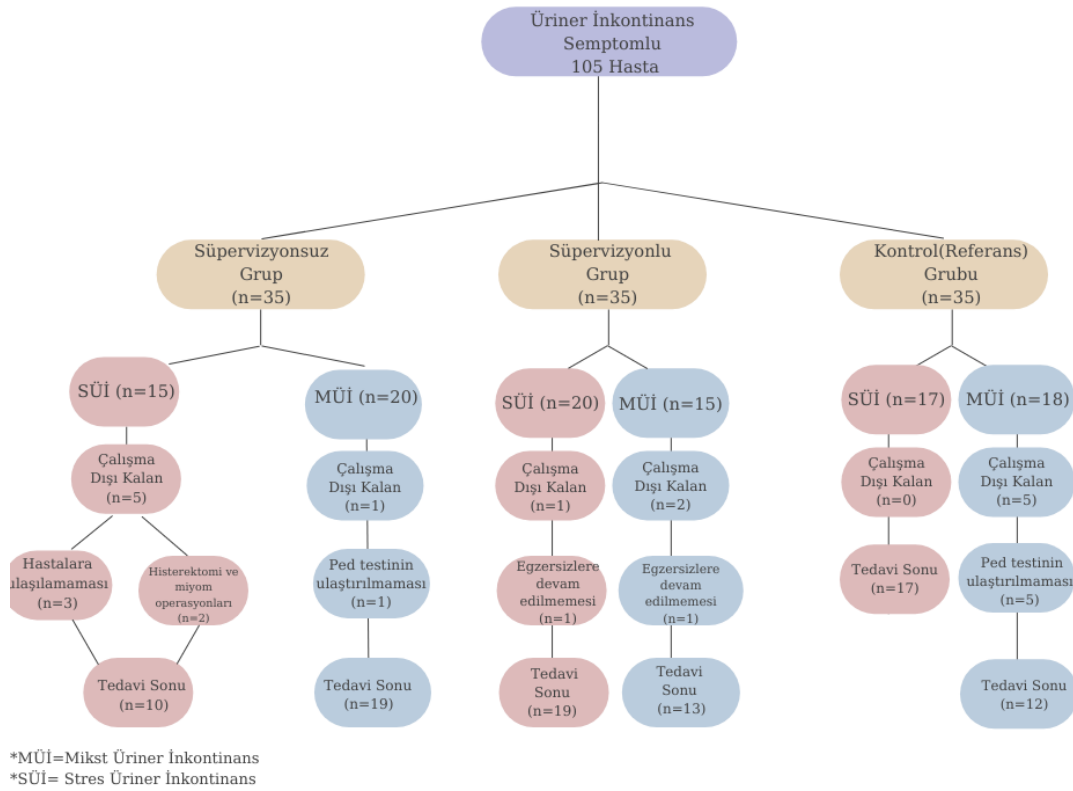
Bu çalışma, üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi (PTSE) ve PTSE ile birlikte uygulanan süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının etkisini araştırmak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın uygulanabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi “Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 19.04.2021 tarihli 2021/053 karar numaralı onay alınmıştır (EK-1).

G-Power analizi ile, her bir grupta Üİ şiddeti (İnkontinans Şiddet İndeksi) büyük etki büyüklüğü kriter alınarak her gruba en az 26 hasta alınması; %20 veri kaybı dikkate alınarak her bir gruba 32 hasta dahil edilerek başlanması planlandı. Harran Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Üroloji Bölümü’ne Üİ şikayetiyle gelen ve Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) ve stres baskın Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ) semptomu olan toplam 90 hasta dâhil edildi. Bu hastalardan PTSE’yi alan hastalar süpervizyonsuz grubu (n=29), PTSE ile kombine süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitimi alan hastalar süpervizyonlu grubu (n=32) ve tedaviye katılmak istemeyen, referans grup olarak belirlenen hastalar, kontrol grubunu (n=29) oluşturacak şekilde üç gruba ayrıldı. Hasta akış şeması Şekil 3.1’de verildi.

Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri;

- 18-65 yaş arası üriner inkontinans semptomu olan,
 - Pelvik taban egzersiz eğitimini düzenli uygulayabilecek gönüllü hastalar
- Dışlama Kriterleri;
- Semptomatik pelvik organ prolapsusu (POP) olan,
 - Böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği hastalığı olan,
 - Neonatal ve postnatal (doğum sonrası 3 aya kadar) dönem içinde olan,
 - Değerlendirme yapılmasına veya iletişim kurulmasına engel olabilecek durumlar (kognitif problemler vb).
 - Çalışma başlangıcında ve tedavi süresinde idrar yolu enfeksiyonu olan,
 - Üİ tedavisi almış ya da operasyon geçirmiş olan,
 - Son 1 yıl içinde pelvik taban hakkında eğitim alan kadınlar.



Şekil 3.1. Hasta Akış Şeması

3.2. Yöntem

3.2.1. Değerlendirme Parametreleri

Hastalar çalışmanın başlangıcında ve sonunda (12. hafta) olmak üzere 2 kez değerlendirildi. Hastaların demografik ve üriner semptomlara ait bilgileri alındıktan sonra, Kadın Üriner İnkontinans Diağnoz Anketine göre Üİ tipleri belirlendi. Primer değerlendirme parametreleri; İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), ped testi (24 saat), VAS, Üriner Distres Envanteri 6 (ÜDE-6), Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA), üriner semptom bilgi formu ve 24 saatlik frekans-hacim çizelgesi (3 gün) olarak belirlendi. Sekonder değerlendirme parametreleri ise King Sağlık Anketi, Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi, Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi, Pelvik Taban ve PTKB Bilgi ve İnanışları Anketi, Global Algılanan Etki Anketi olarak belirlendi ve hastalara uygulandı (EK 4.).

Demografik ve Üriner Semptomlara Ait Bilgilerin Alınması

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, vücut ağırlığı, boy, meslek vb.), hastalık öyküsü, üriner Üİ frekans ve semptomlarının sorgulanması, inkontinas süresi, obstetrik öykü, menapoz durumu doğum kontrol yöntemi, konstipasyon durumu, çocukluğunda Üİ probleminin olup olmaması vb. üriner semptomları içeren formdan oluşan bir anket kullanıldı. Anket tüm hastalarla yüz yüze görüşme şeklinde uygulandı.

Kadın Üriner İnkontinans Diağnoz Anketi

Üriner Üİ tipini belirlemek için kullanıldı. 6 adet sorudan oluşan ankette; derecelendirme hiçbir zaman ve her zaman arasında yapılmaktadır. Hastaların verdiği yanıtlara göre stres, mikst ve urge tipleri belirlendi. SÜİ semptomu için stres skoru \geq 4, UÜİ semptomu için urgency skoru \geq 6 baz alındı ve her ikisini de sağlayan bireylerde ise MÜİ semptomu doktor tanısının ardından doğrulandı (41).

Primer Değlendirme Parametreleri

İnkontinans Şiddetinin Değlendirilmesi

İnkontinans şiddeti; ped testi, İnkontinans Şiddet İndeksi, Üriner Distres Envanteri 6 ve (ÜDE-6), VAS kullanılarak değlendirildi.

Ped testi: Objektif olarak kaçırılan idrar miktarını değlendirilen testin, enfeksiyon varlığında ve menstruasyon döneminde yapılmaması konusunda katılımcılara bilgi verildi. 24 saatlik ped testi kullanılarak yapılan uygulaması öncesi ve sırasında hastaların normal günlük aktivitelerine devam etmeleri konusunda bilgilendirildi. İdrar buharlaşmasının engellenmesi amacıyla kilitli bir poşette ulaştırılacak olan pedlerin; her 4-6 saatte bir değıştırilmesi gerektiği hastalara anlatıldı. Hastalardan kullandıkları pedlerden temiz bir tane ped ve 24 saatte kilitli poşete konularak biriktirilen pedlerin getirilmesi istendi. Pedler ağırlığı hassas terazi ile ölçülerek sonuçlar kaydedildi. 24 saatlik ped testinde 4 gr'ın üzerindeki değerler anlamlı olarak kabul edilmektedir ve Üİ şiddeti şu şekilde sınıflandırılır:

- Hafif (\geq 4-20 g/24 saat), Orta (21-74 g/24 saat),Şiddetli (>75 g/24 saat) (6, 37, 50).

İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ): Sandvik ve arkadaşları tarafından geliştirilen anketin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Hazar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İdrar kaçırması olan kadınlarda uygulanan evrensel olarak kabul görmüş, basit ve kısa bir indekstir.

İki bölümden oluşan indekste Üİ sıklığı ve miktarı sorgulanmaktadır. Bölümlerin puanlarının çarpımı sonucu şiddet skoru elde edilmektedir (61).

Ürogenital Distres Envanteri (ÜDE-6): İnkontinans semptomlarının değerlendirilmesi için Ürogenital Distres Envanteri (ÜDE-6) kullanıldı. ÜDE-6' da 6 sorudan oluşmakta ve derecelendirilmesi 4'lü likert tipi skorla yapılmaktadır. ÜDE-6' dan en az 0 puan alınır ve bu "Hastanın hiç rahatsız olmadığı" nı ifade ederken en fazla alınabilecek olan 18 puan "Hastanın semptomlardan son derece rahatsız" olduğunu ifade etmektedir. Alınan puanlar yüzdeye çevrilerek skor belirlenmektedir. Skorun büyümesi semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Çam ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (7, 62).

Vizüel Analog Skala (VAS): Genelde ağrının şiddetini değerlendirmek için kullanılan skala ürojinekolojik değerlendirmede, Üİ semptomlarının hastayı ne derece (şiddet) etkilediğinin ölçülmesinde kullanılan bir değerlendirme yöntemidir. Çizginin başına konan işaret "kuru" Üİ'nin olmadığını, problem yok, sonuna konan işaret ise "sürekli ıslak" tamamıyla Üİ var, problem şiddetli anlamına gelmektedir (5, 63).

PTD Varlığının Değerlendirilmesi

Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA): Türkçe' ye kültürel adaptasyon çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. GPTRA, PTD bağlı olarak görülen stres, sık ve ani idrar yapma hissi, urge, işeme zorluğu, POP, fekal Üİ, disparoni ve obstrüktif defekasyon semptomlarını ve şiddetlerini içerir. GPTRA; 9 sorudan oluşmaktadır. Sorulan sorulara kadınlar şikâyetin kendinde bulunup bulunmamasına göre "evet" ya da "hayır" olarak, eğer cevapları evet ise şikâyetinin kendisini ne kadar rahatsız ettiğini "hiç" (1), "çok az" (2), "bir miktar" (3), "oldukça" (4), "çok fazla" (5) şeklinde belirtilmiştir. Kliniklerde ve araştırmalarda kullanımı kolay ve zaman almayan, pratik bir ankettir (64, 65).

Üriner İnkontinans Frekansının Değerlendirilmesi

Hastaların Üİ frekansı yapılandırılmış ankette yer alan üriner semptom bilgi formu ve 24 saatlik frekans hacim çizelgesi kullanılarak değerlendirildi. Çizelgede; hastaların işeme/mesane fonksiyonlarının değerlendirilmesi için kullanılır. 24 saatlik frekans-hacim çizelgesinin, ardışık olmayan 3 ayrı günde hastalar tarafından doldurması istendi. 3 günlük

çizelgede bulunan gün içindeki idrara çıkışları, idrara çıktıklarındaki idrar miktarı, Üİ epizodları hastalar tarafından kaydedildi (7, 66).

Sekonder Değerlendirme Parametreleri

Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Hastaların yaşam kalitesi King Sağlık Anketi ve VAS kullanılarak değerlendirildi.

Üİ durumunda ilk olarak King Sağlık Anketi (KSA) geliştirilmiş ve Üİ semptomu olan kadınlarda geçerliliği kanıtlanmıştır. Türkçe KSA geçerli ve güvenirdir (67). Anket 32 madde ve 2 bölümden oluşmaktadır. 1. Bölümde genel sağlık algısını ve inkontinans etkisini sorgulayan 2 adet soru ve yaşam kalitesini 7 alana bölen; rol limitasyonları, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, kişisel ilişkiler, duygusal problemler, uyku/enerji bozuklukları, semptom şiddet ölçümü başlıklarını içeren 19 soru bulunmaktadır. 2. Bölüm olan Şikayet Ciddiyet Skalası ise üriner semptomların varlığını ve ciddiyetini değerlendiren 11 adet soruyu içermektedir. Şikayet ciddiyet skalasından alınabilecek en iyi puan “0”, en kötü puan “30” iken, tüm KSA alt bölüm sorunlarına verilen cevaplardan alınabilecek en iyi puan “0”, en kötü puan “100” olarak belirlenmiştir (68,69). VAS kullanılarak Üİ şiddetinin değerlendirilmesinde; hastalardan 10 cm’lik çizginin başında “Yaşantıma etkisi yok” ve sonunda “ böyle yaşamak dayanılmaz” şeklindeki ifadelerle göre işaretleme yapmaları istendi. Hastaların işaretlemeleri cetvel kullanılarak ölçüldü ve sonuçlar kaydedildi.

Pelvik Taban ile İlişkili Bilgi Seviyesinin Değerlendirilmesi

Hastaların pelvik taban ve Üİ hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT), Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA) ve Pelvik Taban ve PTKE Bilgi ve İnanışları Anketi kullanıldı.

Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT): Pelvik taban sağlığı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesini sağlayan bu ankette; pelvik taban problemleri, nedenleri ve risk faktörlerin ve tedavi yöntemleri ile ilgili sorular bulunmaktadır. Hastaların bilgi düzeyini ölçen 29 maddeden oluşan kullanımı kolay ve basit bir ankettir (33).

Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA): Çelenay ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan anket, 24 soru ve 2 bölümden oluşmaktadır.

Prolapsus ve Üİ bölümleri olan anket 5’li likert sistemine göre bilgi değerlendirmesi yapmaktadır. Çalışmamızda anketin Üİ bölümünü kullanıldı (70).

Pelvik Taban ve PTKE Bigi ve İnanışları Anketi: 47 sorudan oluşan anket, pelvik tabanın anatomisi, fonsiyonları, disfonsiyonları, Üİ, pelvik taban egzersizleri konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesini sağlar. Anketin skorlaması bulunmamaktadır (71).

Tedavi Uyum ve Etkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların pelvik taban egzersize ve PTSE’ ye uyumunu değerlendirmek için VAS kullanılmıştır. Hastalara VAS üzerinde çizginin başı “hiç uyum yok” ve çizginin sonunun “tam uyum” ‘u ifade ettiği anlatılmıştır. Hastalardan tedaviye ne kadar uyum gösterdiklerini çizgi üzerinde işaretlemeleri istenmiştir (7).

Global Algılanan Etki Anketi: Üİ olan kadınların tedavi öncesine göre tedavi sonrasında şikâyetlerin 1 (çok fazla iyileşti)- 9 (çok fazla kötüleşti) arasında ne derece iyileştiğini sorgulamaktadır (37).

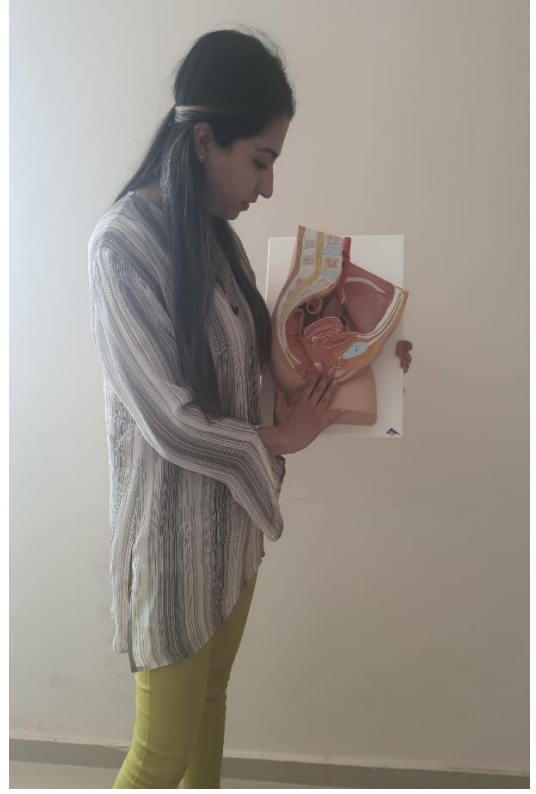
3.2.2.Tedavi Programı

Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi (PTSE): Üİ semptomu olan kadınlara PTK anatomisi, fizyolojisi bulunduğu bölge ve kasların anatomik alanları, fonksiyonları, pelvik tabanın fonksiyonları, pelvik taban egzersizleri, Üİ konusunda bilgilendirme ve tedavisini içeren detaylı bir eğitim programı hazırlandı ve hastalara anlayabilecekleri tıp dilinin yoğun kullanımından arındırılmış şekilde 45 dakika süren iki seanslık eğitimle aktarılmaya çalışıldı. Hastalardan mesaneyi rahatsız eden ve idrara çıkmayı uyaran içecekleri (kahve, çay, limonlu-portakallı içecekler, gazoz veya kola gibi) kullanmamaları/azaltmaları ve su tüketimini kesinlikle kısıtlamamaları konusunda öneriler verildi. Bol miktarda su tüketilmesi ve işeme aralıklarının süre olarak uzatılması istendi. Sıkışma hissi olduğunda PTK’yı kasarak sıkışma hissini baskılanmaya çalışılması ve bu durumda sıkışma hissi dışında başka şeyler düşünölmeye çalışılarak sıkışma hissini baskılanabileceği bilgisi verildi. İşeme sırasında yapılan hatalara dikkat çekilerek hastalar; işeme sırasında kesinlikle ıkınmamaları, idrarı kesik kesik yapmamaları, pelvik taban kaslarını gevşetmeleri konusunda uyarıldı (72). Programda anatomik maketler, internet üzerinden gösterilen şekiller ve fotoğraflar gibi görsel öğelerden vb. yararlandı ve genel bilgileri içeren bir sunum yapıldı (Şekil 3.2 ve 3.3). Bilgilendirme için gruplar için ayrı ayrı hazırlanan broşürler süpervizyonlu ve süpervizyonsuz grubu oluşturan

hastalara verildi (Şekil 3.4). Süpervizyonsuz grubun broşüründe; Üİ tanımı, tipleri, tedavi yöntemleri vb. bilgiler yer alırken süpervizyonlu grubun broşüründe ise Üİ tanımı, tipleri, tedavi yöntemleri, egzersiz eğitim programı ve uygulamasına ait bilgiler yer aldı. PTSE tedavi programı öncesi ve 6. haftada tekrarlandı.



Şekil 3.2. Pelvik Taban kas anatomisi anlatılırken kullanılan maketler



Şekil 3.3 Pelvis ve alt üriner sistemin anatomik maketler kullanılarak gösterilmesi



Şekil 3.4. Hastalar Pelvik Taban hakkında sunum ve broşür tanıtımı

Pelvik Taban Egzersiz Eğitim Programı: Hastalara öncelikle PTK'yı nasıl kasacakları öğretildi. Egzersizler intravajinal girişimle hastalara öğretildi. Ancak kültürel faktörler nedeniyle intravajinal girişime izin vermeyen (bekar hasta (n=7)) perineal palpasyon kullanılarak PTK kontraksiyonu öğretildi ve kontrol edildi. Hastalara PTK'yı sanki gazları ya da idrarları kaçacakmış hissiyle bunları engellemeye çalışıyor gibi kasmaları detaylı şekilde anlatıldı. Hastalardan idrar yaptıkları bölgeyi veya makat (dışkı yapılan bölgeyi) kasmaları anatomik maketler kullanılarak da anlatıldı. Egzersizler yapılırken PTK dışında karın, kalça, bacak ya da vücudun herhangi bir kasını kasmamaları önemle vurgulandı. Hastalar haftalık aranarak pelvik taban egzersiz uygulaması, set sayıları ve tekrarlar konusunda bilgi verildi ve egzersiz kontrolü sağlandı.

Egzersizleri hızlı kasılan kas lifleri için “kasıp-bırakma”, yavaş kasılan lifler için 5'e kadar sayarak yavaş yavaş kasma, 5'e kadar sayarak tutma ve 5'e kadar sayarak yavaş yavaş gevşetme şeklinde uygulama yapmaları istendi (Şekil 3.5). Egzersizlere günde 5 set 10 tekrarla (toplam 50 kontraksiyon) başlandı ve haftalık set sayısı 5'erli şekilde artırılarak günde 30 sete (toplam 300 kontraksiyon) kadar çıkarıldı ve 12. haftaya kadar 30 set hızlı ve 30 set yavaş kontraksiyon olacak şekilde devam etmeleri istendi (7,73).

Günde 5 set 10 tekrar=50 tekrar

1. hafta 5 set 10 tekrar

2. hafta 10 set 10 tekrar

3. hafta 15 set 10 tekrar

4. hafta 20 set 10 tekrar

5. hafta 25 set 10 tekrar

6.hafta 30 set 10 tekrar



KONTROL

Kontrol seansından sonra 12. haftaya kadar 30 set 10 tekrar devam edildi.



Şekil 3.5. Pelvik Taban Egzersiz Uygulaması

Süpervizyonsuz gruba; kapsamlı oluşturulan PTSE tedavi öncesi ve 6. haftada iki seans ve 45 dakikalık eğitim verildi. Eğitim içeriğinde pelvik taban egzersizleri, PTK fonksiyonları ve Üİ tedavi yöntemleri detaylı bir şekilde anlatılması sonucunda hastalar pelvik taban egzersizlerine 12 hafta boyunca süpervizyonsuz olarak devam etti.

Süpervizyonlu gruba; kapsamlı PTSE ile kombine şekilde süpervizyonlu yoğun pelvik taban egzersiz eğitim programı uygulandı. Hastalara tedavi öncesi ve 6. haftada 45 dakikalık PTSE verildikten sonra pelvik taban egzersizlerinin nasıl yapıldığı detaylı şekilde öğretildi. Haftalık telefon görüşmeleri hastalara pelvik taban egzersizlerinin uygulaması nasıl yapıldığı, set sayısı ve tekrarlar konusunda bilgi verildi ve egzersizlerin uygulanması konusunda kontrol sağlandı.

Kontrol grubuna; gönüllülük esasına dayalı çalışmaya katılmak istemeyen hastalar referans grup olarak kontrol grubunu oluşturdu. Bu gruptaki hastalardan, tedavi öncesi ve 12. hafta sonunda değerlendirme parametrelerinde yer alan bilgiler alındı.

3.3. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, Windows tabanlı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tüm istatistiklerde anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alındı. Tanımlayıcı analizler için sayısal ölçümle belirlenen değişkenler aritmetik ortalama ve standart sapma ($X \pm SS$) şeklinde ifade edildi. Sayısal olmayan değişkenlerin analizinde frekans değerleri hasta sayısı (yüzde); $n(\%)$ olarak hesaplandı. Çalışmada kullanılan parametrelerin değerlerinin normal dağılımını incelemek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı.

Normal dağılıma uymayan parametreler için grupların ikişerli şekilde karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve grupların kendi içlerinde tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılmasında ise Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik verilerde (üriner semptomların) grup içi tedavi öncesi ve sonu değerleri McNemar testi, gruplar arası fark analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Kategorik verilerden oluşan başka bir ölçüm parametresinde (ped testi, üriner semptomlar, Pelvik taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi) üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bu grupların hangisinde fark olduğunun belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesiyle Mann Whitney U testi kullanıldı.



4.BULGULAR

Üriner inkontinans (Üİ) semptomu olan kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi (PTSE) ve pelvik taban egzersiz eğitiminin etkinliğinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

4.1.Hastaların Fiziksel ve Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmaya alınan 90 hasta; süpervizyonlu, süpervizyonsuz ve kontrol (referans) grubu oluşturacak şekilde üç gruba ayrıldı. Hastaların fiziksel özellikleri Tablo 4.1’de verildi.

Tablo 4.1. Tüm Hastaların Fiziksel Özellikleri

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | | Süpervizyonlu Grup (n=32) | | Kontrol Grubu (n=29) | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | X± SS | Min-Max | X± SS | Min-Max | X± SS | Min-Max |
| Yaş (yıl) | 45,72±12,65 | 20-65 | 37,75±14,37 | 20-63 | 46,31±13,35 | 20-63 |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 79,52±15,36 | 55-123 | 73,97±12,00 | 45-90 | 86,52±19,54 | 49-125 |
| Boy (m) | 162,48±7,72 | 149-180 | 164,13±5,73 | 150-172 | 164,93±8,18 | 150-175 |
| VKİ (kg/m²) | 30,22±6,12 | 20,76-48,05 | 27,52±4,76 | 18,07-35,16 | 31,69±5,94 | 16,18-41,77 |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi

Tüm hastaların fiziksel özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması ikişerli gruplar şeklinde yapıldı ve Tablo 4.2’ de verildi.

Tablo 4.2. Tüm Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

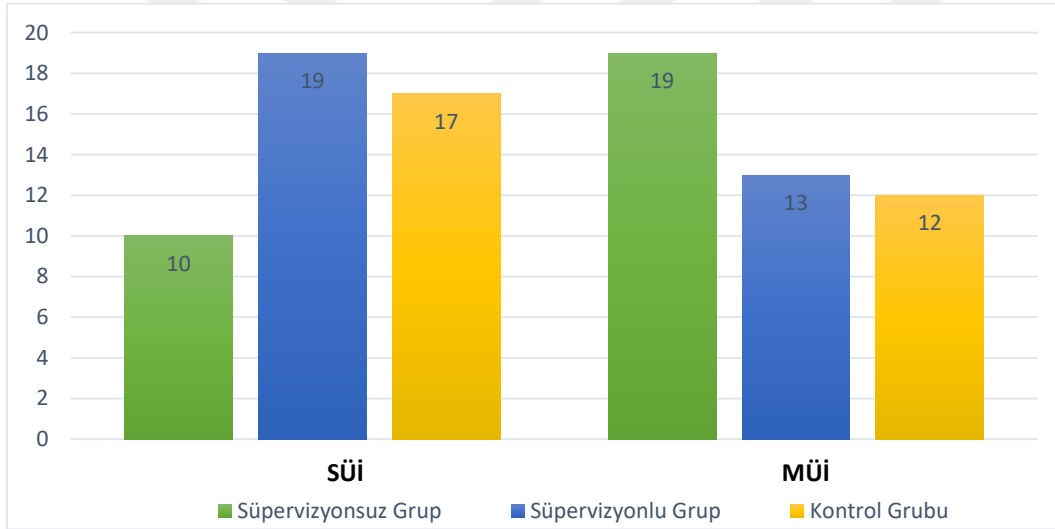
| | Süpervizyonsuz- Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz- Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu- Kontrol Grubu | |
|-------------------------------|--|--------|-------------------------------------|-------|------------------------------------|--------|
| | t | p | t | p | t | p |
| Yaş (yıl) | 2,290 | 0,026* | -0,172 | 0,864 | -2,403 | 0,019* |
| Vücut Ağırlığı (kg) | 1,580 | 0,119 | -1,517 | 0,135 | -3,054 | 0,003* |
| Boy (m) | -0,949 | 0,347 | -1,172 | 0,246 | -0,449 | 0,655 |
| VKİ (kg/m²) | 1,931 | 0,058 | -0,930 | 0,356 | -3,038 | 0,004* |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, t: İndependent t test, *p<0,05

Hastalara ait fiziksel özellikler gruplar arası karşılaştırıldığında süpervizyonsuz ve süpervizyonlu grupta; süpervizyonsuz grup açısından yaş, süpervizyonlu ve kontrol grubunda; kontrol grubu açısından yaş, vücut ağırlığı ve VKİ açısından daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda vücut ağırlığı, boy ve VKİ; süpervizyonsuz ve kontrol grupları ise tüm fiziksel özellikleri açısından benzerdi ($p>0,05$)(Tablo 4.2). Bu sonuç süpervizyonsuz ve süpervizyonlu grubun yaşları dışında; süpervizyonsuz ve kontrol grubunun tedavi başlangıcında benzer fiziksel özelliklere sahip olduğunu gösterdi.

Üİ tiplerinin süpervizyonsuz, süpervizyonlu ve kontrol gruplarındaki dağılımı Grafik 4.1’de gösterildi.

Grafik 4.1. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Gruplardaki Dağılımı



MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

Süpervizyonsuz grupta SÜİ semptomu olan 10, MÜİ semptomu olan 19 hasta, süpervizyonlu grupta SÜİ semptomu olan 19, MÜİ semptomu olan 13 hasta, kontrol grubunda SÜİ semptomu olan 17 ve MÜİ semptomu olan 12 hasta vardı (Grafik 4.1). Üİ'nin iki farklı tipi olan SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalara göre gruplardaki hastaların fiziksel özellikleri Tablo 4.3 'te verildi.

Tablo 4.3. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özellikleri

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|------------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| Yaş (yıl) | SÜİ | 46,50±13,67 (20-62) | 36,21±13,62 (20-60) | 46,76±14,27 (20-63) |
| | MÜİ | 45,32±12,45 (22-65) | 40,00±15,67 (21-63) | 45,67±12,51 (25-63) |
| Vücut Ağırlığı (kg) | SÜİ | 83,00±18,33 (58-123) | 73,68±12,88 (45-90) | 85,47±18,65 (49-124) |
| | MÜİ | 77,68±13,74 (55-105) | 74,38± 11,06 (59-90) | 88,00±21,49 (61-125) |
| Boy (m) | SÜİ | 163,00 ± 8,33 (149-180) | 162,58 ± 6,32 (150-172) | 166,06 ±5,96 (154-175) |
| | MÜİ | 162,21±7,61 (153-178) | 166,38±3,97 (156-171) | 163,33±10,67 (154-175) |
| VKİ (kg/m²) | SÜİ | 31,27±7,04 (24,61-48,05) | 27,93±5,12 (18,02-35,16) | 30,92±5,93 (16,18-40,49) |
| | MÜİ | 29,67±5,70 (20,76-41,62) | 26,94±4,30 (20,42-31,89) | 32,79±6,04 (22,86-41,77) |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

SÜİ semptomu olan hastaların fiziksel özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verildi.

Tablo 4.4. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Yaş (yıl) | -1,886 | 0,059 | -0,101 | 0,920 | -2,110 | 0,035* |
| Vücut Ağırlığı (kg) | -1,517 | 0,129 | -0,729 | 0,466 | -2,158 | 0,031* |
| Boy (m) | -0,162 | 0,871 | -1,084 | 0,278 | -1,561 | 0,119 |
| VKİ (kg/m²) | -1,055 | 0,291 | -0,402 | 0,688 | -1,664 | 0,096 |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, Z: Mann Whitney U Test, *p<0,05

SÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada, süpervizyonsuz ve kontrol grubu arasında yaş ve vücut ağırlığı dışında tüm grupların tedavi başlangıcında yaş, vücut ağırlığı, boy ve VKİ açısından aralarında fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4.4). MÜİ semptomu olan hastaların fiziksel özelliklerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5'te verildi.

Tablo 4.5. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Fiziksel Özelliklerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------|------------------------------|-------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Yaş (yıl) | -1,057 | 0,290 | -0,102 | 0,919 | -0,980 | 0,327 |
| Vücut Ağırlığı (kg) | -0,480 | 0,631 | -1,157 | 0,247 | -1,498 | 0,134 |
| Boy (m) | -1,911 | 0,056 | -0,142 | 0,887 | -0,027 | 0,978 |
| VKİ (kg/m²) | -1,170 | 0,242 | -1,338 | 0,181 | -2,284 | 0,022* |

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, Z: Mann Whitney U Test *p<0,05

MÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan gruplar arası karşılaştırmada, süpervizyonsuz ve kontrol grubunda sadece VKİ değeri daha yüksek iken (p>0,05), diğer tüm fiziksel özellikler açısından üç grupta da tedavi öncesi özellikleri benzerdi (p<0,05).

Üİ tiplerinin gruplardaki dağılımına göre medeni durumları Tablo 4.6' da verildi.

Tablo 4.6. Hastaların Medeni Durum Dağılımı

| Medeni Durum | Gruplar | SÜİ n(%) | MÜİ n(%) |
|--------------|----------------|-------------|-------------|
| Bekâr | Süpervizyonsuz | 2 (20) | 5(26,3) |
| | Süpervizyonlu | 11(58,5) | 6(46,2) |
| | Kontrol | 0(0) | 3(25) |
| Evli | Süpervizyonsuz | 8(80) | 14(73,7) |
| | Süpervizyonlu | 9(47,4) | 7(53,8) |
| | Kontrol | 16(94,1) | 9(75) |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

Üİ tiplerine göre gruplar içindeki eğitim durumundaki dağılımı Tablo 4.7’ de verildi.

Tablo 4.7. Hastaların Eğitim Durumu

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|-----|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) |
| SÜİ | Okuma yazma bilmiyor/sadece okuryazar | 5(50) | 4(21,1) | 10(58,8) |
| | İlkokul | 3(30) | 4(21,1) | 4(23,5) |
| | Ortaokul | 1(10) | 5(26,3) | 2(11,8) |
| | Lise | 1(10) | 5(26,3) | 1(5,9) |
| | Üniversite | 0(0) | 1(5,3) | 0(0) |
| MÜİ | Okuma yazma bilmiyor/sadece okuryazar | 3(15,8) | 5(38,5) | 4(33,3) |
| | İlkokul | 7(36,8) | 2(15,4) | 6(50) |
| | Ortaokul | 3(15,8) | 1(7,7) | 1(8,3) |
| | Lise | 4(21,1) | 4(30,8) | 1(8,3) |
| | Üniversite | 2(10,5) | 1(7,7) | 0(0) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinansı, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinansı, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

Üİ tiplerinde benzer olarak, okuma yazma bilmeyen ve ilkokul mezunu hastaların oranı çoğunluğu oluşturdu (Tablo 4.7). Üİ tiplerine göre gruplar içindeki sigara ve alkol kullanım durumları Tablo 4.8’ de verildi.

Tablo 4.8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımlarının Dağılımı

| | | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|-----------------------------|------------|-------|---|--|-------------------------------------|
| | | | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sigara Kullanımı | SÜİ | Evet | 1(10) | 2(10,5) | 6(35,5) |
| | | Hayır | 9(90) | 17(89,5) | 11(64,4) |
| | MÜİ | Evet | 4(21,1) | 1(7,7) | 3(25) |
| | | Hayır | 15(78,9) | 12(92,3) | 9(75) |
| Alkol Kullanımı | SÜİ | Evet | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | | Hayır | 10(100) | 19(100) | 17(100) |
| | MÜİ | Evet | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | | Hayır | 19(100) | 13(100) | 12(100) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

Hastalarda sigara içme oranının tüm gruplarda düşük oranda olduğu, hiçbir hastanın alkol almadığı gösterildi. Hastaların menstrual siklus ve menapoza girme durumları Tablo 4.9’da verildi.

Tablo 4.9. Hastaların Menstrual Siklus ve Menapoz Durumu

| | | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|-----------------------------|------------|----------|---|--|-------------------------------------|
| | | | n(%) | n(%) | n(%) |
| Menstrual Siklus | SÜİ | Düzenli | 2(20) | 7(36,8) | 4(23,5) |
| | | Düzensiz | 5(50) | 7(36,8) | 9(52,9) |
| | MÜİ | Düzenli | 6(31,6) | 2(15,4) | 4(33,3) |
| | | Düzensiz | 6(31,6) | 7(53,8) | 4(33,3) |
| Menapoz Durumu | SÜİ | Evet | 4(40) | 5(26,3) | 4(23,5) |
| | | Hayır | 6(60) | 14(73,7) | 13(76,5) |
| | MÜİ | Evet | 6(31,6) | 4(30,8) | 4(33,3) |
| | | Hayır | 13(68,4) | 9(69,2) | 8(66,7) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

Tüm hastaların Üİ tipleri de dâhil edilerek incelendiğinde hastaların düzensiz menstrual siklus oranları düzenli siklusa göre daha fazlaydı. SÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonsuz ve kontrol grubunda düzensiz menstrual siklus oranı daha fazla iken süpervizyonlu grupta bu oran eşitti. MÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonlu grupta düzensiz menstrual siklus daha fazla görülürken diğer gruplarda eşitlik vardı. Tüm gruplarda ve Üİ tiplerinde menapoza girmemiş hastaların sayısı fazlaydı (Tablo 4.9). Tüm hastaların Üİ ve menopoz süreleri Tablo 4.10’da verildi.

Tablo 4.10. Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Sürelerinin Grup İçi Dağılımı

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|----------------------------|---------------------|---------|--------------------|---------|---------------|---------|
| | X±SS | Min-Max | X±SS | Min-Max | X±SS | Min-Max |
| Üİ Süresi(yıl) | 7,20±4,36 | 1-15 | 7,53±6,42 | 1-25 | 8,62±6,30 | 2-28 |
| Menapoz süresi(yıl) | 10,54±7,65 | 1-30 | 7,55±6,59 | 1-22 | 9,75±4,80 | 4-16 |

Üİ: Üriner İnkontinans, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların Üİ ve menopoz süreleri Tablo 4.11’de verildi.

Tablo 4.11. SÜİ ve MÜİ Semptomu olan Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Süreleri

| | Üİ Tipi | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|----------------------------|------------|---------------------|---------|--------------------|---------|---------------|---------|
| | | X±SS | Min-Max | X±SS | Min-Max | X±SS | Min-Max |
| Üİ Süresi(yıl) | SÜİ | 7,20±5,37 | 1-15 | 9,47±6,63 | 1-25 | 9,35±7,05 | 3-28 |
| | MÜİ | 7,21±3,89 | 1-15 | 4,69±5,07 | 1-16 | 7,58±5,19 | 2-20 |
| Menapoz süresi(yıl) | SÜİ | 12,25±1,25 | 11-14 | 4,60±4,30 | 1-12 | 10,75±4,99 | 6-16 |
| | MÜİ | 9,57±9,69 | 1-30 | 11,25±7,58 | 5-22 | 8,75±7,50 | 4-16 |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, n: Hasta sayısı, Üİ: Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans

Tablo 4.12. Hastaların Üriner İnkontinans ve Menapoz Sürelerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|----------------------------|-----------------------------------|--------|------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | t | p | t | p | t | p |
| Üİ Süresi(yıl) | -0,228 | -0,817 | -0,993 | 0,325 | -0,667 | 0,507 |
| Menapoz Süresi(yıl) | -1,223 | 0,221 | -0,332 | 0,740 | -1,256 | 0,209 |

Üİ: Üriner İnkontinans, t: Independent t test,* p<0,05

Tüm hastaların menopoz ve Üİ süreleri (yıl) karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunmadı (p>0,05). Bu sonuca göre başlangıçta gruplar menopoz ve Üİ süresi bakımından benzerdi (Tablo 4.12) Hastaların obstetrik durumları Tablo 4.13’te verildi.

Tablo 4.13. Hastaların Obstetrik Hikâyesi

| | | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|---------|-----|---------------|---|--|-------------------------------------|
| | | | n(%) | n(%) | n(%) |
| Parite | SÜİ | 0-3 | 2(20) | 13(68,4) | 5(29,5) |
| | | 3 üstü | 8(80) | 6(31,6) | 12(70,5) |
| | MÜİ | 0-3 | 6(31,8) | 6(46,2) | 4(33,4) |
| | | 3 üstü | 13(68,5) | 7 (53,8) | 8(66,6) |
| Abortus | SÜİ | 0-2 | 9(90) | 18(94,7) | 17(100) |
| | | 3 üstü | 1(10) | 1(5,3) | 0(0) |
| | MÜİ | 0-2 | 16(84,3) | 11(84,6) | 11(91,7) |
| | | 3 üstü | 3(15,7) | 2(15,4) | 1(8,3) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, Parite: Canlı doğum sayısı, Abortus: Düşük sayısı

MÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonlu grup dışında ve SÜİ semptomu olan hastaların tüm gruplarda 3 üstü çocuğa sahip olma oranları yüksekti. Tüm hastalar için abortus, bütün gruplarda 0-2 arasındaki oranlarda daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.13). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda, doğum kontrolü ve doğum kontrol yöntemi kullanımları gruplara göre Tablo 4.14’ te verildi.

Tablo 4.14. Hastaların Doğum Kontrolü Kullanım Durumları

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | Süpervizyonlu Grup n(%) | Kontrol Grubu n(%) |
|--|----------------------|------------|---|--|-----------------------------------|
| Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımı | SÜİ | Evet | 4(40) | 5(47,4) | 8(47,1) |
| | | Hayır | 6(60) | 14(52,6) | 9(52,9) |
| | MÜİ | Evet | 9(47,4) | 3(23,1) | 5(41,7) |
| | | Hayır | 10(52,6) | 10(76,9) | 7(58,3) |
| Doğum Kontrol Yöntemi | Oral Kontraseptif | Evet | 1(10) | 0(0) | 2(11,8) |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 4(33,3) |
| | Spiral | Evet | 1(10) | 3(15,8) | 7(41,2) |
| | | Hayır | 6(31,6) | 2(15,4) | 1(8,3) |
| | Kondom | SÜİ | 2(20) | 2(10,5) | 0(0) |
| | | MÜİ | 4(21,1) | 1(7,7) | 0(0) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda tüm gruplarda doğum kontrol yöntemi kullanma oranı düşüktü. Doğum kontrol yöntemleri arasında ise en çok tercih edilen spiral kullanımıydı (Tablo 4.14). Hastaların sistemik hastalıklarının Üİ tiplerine göre grup içlerinde dağılımı Tablo 4.15’de verildi.

Tablo 4.15. Hastaların Sistemik Hastalık Dağılımı

| Hastalıklar | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | Süpervizyonlu Grup n(%) | Kontrol Grubu n(%) |
|---------------|--------------------|-------|--------------------------|-------------------------|--------------------|
| | Diyabetes Mellitus | SÜİ | Evet | 3(30) | 2(10,5) |
| Hayır | | | 7(70) | 17(89,5) | 15(88,2) |
| MÜİ | | Evet | 11(57,9) | 4(30,8) | 3(25) |
| | | Hayır | 8(42,1) | 9(69,2) | 9(75) |
| Hipertansiyon | SÜİ | Evet | 3(30) | 3(15,8) | 0(0) |
| | | Hayır | 7(70) | 16(84,2) | 17(100) |
| | MÜİ | Evet | 8(42,1) | 3(23,1) | 3(25) |
| | | Hayır | 11(57,9) | 10(76,9) | 9(75) |
| Hiperlipidemi | SÜİ | Evet | 2(20) | 2(10,5) | 3(17,6) |
| | | Hayır | 8(80) | 17(89,5) | 14(82,4) |
| | MÜİ | Evet | 3(15,8) | 2(15,4) | 3(25) |
| | | Hayır | 16(84,2) | 17(84,6) | 9(75) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

MÜİ hastalarında diyabetes mellitus ve hipertansiyon hastalığı oranı fazlaydı (Tablo 4.15).Hastaların konstipasyon varlığının grup içlerinde Üİ tipine göre dağılımı Tablo 4.16’de verilmiştir.

Tablo 4.16. Hastaların Konstipasyon Varlığı Dağılımı

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | Süpervizyonlu Grup n(%) | Kontrol Grubu n(%) |
|-------|----------------------|-------|--------------------------|-------------------------|--------------------|
| | Konstipasyon Varlığı | SÜİ | Evet | 5(50) | 7(36,8) |
| Hayır | | | 5(50) | 12(63,2) | 8(47,1) |
| MÜİ | | Evet | 11(57,9) | 11(84,6) | 6(50) |
| | | Hayır | 8(42,1) | 2(15,4) | 6(50) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

Süpervizyonlu grupta MÜİ semptomu olan hastaların konstipasyon varlığı SÜİ hastalarına göre daha fazlaydı. Diğer gruplarda SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalar arasında konstipasyon varlığı yaklaşık olarak benzerdi (Tablo 4.16). Hastaların çocuklukta gece ve gündüz Üİ durumlarının gruplardaki oranları Tablo 4.17’ de verildi.

Tablo 4.17. Hastaların Çocuklukta Üriner İnkontinans Durumları

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | Süpervizyonlu Grup n(%) | Kontrol Grubu n(%) |
|--------|-----|-------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Gece | SÜİ | Evet | 3(30) | 8(42,1) | 6(35,3) |
| | | Hayır | 7(70) | 11(57,9) | 11(64,7) |
| | MÜİ | Evet | 9(47,4) | 4(30,8) | 5(41,7) |
| | | Hayır | 10(52,6) | 9(69,2) | 7(58,3) |
| Gündüz | SÜİ | Evet | 2(20) | 4(21,5) | 2(11,8) |
| | | Hayır | 8(80) | 15(78,5) | 15(88,2) |
| | MÜİ | Evet | 2(10,5) | 0(0) | 0(0) |
| | | Hayır | 17(89,5) | 13(100) | 17(100) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, n: Hasta sayısı, %: Yüzde

MÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonlu ve kontrol gruplarında, çocukluklarında gündüz Üİ’nin görülmediği, SÜİ semptomu olan hastalarda ise bu oranın Üİ görülmemesine oranla daha az olduğu görüldü. Üriner inkontinans tiplerinin de dâhil olduğu tüm hastalar genelinde incelendiğinde tüm gruplardaki hastalarda gece Üİ yaşama durumları gündüze oranla yüksekti (Tablo 4.17).

Primer Bulgular

4.2. Üriner İnkontinans Şiddet Ölçümlerine ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarına Ait Bulgular

Tüm hastalarda ped testi, ÜDE-6, İŞİ ve VAS; Üİ şiddetini, GPTRA ise PTD varlığını değerlendirmek amacıyla kullanıldı. Üİ şiddet ölçümleri ve GPTRA grup içi tedavi öncesi ve sonu karşılaştırılması Tablo 4.18 ve 4.19’da verildi.

Tablo 4.18. Tüm Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametreleri ve GPTRA Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| ÜDE-6(TÖ) | 56,03±14,42 (25-75) | 58,20±10,77 (34,5-75) | 60,06±10,83 (37,5-75) |
| ÜDE-6(TS) | 26,29±11,42 (4,17-54,17) | 12,37±9,55 (0-37,5) | 62,07±10,41 (37,5-75) |
| İŞİ (TÖ) | 10,93±1,89 (6-12) | 10,59±2,41 (6-12) | 10,93±1,83 (6-12) |
| İŞİ (TS) | 5±2,09 (0-9) | 1,78±1,56 (0-6) | 10,97±1,78 (6-12) |
| VAS(TÖ) | 8,59±1,3 (5-10) | 8,72±1,25 (6-10) | 8,48±1,09 (6-10) |
| VAS(TS) | 4,1±1,37 (0-7) | 1,63±1,26 (0-4) | 8,97±0,94 (7-10) |
| GPTRA(TÖ) | 58,6±15,67 (22,22-88,88) | 60,55±20,11 (15,55-88,88) | 59,15±16,99 (24,44-88,88) |
| GPTRA (TS) | 31,55±11,27 (2,22-51,11) | 11,74±11,39 (0-37,77) | 61,14±16,57 (31,11-88,88) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi

Tablo 4.19. Tüm Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametrelerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|-------|---------------------|--------|--------------------|--------|---------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| ÜDE-6 | -4,713 | <0,001 | -4,944 | <0,001 | -2,754 | 0,006* |
| İŞİ | -4,801 | <0,001 | -4,975 | <0,001 | -1,000 | 0,317 |
| VAS | -4,764 | <0,001 | -4,958 | <0,001 | -3,742 | <0,001 |
| GPTRA | -4,705 | <0,001 | -4,937 | <0,001 | -2,675 | 0,007* |

ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, *p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

ÜDE-6 sonuçlarında süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda iyileşme belirlenirken (p<0,001), kontrol grubunda ÜDE-6 değerinde artış oldu (p<0,05). İŞİ skorunda kontrol grubunda fark bulunmazken, süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplarda Üİ şiddetinde düşüş tespit edildi (p<0,001), VAS skorunda süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplarda artış saptandı (p<0,001), kontrol grubundaki azalma Üİ şiddetinin arttığını gösterdi (p<0,05). GPTRA'da; süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda (p<0,001) ve kontrol grubunda (p<0,05) tedavi öncesine göre fark saptandı.(Tablo 4.19).

SÜİ semptomu olan hastaların Üİ şiddet parametreleri ve GPTRA'nın grup içlerindeki karşılaştırılması Tablo 4.20 ve 4.21'de verildi.

Tablo 4.20. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametreleri ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) |
|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| ÜDE-6(TÖ) | 57,92±19,39 (25-75) | 55,49±9,83 (37,5-75) | 57,84±9,65 (41,67-75) |
| ÜDE-6(TS) | 26,25±10,3 (12,5-45,83) | 11,18±7,61 (0-25) | 59,80±8,58 (41,67-75) |
| İŞİ (TÖ) | 11±1,63 (8-12) | 10,11±2,69 (6-12) | 11,06±1,75 (8-12) |
| İŞİ (TS) | 5,10±1,66 (1-6) | 1,89±1,70 (0-6) | 11,12±8,65 (8-12) |
| VAS (TÖ) | 8,60±1,26 (6-10) | 8,58±1,35 (6-10) | 8,53±1,12 (6-10) |
| VAS(TS) | 4,20±1,23 (2-6) | 1,68±1,34 (0-4) | 8,94±1,03 (7-10) |
| GPTRA(TÖ) | 59,10±21,03 (22,22-88,88) | 54,38±20,88 (15,55-88,88) | 56,73±15,32 (30-88,88) |
| GPTRA(TS) | 31,55±11,27 (8,88-51,11) | 11,12±10,27 (0-37,77) | 58,43±15,27 (31,11-88,88) |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi

Tablo 4.21. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametrelerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grubu | | Kontrol Grubu | |
|--------------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------|----------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| ÜDE-6 | -2,812 | 0,005* | -3,832 | 0,000* | -2,333 | 0,020* |
| İŞİ | -2,913 | 0,004* | -3,854 | 0,000* | -1,000 | 0,008* |
| VAS | -2,848 | 0,004* | -3,842 | 0,000* | -2,646 | 0,068 |
| GPTRA | -2,803 | 0,005* | -3,824 | 0,000* | -1,826 | 0,004* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skala, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

SÜİ semptomu olan hastalardan oluşan süpervizyonsuz grupta ÜDE-6, İŞİ, VAS ve GPTRA skorlarında tedavi öncesine göre azalma saptandı (p<0,05). Süpervizyonlu grupta tüm Üİ şiddet parametreleri ve GPTRA'da tedavi sonunda iyileşme olduğu tespit edildi (p=0,000).

Kontrol grubunda ise; VAS'ta farklılık görülmezken; ped testi, ÜDE-6, İŞİ ve GPTRA skorlarında tedavi sonunda Üİ şiddetinin arttığı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.21). MÜİ hastalarının Üİ şiddet ölçümleri ve tedavi öncesi ve sonu değerlerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 4.22 ve 4.23'te verildi.

Tablo 4.22. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| ÜDE-6(TÖ) | 55,04±11,50 (37,50-75) | 62,18±11,21 (37,75-75) | 63,19±12,03 (37,75-75) |
| ÜDE-6(TS) | 26,32±12,35 (4,17-54,17) | 14,10±11,97 (0-37,50) | 65,28±12,22 (37,50-75) |
| İŞİ (TÖ) | 10,89±2,05 (6-12) | 11,31±1,80 (6-12) | 10,75±2,01 (6-12) |
| İŞİ(TS) | 4,95±2,32 (0-9) | 1,62±1,39 (0-4) | 10,75±2,01 (6-12) |
| VAS (TÖ) | 8,58±1,35 (5-10) | 8,92±1,12 (7-10) | 8,42±1,08 (6-10) |
| VAS(TS) | 4,05±1,47 (0-7) | 1,54±1,20 (0-3) | 9,00±0,85 (7-10) |
| GPTRA(TÖ) | 58,33±12,67 (37,77-77,7) | 69,57±15,57 (33,33-84,44) | 62,59±19,28 (24,44-88,88) |
| GPTRA(TS) | 29,47±9,99 (2,22-51,11) | 12,65±13,25 (0-37,77) | 64,99±18,23 (31,50-88,88) |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi,

Tablo 4.23. MÜİ Semptomu olan Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|-------|---------------------|--------|--------------------|--------|---------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| ÜDE-6 | -3,831 | 0,001* | -3,187 | 0,000* | -1,604 | 0,109 |
| İŞİ | -2,913 | 0,004* | -3,854 | 0,000* | -1,000 | 0,317 |
| VAS | -3,195 | 0,001* | -3,862 | 0,000* | -2,646 | 0,008* |
| GPTRA | -3,180 | 0,001* | -3,824 | 0,000* | -2,060 | 0,039* |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, * $p<0,05$, Z: Wilcoxon Signed Ranks Test

MÜİ semptomu olan hastalardan oluşan süpervizyonsuz grupta ÜDE-6, VAS ve GPTRA skorlarında tedavi öncesine göre azalma ($p=0,000$) ve İŞİ ve VAS skorlarındaki azalmadan fazlaydı ($p<0,05$). Süpervizyonlu grupta tüm Üİ şiddet parametrelerinde tedavi

sonundaki ölçüm sonuçlarına göre farklılık saptandı Kontrol grubunda ise; İŞİ ve GPTRA skorlarında farklılık görülmezken; ÜDE-6 ve VAS skorlarında artış olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.23). Tüm hastaların Üİ şiddet ölçümlerinin tedavi öncesi ve sonu gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.24'te verildi.

Tablo 4.24. Tüm Hastalarda Üriner İnkontinans Şiddet Parametlerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-----------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| ÜDE-6(TÖ) | -0,502 | 0,616 | -0,971 | 0,332 | -0,678 | 0,498 |
| ÜDE-6(TS) | -4,444 | 0,000* | -6,360 | 0,000* | -6,714 | 0,000* |
| İŞİ(TÖ) | -0,293 | 0,769 | -0,089 | 0,929 | -0,293 | 0,770 |
| İŞİ(TS) | -5,151 | 0,000* | -6,475 | 0,000* | -6,907 | 0,000* |
| VAS (TÖ) | -0,422 | 0,673 | -0,718 | 0,472 | -0,997 | 0,319 |
| VAS(TS) | -5,529 | 0,000* | -6,601 | 0,000* | -6,777 | 0,000* |
| GPTRA(TÖ) | -0,493 | 0,622 | -0,164 | 0,870 | -0,369 | 0,712 |
| GPTRA(TS) | -5,102 | 0,000* | -5,972 | 0,000* | -6,633 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, VAS: Vizüel Analog Skalası, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, * $p<0,05$, Z: Mann Whitney U Test

Süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplar arasında ÜDE-6, İŞİ, VAS ve GPTRA skorları açısından tedavi sonunda süpervizyonlu grup lehine farklılık saptandı ($p=0,000$). Süpervizyonsuz ve kontrol grupları karşılaştırılmasında, tüm Üİ şiddet parametrelerinde ve GPTRA'da süpervizyonsuz grup, kontrol grubuna göre iyileşme gösterdi ($p=0,000$). Süpervizyonlu grupta, ÜDE-6, İŞİ, VAS ve GPTRA skorlarında tedavi sonunda kontrol grubuna göre daha fazla azalma gösterdiği saptandı ($p=0,000$) (Tablo 4.24). Tüm hastalarda ped testi sonuçlarının tedavi öncesi ve sonu gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.25'te ve grupların ikili karşılaştırılması Tablo 4.26'da verildi.

Tablo 4.25. Tüm Hastalarda Ped Testinin Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz | Süpervizyonlu | Kontrol | χ^2 | p ₂ |
|-----------------------|----------|----------------|----------------|-----------------|----------|----------------|
| | | Grup (n=29) | Grup (n=32) | Grubu (n=29) | | |
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| Ped Testi (TÖ) | Hiç | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 8,383 | 0,015* |
| | Hafif | 1(3,4) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Orta | 7(24,1) | 13(40,6) | 3(10,3) | | |
| | Şiddetli | 21(72,4) | 18(56,3) | 26(89,7) | | |
| Ped Testi (TS) | Hiç | 1(3,4) | 13(40,6) | 0(0) | 55,765 | 0,000* |
| | Hafif | 9(31) | 11(34,4) | 0(0) | | |
| | Orta | 9(31) | 8(25) | 2(6,9) | | |
| | Şiddetli | 10(34,5) | 0(0) | 27(93,1) | | |
| Z | | -3,827 | -4,977 | -0,575 | | |
| p₁ | | 0,000* | 0,000* | 0,564 | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Test, Z: Wilcoxon Signed Ranks Test, p₁: grup içi karşılaştırma değeri, p₂: gruplar arası karşılaştırma değeri

Tablo 4.26. Tüm Hastalarda Ped Testinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz- Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz- Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu- Kontrol Grubu | |
|---------------|---------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Ped Testi(TÖ) | -1,248 | 0,212 | -1,691 | 0,091 | -2,901 | 0,004* |
| Ped Testi(TS) | -4,215 | 0,000* | -4,666 | 0,000* | -6,967 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Tüm hastalarda ped testinin, tedavi sonu değerlerinde gruplar arasında fark olduğu bulundu. Süpervizyonlu grupta süpervizyonsuz gruba göre daha fazla azalma olduğu belirlendi (p=0,000). Süpervizyonlu ve süpervizyonsuz grupların ped testi sonuçlarında kontrol grubuna göre azalma saptandı (p=0,000) (Tablo4.26). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda ped testinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.27, 4.28 ve 4.29'da verildi.

Tablo 4.27. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) | χ^2 | p |
|-----------------------|----------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|----------|--------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| Ped Testi (TÖ) | Hiç | 0(0) | 1(5,3) | 0(0) | 6,662 | 0,036* |
| | Hafif | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Orta | 3(30) | 10(52,6) | 3(17,6) | | |
| | Şiddetli | 7(70) | 8(42,1) | 14(82,4) | | |
| Ped Testi (TS) | Hiç | 0(0) | 9(47,4) | 0(0) | 33,380 | 0,000* |
| | Hafif | 2(20) | 7(36,8) | 0(0) | | |
| | Orta | 5(50) | 3(15,8) | 2(11,8) | | |
| | Şiddetli | 3(30) | 0(0) | 15(88,2) | | |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Test

Tablo 4.28. MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) | χ^2 | p |
|-----------------------|----------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|----------|--------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| Ped Testi (TÖ) | Hiç | 1(5,3) | 0(0) | 0(0) | 3,653 | 0,161 |
| | Hafif | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Orta | 4(21,1) | 3(23,1) | 0(0) | | |
| | Şiddetli | 14(73,7) | 10(76,9) | 12(100) | | |
| Ped Testi (TS) | Hiç | 1(5,3) | 4(30,8) | 0(0) | 21,844 | 0,000* |
| | Hafif | 7(36,8) | 4(30,8) | 0(0) | | |
| | Orta | 4(21,1) | 5(38,5) | 0(0) | | |
| | Şiddetli | 7(36,8) | 0(0) | 12(100) | | |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Test

Tablo 4.29. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Ped Testinin Tedavi Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|------------------|------------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| Ped Testi | MÜİ | -2,136 | 0,033 | -3,36 | 0,001* | -4,537 | 0,000* |
| | SÜİ | -3,565 | 0,000* | -3,120 | 0,002* | -5,286 | 0,000* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların ped testinde, tedavi öncesine göre gruplar arasında fark olduğu bulundu (Tablo 4.27 ve 4.28). Süpervizyonlu grupta süpervizyonsuz gruba göre, SÜİ semptomu olan hastalarda daha fazla azalma olduğu belirlendi (p=0,000), MÜİ semptomu olan hastalarda (Bonferroni düzeltilmesine göre) fark bulunmadı Süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplar, ped testi sonuçlarında kontrol grubuna göre iyileşme gösterdi (p=0,000) (Tablo 4.29). Üİ tipine göre grup içi Üİ şiddet parametrelerinin ve GPTRA'nın tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.30'da verildi.

Tablo 4.30. Üriner İnkontinans Tipine Göre Hastaların Üriner İnkontinans Şiddet Parametrelerinin ve GPTRA'nın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup içi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup (SÜİ/MÜİ) | | Süpervizyonlu Grup (SÜİ/MÜİ) | | Kontrol Grubu (SÜİ/MÜİ) | |
|----------------------|-------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| Ped Testi(TÖ) | -0,413 | 0,680 | -0,896 | 0,370 | -0,266 | 0,790 |
| Ped testi(TS) | -0,528 | 0,598 | -1,362 | 0,173 | -0,338 | 0,735 |
| ÜDE-6(TÖ) | -0,831 | 0,406 | -1,824 | 0,068 | -1,586 | 0,113 |
| ÜDE-6(TS) | -0,023 | 0,982 | -0,505 | 0,613 | -1,924 | 0,054 |
| İŞİ (TÖ) | -0,117 | 0,907 | -1,362 | 0,173 | -0,338 | 0,735 |
| İŞİ(TS) | -0,278 | 0,781 | -0,392 | 0,695 | -0,423 | 0,673 |
| VAS (TÖ) | 0,000 | 1,000 | -0,657 | 0,511 | -0,281 | 0,779 |
| VAS(TS) | -0,263 | 0,792 | -0,357 | 0,721 | -0,024 | 0,981 |
| GPTRA(TÖ) | -0,209 | 0,835 | -1,946 | 0,052 | -0,666 | 0,506 |
| GPTRA(TS) | -0,578 | 0,564 | -0,137 | 0,891 | -1,021 | 0,307 |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, VAS: Vizüel Analog Skalası, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Hastaların şiddet parametreleri Üİ tipine göre grup içlerinde karşılaştırıldığında fark bulunmadı ($p>0,05$). Hastaların şiddet parametrelerine göre tedavi etkisinin sonuçları Tablo 4.31’de verildi.

Tablo 4.31. Tüm Hastalarda Üriner İnkontinans Şiddet Parametreleri ve GPTRA’ya Göre Tedavi Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | | | Süpervizyonlu Grup (n=32) | | | Kontrol Grubu (n=29) | | |
|------------------|-------------------------------|-----------|-----------|------------------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|
| | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme |
| Ped Testi | 17 | 0 | 12 | 31 | 0 | 1 | 2 | 1 | 26 |
| ÜDE-6 | 29 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 9 | 20 |
| İŞİ | 29 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 1 | 28 |
| VAS | 29 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 14 | 15 |
| GPTRA | 29 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 9 | 20 |

ÜDE-6: Ürogenital Distres Envanteri, İŞİ: İnkontinans Şiddet İndeksi, GPTRA: Global Pelvik Taban Rahatsızlıkları Anketi, VAS: Vizüel Analog Skalası.

Tüm hastaların grup içi tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde süpervizyonsuz ve süpervizyonlu grupta iyileşen hasta sayısının yüksek olduğu, kontrol grubunda ise değişim göstermeyen hasta sayısının daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.31).

4.3. Üriner Semptom ve Mesane Fonksiyonlarına Ait Bulgular

Hastaların mesane fonksiyonları 3 günlük 24 saatlik frekans-hacim çizelgesinin sonuçlarına göre belirlendi. Tedavi öncesinde günlük ve gece işeme frekansları ve Üİ epizodları gruplarda birbirine benzerdi. Tüm hastaların dâhil edildiği 24 saatlik frekans-hacim çizelgesinin grup içi tedavi öncesi ve sonu ortalamaları ve grup içi karşılaştırılması Tablo 4.32 ve 4.33’te verildi.

Tablo 4.32. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=5) | Süpervizyonlu Grup (n=9) | Kontrol Grubu (n=5) |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| Günlük İşeme (TÖ) | 8,40±1,46 (7-10,33) | 6,96±1,27 (5-9,33) | 7,46±2,17 (5,66-10) |
| Günlük İşeme (TS) | 5,73±1,59 (3,66-8) | 4,15±0,67 (3-5,33) | 7,86±2,32 (5,66-10,66) |
| Gece İşeme (TÖ) | 1,73±1,36 (0-3,66) | 0,78±0,65 (0-2) | 1,6±1,16 (0-3) |
| Gece İşeme (TS) | 0,8±0,84 (0-2) | 0,37±0,54 (0-1,66) | 2,2±1,07 (0,66-3,66) |
| Üİ (TÖ) | 2,06±0,64 (1,33-3) | 2,33±1,77 (1,77-1) | 4,86±2,82 (1,33-9) |
| Üİ (TS) | 0,86±0,51 (0,33-1,66) | 0,07±0,15 (0,15-0) | 5,13±2,63 (2-9) |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, Üİ: Üriner İnkontinans

Tablo 4.33. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|---------------------|---------------------|-------|--------------------|--------|---------------|-------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Günlük İşeme | -2,032 | 0,042 | -2,677 | 0,007* | -1,604 | 0,109 |
| Gece İşeme | -1,604 | 0,109 | -1,706 | 0,088 | -1,841 | 0,066 |
| Üİ | -2,041 | 0,041 | -2,692 | 0,007* | -1,069 | 0,285 |

*p<0,05, Z: Wilcoxon Signed Ranks Testi, Üİ: Üriner İnkontinans

Süpervizyonsuz grupta tedavi öncesine göre günlük işeme ve gece işeme frekansları arasında fark olmadığı ($p>0,05$), Üİ epizodlarının azaldığı saptandı ($p<0,05$). Süpervizyonlu grupta gece işeme frekasında bir değişim görülmezken, günlük işeme ve Üİ frekanslarında iyileşme tespit edildi ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise; tedavi öncesi ve sonu arasında hiçbir üriner parametrede değişim görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.33). SÜİ semptomu olan hastalarda 24 saatlik frekans-hacim çizelgesinin grup içi tedavi öncesi ve sonu karşılaştırılması Tablo 4.34'te verildi.

Tablo 4.34. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup | Süpervizyonlu Grubu | Kontrol Grubu |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | (n=3) | (n=6) | (n=4) |
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| Günlük İşeme (TÖ) | 8,89±1,471 (7-10,33) | 7,05±0,71 (6-8) | 6,83±1,89 (5,66-9,66) |
| Günlük İşeme (TS) | 5,89±2,17 (3,66-8) | 4,39±0,61 (3,66-5,33) | 7,17±1,97 (5,66-10) |
| Gece İşeme (TÖ) | 1,89±1,83 (0-3,66) | 0,78±0,75 (0-2) | 1,58±1,34 (0-3) |
| Gece İşeme (TS) | 0,67±1,15 (0-2) | 0,44±0,65 (0-1,66) | 2,16±1,23 (0,66-3,66) |
| Üİ (TÖ) | 2,22±0,84 (1,33-3) | 1,22±0,77 (1-1,33) | 5,75±2,32 (3,66-9) |
| Üİ (TS) | 1,00±0,67 (0,33-1,66) | 0 | 5,92±2,27 (3,66-9) |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, Üİ: Üriner İnkontinans

Tablo 4.35. SÜİ Semptomu olan Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grubu | | Kontrol Grubu | |
|---------------------|----------------------------|----------|----------------------------|----------|----------------------|----------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Günlük İşeme | -1,604 | 0,109 | -2,207 | 0,027* | -1,342 | 0,180 |
| Gece İşeme | -1,342 | 0,180 | -1,095 | 0,273 | -1,633 | 0,102 |
| Üİ | -1,604 | 0,109 | -2,271 | 0,023* | -1,447 | 0,655 |

*p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test, Üİ: Üriner İnkontinans

SÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonsuz ve kontrol grubunda üriner parametrelerde tedavi öncesine göre farklılık görülmedi (p>0,05). Yalnızca süpervizyonlu grupta günlük işeme ve Üİ epizodunda iyileşme saptandı (p<0,05) (Tablo 4.35). Tüm hastalarda 24 saatlik frekans-hacim çizelgesinin gruplar arasındaki karşılaştırılması Tablo 4.36'da verildi.

Tablo 4.36. Tüm Hastalarda 24 Saatlik Frekans-Hacim Çizelgesinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| Günlük İşeme (TÖ) | -1,757 | 0,079 | -0,946 | 0,344 | -0,067 | 0,946 |
| Günlük İşeme (TS) | -1,894 | 0,058 | -1,375 | 0,169 | -3,037 | 0,002* |
| Gece İşeme (TÖ) | -1,420 | 0,155 | -0,105 | 0,916 | -1,414 | 0,157 |
| Gece (TS) | -0,907 | 0,364 | -1,903 | 0,057 | -2,851 | 0,004* |
| Üİ (TÖ) | -0,751 | 0,453 | -1,676 | 0,094 | -1,847 | 0,065 |
| Üİ (TS) | -3,081 | 0,002* | -2,619 | 0,009* | -3,208 | 0,001* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test, Üİ: Üriner İnkontinans

Süpervizyonlu ve süpervizyonsuz grup karşılaştırıldığında Üİ epizodunda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında tüm üriner parametrelerde süpervizyonlu grup lehine azalma olduğu bulundu (p<0,05). Süpervizyonsuz ve kontrol grubu arasında, Üİ epizodu açısından süpervizyonsuz grupta azalma tespit edildi (Tablo 4.36). Hastaların üriner semptomlarının tedavi öncesi ve sonu grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.37, 4.38, 4.39 ve 4.40'da verildi.

Tablo 4.37. Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) | χ^2 | p₂ |
|-----------------------------------|-------|---|--|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| İdrarı bekletememe(TÖ) | Evet | 11(37,9) | 11 (34,4) | 23(79,3) | 14,780 | 0,001* |
| | Hayır | 18(67,1) | 21 (65,6) | 6(20,7) | | |
| İdrarı bekletememe(TS) | Evet | 7(24,1) | 9(28,1) | 21(72,4) | 17,417 | 0,000* |
| | Hayır | 22(75,9) | 23(71,9) | 8(27,6) | | |
| p₁ | | 0,125 | 0,727 | 0,625 | | |
| Öksürme(TÖ) | Evet | 29(100) | 30(93,8) | 29(100) | 3,707 | 0,157 |
| | Hayır | 0(0) | 2(6,2) | 0(0) | | |
| Öksürme (TS) | Evet | 29(100) | 24(75) | 29(100) | 15,915 | 0,000* |
| | Hayır | 0(0) | 8(25) | 0(0) | | |
| p₁ | | - | 0,070 | - | | |
| Hapşırma(TÖ) | Evet | 27(93,1) | 29(90,6) | 28(96,6) | 0,862 | 0,650 |
| | Hayır | 2(6,9) | 3(6,9) | 1(3,4) | | |
| Hapşırma(TS) | Evet | 27(93,1) | 17(53,1) | 29(100) | 25,834 | 0,000* |
| | Hayır | 2(6,9) | 15(46,9) | 0(0) | | |
| p₁ | | 1000 | 0,000* | 1000 | | |
| Ağrılık kaldırma(TÖ) | Evet | 17(58,6) | 23(71,9) | 21(72,4) | 1,645 | 0,439 |
| | Hayır | 12(41,4) | 9(8,1) | 8(27,6) | | |
| Ağrılık kaldırma(TS) | Evet | 13(44,8) | 10(31,3) | 24(82,8) | 17,115 | 0,000* |
| | Hayır | 16(55,2) | 22(68,7) | 5(17,2) | | |
| p₁ | | 0,125 | 0,000* | 0,250 | | |
| Gülme(TÖ) | Evet | 15(51,7) | 20(62,5) | 20(69) | 1,854 | 0,396 |
| | Hayır | 14(48,3) | 12(37,5) | 9(31) | | |
| Gülme(TS) | Evet | 13(48,3) | 10(31,3) | 21(72,4) | 10,362 | 0,006* |
| | Hayır | 16(51,7) | 22(68,7) | 8(27,6) | | |
| p₁ | | 1000 | 0,006* | 1000 | | |
| Yürüme(TÖ) | Evet | 11(37,9) | 15(46,9) | 15(51,7) | 1,147 | 0,564 |
| | Hayır | 18(62,1) | 17(53,1) | 14(48,3) | | |
| Yürüme(TS) | Evet | 9(31) | 6(18,8) | 14(48,3) | 6,100 | 0,047* |
| | Hayır | 20(69) | 26(81,2) | 15(51,7) | | |
| p₁ | | 0,625 | 0,012* | 1000 | | |
| Urge(TÖ) | Evet | 19(65,5) | 14(43,8) | 12(41,7) | 4,155 | 0,125 |
| | Hayır | 10(34,5) | 18(56,2) | 17(58,3) | | |
| Urge(TS) | Evet | 19(65,5) | 11(34,4) | 11(37,9) | 6,952 | 0,031* |
| | Hayır | 10(34,5) | 21(65,6) | 18(62,1) | | |
| p₁ | | 1000 | 0,375 | 1000 | | |
| Nokturi (TÖ) | Evet | 1(3,4) | 1(3,1) | 0(0) | 0,980 | 0,613 |
| | Hayır | 28(96,6) | 31(96,9) | 29(100) | | |
| Nokturi (TS) | Evet | 0(0) | 0(0) | 0(0) | - | - |
| | Hayır | 29(100) | 32(100) | 29(100) | | |
| p₁ | | 1000 | 1000 | - | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Ki-Kare Testi, p₁:grup içi karşılaştırma değeri, p₂: gruplar arası karşılaştırma değeri

Tablo 4.38. Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) | χ^2 | p₂ |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|----------|----------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| Üi sıklığı(TÖ) | Hemen hergün | 24(82,8) | 20(62,5) | 23(79,3) | 4,707 | 0,095 |
| | Haftada birden fazla | 5(17,2) | 8(25) | 6(20,7) | | |
| | Yaklaşık haftada bir | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | | |
| | Haftada birden az | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | | |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Üi sıklığı(TS) | Hemen hergün | 0(0) | 0(0) | 25(86,2) | 25,359 | 0,000* |
| | Haftada birden fazla | 0(0) | 1(3,1) | 4(13,8) | | |
| | Yaklaşık haftada bir | 15(51,7) | 6(18,8) | 0(0) | | |
| | Haftada birden az | 13(44,8) | 16(50) | 0(0) | | |
| | Hiç | 1(3,4) | 9(28,1) | 0(0) | | |
| p₁ | | 0,009* | 0,000* | 0,317 | | |
| Kaçırma miktarı (TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0,786 | 0,675 |
| | Sadece birkaç damla | 0(0) | 1(3,1) | 2(6,9) | | |
| | İç çamaşırını nemlendirecek kadar | 10(34,5) | 11(34,4) | 7(24,1) | | |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 15(51,7) | 18(56,3) | 15(51,7) | | |
| | Yeri ıslatacak kadar | 4(13,8) | 2(6,3) | 5(17,2) | | |
| Kaçırma miktarı (TS) | Hiç | 1(3,4) | 9(3,4) | 0(0) | 60,426 | 0,000* |
| | Sadece birkaç damla | 5(17,2) | 19(17,2) | 0(0) | | |
| | İç çamaşırını nemlendirecek kadar | 18(62,1) | 4(62,1) | 6(20,7) | | |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 5(17,2) | 0(0) | 16(55,2) | | |
| | Yeri ıslatacak kadar | 0(0) | 0(0) | 7(24,1) | | |
| p₁ | | 0,000* | 0,000* | 0,020* | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, Üİ: Üriner İnkontinans, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi, p₁:grup içi karşılaştırma değeri, p₂: gruplar arası karşılaştırma değeri

Tablo 4.39. Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) | χ^2 | P₂ |
|---|--------------------|---|--|-------------------------------------|----------|----------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) | | |
| Kaçırma tipi(TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 6,444 | 0,040* |
| | Damlama | 9(31) | 9(28,1) | 4(13,8) | | |
| | Fıskırma | 13(44,8) | 15(46,9) | 10(34,5) | | |
| | Tamamen boşalma | 7(24,1) | 8(25) | 15(51,7) | | |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Kaçırma tipi(TS) | Hiç | 1(3,4) | 9(28,1) | 0(0) | 51,133 | 0,000* |
| | Damlama | 22(75,9) | 23(71,9) | 5(17,2) | | |
| | Fıskırma | 5(17,2) | 0(0) | 8(27,6) | | |
| | Tamamen boşalma | 1(3,4) | 0(0) | 16(55,2) | | |
| p₁ | | 0,000* | 0,000* | 0,914 | | |
| Kaçırma zamanı(TÖ) | Sürekli | 7(24,1) | 7(21,9) | 8(27,6) | 0,841 | 0,657 |
| | Aralıklı | 20(69) | 23(71,9) | 21(72,4) | | |
| | Zorlanınca | 2(6,9) | 2(6,3) | 0(0) | | |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Kaçırma zamanı(TS) | Sürekli | 0(0) | 0(0) | 8(27,6) | 9,600 | 0,008* |
| | Aralıklı | 25(86,2) | 4(12,5) | 21(72,4) | | |
| | Zorlanınca | 3(10,3) | 19(59,4) | 0(0) | | |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Hiç | 1(3,4) | 9(28,1) | 0(0) | | |
| p₁ | | 0,083 | 0,626 | 1000 | | |
| İdrarı durdurabilme(TÖ) | Durduruyor | 0(0) | 0(0) | 2(6,9) | 1,219 | 0,544 |
| | Yavaşlatıyor | 1(3,4) | 2(6,3) | 21(3,4) | | |
| | Değişiklik olmuyor | 28(96,6) | 30(93,8) | 6(89,7) | | |
| İdrarı durdurabilme(TS) | Durduruyor | 1(3,4) | 20(62,5) | 0(0) | 66,042 | 0,000* |
| | Yavaşlatıyor | 6(20,7) | 11(34,4) | 0(0) | | |
| | Değişiklik olmuyor | 22(75,9) | 1(3,1) | 29(100) | | |
| p₁ | | 0,020* | 0,000* | 0,102 | | |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TÖ) | Evet | 4(13,8) | 2(6,3) | 2(6,9) | 1,278 | 0,528 |
| | Hayır | 25(86,2) | 30(93,8) | 27(93,1) | | |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TS) | Evet | 0(0) | 0(0) | 1(3,4) | 2,127 | 0,345 |
| | Hayır | 29(100) | 32(100) | 28(96,6) | | |
| p₁ | | 0,125 | 0,50 | - | | |

TÖ: Tedavi Öncei, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Test, p₁:grup içi karşılaştırma değeri, p₂: gruplar arası karşılaştırma değeri

Tablo 4.40. Üriner Semptomların Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz- Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz- Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu- Kontrol Grubu | |
|----------------------------|---------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Sıklık(TÖ) | -1,915 | 0,055 | -0,332 | 0,740 | -1,628 | 0,104 |
| Sıklık(TS) | -2,117 | 0,034 | -6,067 | 0,000* | -3,045 | 0,002* |
| Kaçırma Miktarı(TÖ) | -0,646 | 0,518 | -0,204 | 0,838 | 0,840 | 0,401 |
| Kaçırma Miktarı(TS) | -5,105 | 0,000* | -4,917 | 0,000* | -6,723 | 0,000* |
| Kaçırma Tipi(TÖ) | -0,202 | 0,840 | -2,248 | 0,025 | -2,155 | 0,031 |
| Kaçırma Tipi(TS) | -3,439 | 0,001* | -5,014 | 0,000* | -6,258 | 0,000* |
| Kaçırma Zamanı(TÖ) | -0,136 | 0,892 | -0,696 | 0,487 | -0,878 | 0,380 |
| Kaçırma Zamanı(TS) | -1,842 | 0,065 | -2,841 | 0,004* | -2,457 | 0,014* |
| İdrarı Durdurma(TÖ) | -0,501 | 0,616 | -1,062 | 0,288 | -0,638 | 0,524 |
| İdrarı Durdurma(TS) | -6,021 | 0,000* | -2,794 | 0,005* | -7,082 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Tüm hastaların üriner semptomlarının karşılaştırılmasında hapsırma, gülme ve yürüme semptomlarında süpervizyonlu grupta tedavi sonunda azalma olduğu ve gruplar arasında fark olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.37) . Farkında olmaksızın kaçırma ve kaçırma zamanı dışında diğer semptomlarda süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda azalma bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.38 ve 4.39). Süpervizyonsuz grup ile süpervizyonlu grup karşılaştırıldığında; kaçırma miktarı, kaçırma tipi ve idrarı durdurma açısından süpervizyonlu grup lehine farklılık belirlendi ($p<0,05$). Süpervizyonsuz ve kontrol, süpervizyonlu ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında tüm parametrelerde kontrol grubuna göre azalma tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.40). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların üriner semptomlarının tedavi öncesi ve sonu dağılımı tablo 4.41 ve 4.42’de verildi.

Tablo 4.41. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) |
| İnkontinans sıklığı(TÖ) | Hemen hergün | 7(70) | 10(52,6) | 15(88,2) |
| | Haftada birden fazla | 3(30) | 6(31,6) | 2(11,8) |
| | Yaklaşık haftada bir | 0(0) | 2(10,5) | 0(0) |
| | Haftada birden az | 0(0) | 1(5,3) | 0(0) |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| İnkontinans sıklığı(TS) | Hemen hergün | 0(0) | 0(0) | 16(94,1) |
| | Haftada birden fazla | 2(20) | 1(5,3) | 1(5,9) |
| | Yaklaşık haftada bir | 8(80) | 1(5,3) | 0(0) |
| | Haftada birden az | 0(0) | 11(57,9) | 0(0) |
| | Hiç | 0(0) | 6(31,6) | 0(0) |
| Kaçırma miktarı (TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Sadece birkaç damla | 0(0) | 1(5,3) | 1(5,9) |
| | İç çamaşırını nemlendirecek kadar | 4(40) | 8(42,1) | 5(29,4) |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 4(40) | 9(47,4) | 8(47,1) |
| | Yeri ıslatacak kadar | 2(20) | 1(5,3) | 3(17,6) |
| Kaçırma miktarı (TS) | Hiç | 0(0) | 6(31,6) | 0(0) |
| | Sadece birkaç damla | 2(20) | 11(57,9) | 0(0) |
| | İç çamaşırını nemlendirecek kadar | 6(60) | 2(10,5) | 5(29,4) |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 2(20) | 0(0) | 9(52,9) |
| | Yeri ıslatacak kadar | 0(0) | 0(0) | 3(17,6) |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

Tablo 4.42. SÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı (devamı)

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) |
|---|--------------------|---|--|-------------------------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) |
| Kaçırma tipi(TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Damlama | 3(30) | 7(36,8) | 4(23,5) |
| | Fıskırma | 4(40) | 9(47,4) | 3(17,6) |
| | Tamamen boşalma | 3(30) | 3(15,8) | 10(58,8) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma tipi(TS) | Hiç | 0(0) | 6(31,6) | 0(0) |
| | Damlama | 8(80) | 13(68,4) | 4(23,5) |
| | Fıskırma | 1(10) | 0(0) | 4(23,5) |
| | Tamamen boşalma | 1(10) | 0(0) | 9(52,9) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma zamanı(TÖ) | Sürekli | 2(20) | 6(31,6) | 5(29,4) |
| | Aralıklı | 8(80) | 1(1(57,9) | 12(70,6) |
| | Zorlanınca | 0(0) | 2(10,5) | 0(0) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma zamanı(TS) | Sürekli | 0(0) | 6(31,6) | 5(29,4) |
| | Aralıklı | 9(90) | 2(10,5) | 12(70,6) |
| | Zorlanınca | 1(10) | 11(57,9) | 0(0) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| İdrarı durdurabilme(TÖ) | Durduruyor | 0(0) | 0(0) | 1(5,9) |
| | Yavaşlatıyor | 1(10) | 1(5,3) | 1(5,9) |
| | Değişiklik olmuyor | 9(90) | 18(94,7) | 15(88,2) |
| İdrarı durdurabilme(TS) | Durduruyor | 0(0) | 14(73,7) | 0(0) |
| | Yavaşlatıyor | 3(30) | 5(26,3) | 0(0) |
| | Değişiklik olmuyor | 7(70) | 0(0) | 17(100) |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TÖ) | Evet | 2(20) | 1(5,3) | 1(5,9) |
| | Hayır | 8(80) | 18(94,7) | 16(94,1) |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TS) | Evet | 0(0) | 0(0) | 1(5,9) |
| | Hayır | 10(100) | 19(100) | 16(94,1) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

SÜİ semptomu olan hastaların üriner semptomlarında, süpervizyonsuz grupta azalma bulundu özellikle süpervizyonlu grupta üriner semptomların tamamen bittiği hasta sayısının artışı saptandı. Kontrol grubunda ise kaçırma miktarı ve Üİ sıklığında artma olurken diğer parametrelerde değişim belirlenmedi (Tablo 4.41 ve 4.42) MÜİ semptomu olan hastaların üriner semptomlarının tedavi öncesi ve sonu dağılımı Tablo 4.43 ve 4.44’te verildi.

Tablo 4.43. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) |
| Üİ sıklığı(TÖ) | Hemen hergün | 17(89,5) | 10(76,9) | 8(66,7) |
| | Haftada birden fazla | 2(10,5) | 2(15,4) | 4(33,3) |
| | Yaklaşık haftada bir | 0(0) | 1(7,7) | 0(0) |
| | Haftada birden az | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Üİ sıklığı(TS) | Hemen hergün | 0(0) | 0(0) | 9(75) |
| | Haftada birden fazla | 8(42,1) | 0(0) | 3(25) |
| | Yaklaşık haftada bir | 10(52,6) | 5(38,5) | 0(0) |
| | Haftada birden az | 0(0) | 5(38,5) | 0(0) |
| | Hiç | 1(5,3) | 3(23,1) | 0(0) |
| Kaçırma miktarı (TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Sadece birkaç damla | 0(0) | 0(0) | 1(8,3) |
| | İç çamaşırımı nemlendirecek kadar | 6(31,6) | 3(23,1) | 2(16,7) |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 11(57,9) | 9(69,2) | 7(58,3) |
| | Yeri ıslatacak kadar | 2(10,5) | 1(7,7) | 2(16,7) |
| Kaçırma miktarı (TS) | Hiç | 1(5,3) | 3(23,1) | 0(0) |
| | Sadece birkaç damla | 3(15,8) | 8(61,5) | 0(0) |
| | İç çamaşırımı nemlendirecek kadar | 12(63,2) | 2(15,4) | 5(29,4) |
| | Kıyafetini ıslatacak kadar | 3(15,8) | 0(0) | 9(52,9) |
| | Yeri ıslatacak kadar | 0(0) | 0(0) | 3(17,6) |

Üİ: Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

Tablo 4.44. MÜİ Semptomu Olan Hastaların Üriner Semptomlarının Tedavi Öncesi ve Sonu Dağılımı (devamı)

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) |
|---|--------------------|---|--|-------------------------------------|
| | | n(%) | n(%) | n(%) |
| Kaçırma tipi(TÖ) | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Damlama | 6(31,6) | 2(15,4) | 7(58,3) |
| | Fıskırma | 9(47,4) | 6(46,2) | 5(41,7) |
| | Tamamen boşalma | 4(21,1) | 5(38,5) | 0(0) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma tipi(TS) | Hiç | 1(5,3) | 3(23,1) | 0(0) |
| | Damlama | 14(73,7) | 10(76,9) | 1(8,3) |
| | Fıskırma | 4(21,1) | 0(0) | 4(33,3) |
| | Tamamen boşalma | 0(0) | 0(0) | 7(58,3) |
| | Diğer | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma zamanı(TÖ) | Sürekli | 5(26,3) | 1(7,7) | 3(25) |
| | Aralıklı | 12(63,2) | 12(92,3) | 9(75) |
| | Zorlanınca | 2(10,5) | 0(0) | 0(0) |
| | Hiç | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| Kaçırma zamanı(TS) | Sürekli | 0(0) | 0(0) | 3(25) |
| | Aralıklı | 16(84,2) | 2(15,4) | 9(75) |
| | Zorlanınca | 2(10,5) | 8(61,5) | 0(0) |
| | Hiç | 1(5,3) | 3(23,1) | 0(0) |
| İdrarı durdurabilme(TÖ) | Durduruyor | 0(0) | 0(0) | 1(8,3) |
| | Yavaşlatıyor | 0(0) | 1(7,7) | 0(0) |
| | Değişiklik olmuyor | 19(100) | 12(92,3) | 11(91,7) |
| İdrarı durdurabilme(TS) | Durduruyor | 1(0) | 14(73,7) | 0(0) |
| | Yavaşlatıyor | 3(30) | 5(26,3) | 0(0) |
| | Değişiklik olmuyor | 15(70) | 0(0) | 12(100) |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TÖ) | Evet | 2(10,5) | 1(7,7) | 1(8,3) |
| | Hayır | 17(89,5) | 12(92,3) | 11(91,7) |
| Farkında olmaksızın kaçırma (TS) | Evet | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| | Hayır | 19(100) | 13(100) | 12(100) |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

Mikst semptomu olan hastalarda süpervizyonlu grupta tüm semptomlarda azalma olurken özellikle idrarı durdurabilme semptomunda süpervizyonsuz gruba göre daha fazla iyileşme tespit edildi. Süpervizyonsuz grupta da semptomlarda azalma olduğu belirlendi. Kontrol grubunda üriner semptomlarda artış bulundu (Tablo 4.43 ve 4.44).

Sekonder Bulgular

4.4. Yaşam Kalitesine Ait Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaşam kaliteleri King Sağlık Anketi (KSA) ve VAS ile değerlendirildi. KSA'da genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, duygusal durumlar, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası alt parametrelerinin tedavi öncesi gruplar arasındaki değerleri benzerdi (Tablo 4.45). SÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan grup içi KSA'da inkontinans etkisi, duygusal durumlar, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası alt parametrelerinin tedavi öncesi değerleri benzerdi (Tablo 4.46). MÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan grup içi KSA'da genel sağlık algılaması, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası alt parametrelerinin tedavi öncesi değerleri benzerdi (Tablo 4.47). KSA'nın tüm hastaların dâhil edilerek grup içi tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.45'de verildi.

Tablo 4.45. Tüm Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| | X± SS | X± SS | X± SS |
| Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | 76,72±16,27 | 78,13±21,77 | 80,17±22,54 |
| Genel Sağlık Algılaması(TS) | 45±10,54 | 18,42±14,05 | 89,71±12,68 |
| Z | -2,714 | -3,867 | -2,236 |
| p | 0,007* | 0,000* | 0,025* |
| İnkontinans Etkisi (TÖ) | 95±10,54 | 89,47±19,21 | 95,59±9,82 |
| İnkontinans Etkisi (TS) | 53,33±14,80 | 14,91±13,20 | 95,59±9,82 |
| Z | -2,831 | -3,942 | 0,000 |
| p | 0,000* | 0,000* | 1,000 |
| Rol Limitasyonları (TÖ) | 90±21,8 | 71,05±27,13 | 77,45±30,59 |
| Rol Limitasyonları (TS) | 45±15,81 | 11,40±17,63 | 84,31±24,63 |
| Z | -2,831 | -3,841 | -1,841 |
| p | 0,005* | 0,000* | 0,066 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | 86,67±21,94 | 82,45±25,14 | 94,12±14,36 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TS) | 50±13,61 | 15,35±15,78 | 94,12±14,36 |
| Z | -2,721 | -3,837 | 0,000 |
| p | 0,005* | 0,000* | 1000 |
| Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | 85±27,72 | 84,21±25,14 | 94,18±20,51 |
| Sosyal Limitasyonlar(TS) | 50,55±24,35 | 13,30±22,08 | 94,18±16,79 |
| Z | -2,379 | -3,839 | -0,447 |
| p | 0,007* | 0,000* | 0,655 |
| Kişisel İlişkiler(TÖ) | 45,83±50,23 | 45±45,85 | 65,62±43,23 |
| Kişisel İlişkiler(TS) | 14,58±20,77 | 6,67±21,08 | 59,37±45,12 |
| Z | -1,826 | -2,214 | -1,000 |
| p | 0,017* | 0,027* | 0,317 |
| Duygusal Durumlar(TÖ) | 96,67±10,54 | 94,49±10,51 | 98,04±8,09 |
| Duygusal Durumlar(TS) | 36,66±16,60 | 12,86±23,50 | 98,04±8,09 |
| Z | -2,812 | -3,778 | 0,000 |
| p | 0,005* | 0,000* | 1,000 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | 85±31,87 | 71,05±34,62 | 80,06±33,63 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | 41,66±16,20 | 8,75±16,98 | 79,08±31,64 |
| Z | -2,623 | -3,632 | -0,447 |
| p | 0,009* | 0,000* | 0,655 |
| Semptom Şiddeti (TÖ) | 90±11,87 | 88,42±11,30 | 89,41±12,03 |
| Semptom Şiddeti (TS) | 34,66±16,57 | 15,08±12,93 | 89,67±15,52 |
| Z | -2,812 | -3,828 | -0,365 |
| p | 0,005* | 0,000* | 0,715 |
| Semptom Ciddiyet Skalası TÖ) | 16,80±3,77 | 14,74±4,24 | 14,67±4,10 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | 6,30±2,31 | 3,71±6,10 | 15,33±4,10 |
| Z | -2,805 | -3,265 | -2,070 |
| p | 0,005* | 0,001* | 0,038* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

Tüm hastalara göre KSA'nın süpervizyonsuz grupta tedavi öncesi ve sonunda grup içi karşılaştırılmasında, genel sağlık algılaması, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası alt parametrelerinde tedavi öncesine göre azalma (p<0,05), inkontinans etkisi parametresinde ise

diğer parametrelere göre azalma daha belirgindi ($p=0.000$). Süpervizyonlu grupta; genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti parametrelerindeki azalma ($p=0.000$), kişisel ilişkiler ve semptom ciddiyet skalasında azalmadan ($p<0,05$) daha fazlaydı. Kontrol grubunda ise; genel sağlık algılaması ve semptom ciddiyet skalasında tedavi öncesine göre artış vardı ($p<0,05$), inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları ve semptom şiddeti parametrelerinde değişim yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.45). SÜİ semptomu olan hastalara göre KSA'nın grup içi tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.46' da verildi.



Tablo 4.46. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup içi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | X±SS | X±SS | X±SS |
| Genel Sağlık Algılaması(TÖ) | 82,50±20,58 | 73,68±22,78 | 82,35±21,22 |
| Genel Sağlık Algılaması(TS) | 45±10,54 | 18,42±14,05 | 89,71±12,68 |
| Z | -2,714 | -3,867 | -2,236 |
| p | 0,007* | 0,000* | 0,025* |
| İnkontinans Etkisi (TÖ) | 95±10,54 | 89,47±19,21 | 95,59±9,82 |
| İnkontinans Etkisi (TS) | 53,33±14,80 | 14,91±13,20 | 95,59±9,82 |
| Z | -2,831 | -3,942 | 0,000 |
| p | 0,005* | 0,000* | 1,000 |
| Rol Limitasyonları (TÖ) | 90±21,8 | 71,05±27,13 | 77,45±30,59 |
| Rol Limitasyonları (TS) | 45±15,81 | 11,40±17,63 | 84,31±24,63 |
| Z | -2,831 | -3,841 | -1,841 |
| p | 0,005* | 0,000* | 0,066 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | 86,67±21,94 | 82,45±25,14 | 94,12±14,36 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TS) | 50±13,61 | 15,35±15,78 | 94,12±14,36 |
| Z | -2,721 | -3,837 | 0,000 |
| P | 0,005* | 0,000* | 1000 |
| Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | 85±27,72 | 84,21±25,14 | 94,18±20,51 |
| Sosyal Limitasyonlar(TS) | 50,55±24,35 | 13,30±22,08 | 94,18±16,79 |
| Z | -2,379 | -3,839 | -0,447 |
| p | 0,007* | 0,000* | 0,655 |
| Kişisel İlişkiler(TÖ) | 45,83±50,23 | 45±45,85 | 65,62±43,23 |
| Kişisel İlişkiler(TS) | 14,58±20,77 | 6,67±21,08 | 59,37±45,12 |
| Z | -1,826 | -2,214 | -1,000 |
| p | 0,017* | 0,027* | 0,317 |
| Duygusal Durumlar(TÖ) | 96,67±10,54 | 94,49±10,51 | 98,04±8,09 |
| Duygusal Durumlar(TS) | 36,66±16,60 | 12,86±23,50 | 98,04±8,09 |
| Z | -2,812 | -3,778 | 0,000 |
| p | 0,005* | 0,000* | 1,000 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | 85±31,87 | 71,05±34,62 | 80,06±33,63 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | 41,66±16,20 | 8,75±16,98 | 79,08±31,64 |
| Z | -2,623 | -3,632 | -0,447 |
| p | 0,009* | 0,000* | 0,655 |
| Semptom Şiddeti (TÖ) | 90±11,87 | 88,42±11,30 | 89,41±12,03 |
| Semptom Şiddeti (TS) | 34,66±16,57 | 15,08±12,93 | 89,67±15,52 |
| Z | -2,812 | -3,828 | -0,365 |
| p | 0,005* | 0,000* | 0,715 |
| Semptom Ciddiyet Skalası TÖ) | 16,80±3,77 | 14,74±4,24 | 14,67±4,10 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | 6,30±2,31 | 3,71±6,10 | 15,33±4,10 |
| Z | -2,805 | -3,265 | -2,070 |
| p | 0,005* | 0,001* | 0,038* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

SÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonsuz grupta tüm alt parametrelerde yaşam kalitesinde artış belirlendi. Süpervizyonlu grupta kişisel ilişkiler alt parametresindeki iyileşme oranı diğer alt parametrelerden daha azdı (p<0,05). Kontrol grubunda genel sağlık algılaması

ve semptom ciddiyet skalasında yaşam kalitesinde kötüleşme anlamında fark bulundu ($p<0,05$). Diğer parametrelerde değişim tespit edilmedi ($p>0,05$). MÜİ semptomu olan hastalarda KSA'nın tedavi öncesi ve sonu değerlerinin grup içi karşılaştırılması Tablo 4.47'de verildi.

Tablo 4.47. MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) |
|--------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| | X± SS | X± SS | X± SS |
| Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | 76,72±16,27 | 78,13±21,77 | 80,17±22,54 |
| Genel Sağlık Algılaması(TS) | 48,28±11,44 | 19,53±15,21 | 85,34±19,5 |
| Z | -4,586 | -4,979 | -2,449 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,014* |
| İnkontinans Etkisi (TÖ) | 95,69±9,87 | 78,64±24,77 | 96,55±8,77 |
| İnkontinans Etkisi (TS) | 52,59±17,27 | 16,93±14,12 | 96,55±8,77 |
| Z | -4,680 | -5,037 | 0,000 |
| p | <0,001 | <0,001 | 1,000 |
| Rol Limitasyonları (TÖ) | 82,18±23,12 | 88,54±21,35 | 75,86±34,67 |
| Rol Limitasyonları (TS) | 44,25±18,51 | 14,58±19,28 | 79,88±32,24 |
| Z | -4,485 | -4,954 | -1,841 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,066 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | 87,35±20,25 | 88,54±21,35 | 90,23±19,17 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TS) | 45,97±18,71 | 14,84±15,8 | 91,38±18,7 |
| Z | -4,629 | -4,957 | -1,000 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,317 |
| Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | 82,76±22,97 | 88,54±21,35 | 87,16±20,63 |
| Sosyal Limitasyonlar(TS) | 46,55±20,91 | 14,67±19,83 | 87,16±18,61 |
| Z | -4,314 | -4,966 | -0,447 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,655 |
| Kişisel İlişkiler(TÖ) | 37,5±45,38 | 32,46±43,2 | 59,33±42,51 |
| Kişisel İlişkiler(TS) | 18,11±27,02 | 6,48±19,08 | 54,49±43,6 |
| Z | -2,963 | -2,527 | -0,447 |
| p | 0,003* | 0,012* | 0,655 |
| Duygusal Durumlar(TÖ) | 96,55±10,33 | 96,87±9,87 | 98,85±6,19 |
| Duygusal Durumlar(TS) | 37,93±19,59 | 11,46±19,65 | 98,85±6,19 |
| Z | -4,732 | -4,930 | 0,000 |
| p | <0,001 | <0,001 | 1,000 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | 82,57±26,8 | 70,97±35,19 | 78,54±33,09 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | 37,93±19,87 | 9,88±17,88 | 80,84±31,83 |
| Z | -4,473 | -4,716 | -0,921 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,357 |
| Semptom Şiddeti (TÖ) | 86,66±14,48 | 90,62±11,34 | 89,88±13,41 |
| Semptom Şiddeti (TS) | 35,47±13,95 | 17,08±14,46 | 90,47±14,49 |
| Z | -4,710 | -4,943 | -0,943 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,345 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TÖ) | 16,83±2,77 | 16±4,43 | 15,46±4,98 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | 6,69±2,22 | 3,55±5,04 | 15,96±4,98 |
| Z | -4,711 | -4,531 | -2,762 |
| p | <0,001 | <0,001 | 0,006* |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu,* $p<0,05$, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

MÜİ semptomu olan hastalara göre KSA'nın grup içi tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılmasında; süpervizyonsuz grupta kişisel ilişkiler parametresinde azalma ($p<0,05$), genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası sonuçlarında azalma ($p<0,001$) daha belirgindi. Süpervizyonlu grupta, kişisel ilişkiler parametresinde azalma ($p<0,05$), genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası sonuçlarında azalma tespit edildi ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise, tedavi öncesine göre genel sağlık ve semptom ciddiyet skalasında artış ($p<0,05$), inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları ve semptom şiddeti parametrelerinde değişim yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4.47). İnkotinans tiplerinin de dâhil edildiği tüm hastaların gruplar arası KSA karşılaştırılması Tablo 4.48' de verildi.

Tablo 4.48. Tüm Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz- Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz – Kontrol Grup | | Süpervizyonlu- Kontrol Grubu | |
|-------------------------------|---------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | -0,401 | 0,688 | -0,994 | 0,320 | -0,434 | 0,664 |
| Genel Sağlık Algılaması (TS) | -5,894 | 0,000* | -5,878 | 0,000* | -6,689 | 0,000* |
| İnkontinans Etkisi (TÖ) | -0,604 | 0,546 | -0,359 | 0,720 | -0,940 | 0,347 |
| İnkontinans Etkisi (TS) | -6,135 | 0,000* | -6,706 | 0,000* | -7,056 | 0,000* |
| Rol Limitasyonları (TÖ) | -0,496 | 0,620 | -0,327 | 0,744 | -0,081 | 0,936 |
| Rol Limitasyonları (TS) | -4,796 | 0,000* | -4,458 | 0,000* | -5,859 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | -0,297 | 0,767 | -0,574 | 0,566 | -0,327 | 0,744 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TS) | -5,300 | 0,000* | -5,896 | 0,000* | -6,865 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | -0,245 | 0,806 | -0,855 | 0,393 | -6,865 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyonlar(TS) | -5,040 | 0,000* | -5,511 | 0,000* | -6,741 | 0,000* |
| Kişisel İlişkiler(TÖ) | -0,367 | 0,714 | -1,603 | 0,109 | -1,927 | 0,054 |
| Kişisel İlişkiler(TS) | -1,659 | 0,097 | -3,033 | 0,002* | -3,700 | 0,000* |
| Duygusal Durumlar(TÖ) | -0,126 | 0,900 | -1,027 | 0,304 | -0,926 | 0,354 |
| Duygusal Durumlar(TS) | -5,032 | 0,000* | -6,931 | 0,000* | -6,952 | 0,000* |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | -1,275 | 0,202 | -0,154 | 0,878 | -1,036 | 0,300 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | -5,135 | 0,000* | -4,713 | 0,000* | -6,317 | 0,000* |
| Semptom Şiddeti (TÖ) | -0,830 | 0,407 | -0,844 | 0,399 | -0,126 | 0,900 |
| Semptom Şiddeti (TS) | -4,231 | 0,000* | -6,473 | 0,000* | -6,761 | 0,000* |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TÖ) | -0,955 | 0,339 | -1,350 | 0,177 | -0,575 | 0,565 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | -4,358 | 0,000* | -5,929 | 0,000* | -5,925 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, * $p<0,05$, Z: Mann Whitney U Test

Tüm hastaların dahil edildiği KSA’da tedavi öncesi ve sonu süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplar karşılaştırıldığında, kişisel ilişkiler dışındaki ($p>0,05$); genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası parametrelerinde Süpervizyonlu grubu lehine azalma bulundu ($p=0.000$). Süpervizyonsuz grupta kontrol grubuna göre, tedavi sonu değerlerinde genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası sonuçlarında ($p=0.000$) ve kişisel ilişkilerde fark ($p<0,05$) bulundu. Süpervizyonlu grupta; sosyal limitasyon parametresinde tedavi öncesi ve sonrası fark ($p=0.000$) iken, genel sağlık algılaması, Üİ etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası parametrelerinde tedavi sonu değerlerinde kontrol grubuna göre artış bulundu ($p=0.000$) (Tablo 4.48). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda KSA tedavi öncesi ve sonu değerlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.49 ve Tablo 4.50’de gösterildi.

Tablo 4.49. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi’nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grup | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-----|------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | -1,005 | 0,315 | -0,028 | 0,978 | -1,158 | 0,247 |
| | Genel Sağlık Algılaması (TS) | -3,833 | 0,000* | -4,482 | 0,000* | -5,306 | 0,000* |
| MÜİ | Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | -1,956 | 0,050 | -0,867 | 0,386 | -0,736 | 0,462 |
| | Genel Sağlık Algılaması (TS) | -4,115 | 0,000* | -3,307 | 0,001* | -3,945 | 0,000* |
| SÜİ | İnkontinans Etkisi (TÖ) | -0,552 | 0,581 | -0,149 | 0,881 | -0,808 | 0,419 |
| | İnkontinans Etkisi (TS) | -4,466 | 0,000* | -4,469 | 0,000* | -5,368 | 0,000* |
| MÜİ | İnkontinans Etkisi (TÖ) | -0,030 | 0,976 | -0,592 | 0,554 | -0,531 | 0,595 |
| | İnkontinans Etkisi (TS) | -3,981 | 0,000* | -4,740 | 0,000* | -4,497 | 0,000* |
| SÜİ | Rol Limitasyonları (TÖ) | -1,828 | 0,068 | -1,139 | 0,255 | -0,733 | 0,464 |
| | Rol Limitasyonları (TS) | -3,673 | 0,000* | -3,544 | 0,000* | -5,089 | 0,000* |
| MÜİ | Rol Limitasyonları (TÖ) | -1,497 | 0,134 | -0,245 | 0,806 | -0,659 | 0,510 |
| | Rol Limitasyonları (TS) | -2,865 | 0,004* | -2,325 | 0,020* | -2,945 | 0,003* |
| SÜİ | Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | -0,527 | 0,598 | -0,863 | 0,388 | -1,634 | 0,102 |
| | Fiziksel Limitasyonlar (TS) | -4,029 | 0,000* | -4,273 | 0,000* | -5,339 | 0,000* |
| MÜİ | Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | -1,601 | 0,109 | -0,271 | 0,786 | -1,637 | 0,102 |
| | Fiziksel Limitasyonlar (TS) | -3,443 | 0,001* | -3,737 | 0,000* | -4,248 | 0,000* |
| SÜİ | Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | -0,245 | 0,806 | -0,691 | 0,490 | -1,126 | 0,260 |
| | Sosyal Limitasyonlar(TS) | -3,517 | 0,000* | -3,651 | 0,000* | -5,188 | 0,000* |
| MÜİ | Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | -2,051 | 0,040* | -0,044 | 0,965 | -1,868 | 0,062 |
| | Sosyal Limitasyonlar(TS) | -3,465 | 0,001* | -3,801 | 0,000* | -4,348 | 0,000* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, * $p<0,05$, Z: Mann Whitney U Test

Tablo 4.50. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması (devamı)

| | | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grup | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-----|-------------------------------|-----------------------------------|--------|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | Kişisel İlişkiler(TÖ) | -0,047 | 0,962 | -0,921 | 0,357 | -1,087 | 0,277 |
| | Kişisel İlişkiler(TS) | -1,160 | 0,246 | -2,225 | 0,026* | -2,932 | 0,003* |
| MÜİ | Kişisel İlişkiler(TÖ) | -0,994 | 0,320 | -0,849 | 0,396 | -1,614 | 0,107 |
| | Kişisel İlişkiler(TS) | -1,175 | 0,240 | -1,683 | 0,092 | -2,240 | 0,025* |
| SÜİ | Duygusal Durumlar(TÖ) | -0,043 | 0,965 | -0,387 | 0,699 | -0,496 | 0,620 |
| | Duygusal Durumlar(TS) | -3,423 | 0,001* | -4,773 | 0,000* | -5,174 | 0,000* |
| MÜİ | Duygusal Durumlar(TÖ) | -0,266 | 0,790 | -1,143 | 0,253 | -0,961 | 0,337 |
| | Duygusal Durumlar(TS) | -3,666 | 0,000* | -4,811 | 0,000* | -4,558 | 0,000* |
| SÜİ | Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | -1,235 | 0,217 | -0,093 | 0,926 | -1,064 | 0,288 |
| | Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | -4,016 | 0,000* | -2,825 | 0,005* | -4,998 | 0,000* |
| MÜİ | Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | -0,639 | 0,523 | -0,228 | 0,820 | -0,330 | 0,741 |
| | Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | -3,105 | 0,002* | -3,561 | 0,000* | -3,830 | 0,000* |
| SÜİ | Semptom Şiddeti (TÖ) | -0,528 | 0,597 | -0,161 | 0,872 | -0,432 | 0,666 |
| | Semptom Şiddeti (TS) | -2,955 | 0,003* | -4,203 | 0,000* | -5,143 | 0,000* |
| MÜİ | Semptom Şiddeti (TÖ) | -1,649 | 0,099 | -1,097 | 0,273 | -0,329 | 0,742 |
| | Semptom Şiddeti (TS) | -2,577 | 0,010* | -4,636 | 0,000* | -4,327 | 0,000* |
| SÜİ | Semptom Ciddiyet Skalası (TÖ) | -1,135 | 0,257 | -1,226 | 0,220 | -0,308 | 0,758 |
| | Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | -2,770 | 0,006* | -3,905 | 0,000* | -4,168 | 0,000* |
| MÜİ | Semptom Ciddiyet Skalası (TÖ) | -0,506 | 0,613 | -0,267 | 0,789 | -0,710 | 0,478 |
| | Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | -3,154 | 0,002* | -4,283 | 0,000* | -4,147 | 0,000* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda KSA'da gruplar arası karşılaştırma yapıldığında süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda MÜİ semptomu olan hastalarda sosyal limitasyon tedavi öncesi değeri dışında (p<0,05) gruplarda tedavi öncesi değerlerde fark yoktu (p>0,05). Süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplar karşılaştırıldığında SÜİ semptomu olan hastalarda genel sağlık algılaması, Üİ etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon parametrelerinde azalma(p=0.000), duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyyet skalası sonuçlarında farklılık (p<0,05) süpervizyonlu grup lehine bulundu. İki grup arasında kişisel ilişkilerde fark saptanmadı (p>0,05). Süpervizyonsuz grubun, genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyyet skalasında (p=0.000) ve kişisel limitasyonda (p<0,05) kontrol grubuna göre skorlarda azalma yüksekti. Süpervizyonlu grup ve kontrol grubu karşılaştırıldığında tüm parametrelerde (p=0.000) ve kişisel limitasyonda azalma (p<0,001) ile süpervizyonlu grupta daha fazla

iyileşme görüldü. MÜİ semptomu olan hastalarda ise; süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplar karşılaştırıldığında; genel sağlık algılaması, rol limitasyonu ve inkontinans etkisi parametrelerinde ($p=0.000$), fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası sonuçlarında fark ($p<0,05$) bulunması süpervizyonlu grubunun süpervizyonsuz gruba göre daha fazla iyileşmeye gösterdiği bulundu. Kişisel limitasyonlarda iki grup arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Süpervizyonsuz ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında inkontinans etkisi, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygusal durumlar, uyku enerji bozuklukları, semptom şiddeti ve semptom ciddiyet skalası parametrelerinde azalma ($p=0.000$), genel sağlık algılaması ve rol limitasyonunda azalma ($p<0,05$) bulundu ve süpervizyonsuz grup kontrol grubuna göre daha fazla iyileşme sağladı. Süpervizyonlu grup KSA'nın tüm alt parametrelerinde kontrol grubuna göre azalma gösterdi ($p<0,05$) (Tablo 4.49 ve Tablo 4.50). King Sağlık Anketi'nin grup içi tedavi öncesi ve sonu değerlerinin Üİ tipine göre karşılaştırılması Tablo 4.51'de verildi.

Tablo 4.51. Üriner İnkontinans Tipine Göre King Sağlık Anketi'nin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup SÜİ/MÜİ | | Süpervizyonlu Grup SÜİ/MÜİ | | Kontrol Grubu SÜİ/MÜİ | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------|--------|--------------------------|-------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| Genel Sağlık Algılaması (TÖ) | -1,454 | 0,146 | -1,357 | 0,175 | -0,550 | 0,583 |
| Genel Sağlık Algılaması (TS) | -1,104 | 0,269 | -0,418 | 0,676 | -0,970 | 0,332 |
| İnkontinans Etkisi (TÖ) | -0,279 | 0,780 | -0,877 | 0,380 | -0,704 | 0,481 |
| İnkontinans Etkisi (TS) | -0,099 | 0,921 | -0,902 | 0,367 | -0,704 | 0,481 |
| Rol Limitasyonları (TÖ) | -1,396 | 0,163 | -2,078 | 0,038* | -0,025 | 0,980 |
| Rol Limitasyonları (TS) | -0,048 | 0,962 | -1,237 | 0,216 | -0,392 | 0,695 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TÖ) | -0,113 | 0,910 | -2,085 | 0,037* | -1,092 | 0,275 |
| Fiziksel Limitasyonlar (TS) | -0,650 | 0,516 | -0,268 | 0,789 | -0,626 | 0,532 |
| Sosyal Limitasyonlar(TÖ) | -0,840 | 0,401 | -1,337 | 0,181 | -1,549 | 0,121 |
| Sosyal Limitasyonlar(TS) | -0,615 | 0,538 | -0,940 | 0,347 | -1,404 | 0,160 |
| Kişisel İlişkiler(TÖ) | -0,508 | 0,611 | -1,509 | 0,131 | -1,159 | 0,246 |
| Kişisel İlişkiler(TS) | -0,229 | 0,819 | -0,081 | 0,935 | -0,941 | 0,347 |
| Duygusal Durumlar(TÖ) | -0,043 | 0,965 | -0,266 | 0,790 | -0,840 | 0,401 |
| Duygusal Durumlar(TS) | -0,379 | 0,705 | -0,188 | 0,851 | -0,840 | 0,401 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TÖ) | -0,688 | 0,492 | -0,123 | 0,902 | -0,471 | 0,638 |
| Uyku Enerji Bozuklukları(TS) | -0,732 | 0,464 | -0,456 | 0,648 | -0,487 | 0,626 |
| Semptom Şiddeti (TÖ) | -0,774 | 0,439 | -1,570 | 0,117 | -0,633 | 0,527 |
| Semptom Şiddeti (TS) | -0,400 | 0,689 | -0,740 | 0,459 | -0,472 | 0,637 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TÖ) | -0,186 | 0,852 | -1,706 | 0,088 | -0,667 | 0,504 |
| Semptom Ciddiyet Skalası (TS) | -0,559 | 0,576 | -0,511 | 0,609 | -0,551 | 0,581 |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Gruplar kendi içinde Üİ tipine göre karşılaştırıldığında sadece süpervizyonlu grupta fiziksel limitasyon parametresinde tedavi öncesinde fark bulundu ($p<0,05$). KSA'nın tüm alt parametrelerinde grup içlerinde Üİ tipleri arasında fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 4.51). Tüm hastalarda VAS'ın tedavi öncesi ve sonu grup içi karşılaştırılması Tablo 4.52' de verildi.

Tablo 4.52. Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| VAS(TÖ) | 9,24±0,95 (7-10) | 9,06±1,88 (0-10) | 9,38±1,12 (5-10) |
| VAS(TS) | 4,28±1,56 (0-7) | 1,84±1,59 (0-6) | 9,72±0,8 (6-10) |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VAS: Vizüel Analog Skala, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

Tablo 4.53. Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|-----|----------------------------|----------|---------------------------|----------|----------------------|----------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| VAS | -4,736 | <0,001 | -4,808 | <0,001 | -2,888 | 0,004* |

VAS: Vizüel Analog Skala, *p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

VAS'da, süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarının tedavi öncesine göre iyileşme anlamında fark gösterdi (p<0,001), kontrol grubunda VAS skorunda artış olduğu bulundu (p<0,05). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların VAS'ın tedavi öncesi ve sonu ortalamaları ve grup içi karşılaştırılması Tablo 4.54 ve 4,55'de verildi.

Tablo 4.54. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları

| | | Süpervizyonsuz Grup | Süpervizyonlu Grup | Kontrol Grubu |
|------------|----------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| SÜİ | VAS(TÖ) | 9,10±0,88 (8-10) | 8,74±2,33 (0-10) | 9,47±1,33 (5-10) |
| | VAS(TS) | 4,30±1,34 (2-6) | 1,84±1,57 (0-6) | 9,65±1 (6-10) |
| MÜİ | VAS(TÖ) | 9,32±1,00 (7-10) | 9,54±0,78 (8-10) | 9,25±0,75 (8-10) |
| | VAS(TS) | 4,26±1,69 (0-7) | 1,85±1,68 (0-4) | 9,83±0,39 (9-10) |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VAS: Vizüel Analog Skala, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu

Tablo 4.55. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| VAS | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|-----|---------------------|--------|--------------------|--------|---------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | -2,816 | 0,005* | -3,621 | 0,000* | -1,732 | 0,083 |
| MÜİ | 3,854 | 0,000* | -3,192 | 0,001* | -2,333 | 0,020* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, VAS: Vizüel Analog Skala, *p<0,05, Z: Wilcoxon Signed Ranks Test

Süpervizyonsuz grupta, SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalar tedavi öncesine göre iyileşme gösterdi (p<0,05). Süpervizyonlu grupta da diğer gruba benzer şekilde iki Üİ tipinde de VAS skorunda azalma oldu (p<0,05). Kontrol grubunda ise, SÜİ semptomu olan hastalarda tedavi öncesine göre değişim olmazken; MÜİ semptomu olan hastaların yaşam kalitesi tedavi öncesine göre azaldı (p<0,05) (Tablo 4.55) Tüm hastalarda VAS'ın gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.56'da verildi.

Tablo 4.56. Tüm Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|---------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| VAS(TÖ) | -0,312 | 0,755 | -0,948 | 0,343 | -0,617 | 0,537 |
| VAS(TS) | -4,874 | 0,000* | -6,799 | 0,000* | -6,939 | 0,000* |

VAS: Vizüel Analog Skala, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, p<0,05, Z: Mann Whitney U Test*

Süpervizyonlu grup; süpervizyonsuz ve kontrol grubuna göre, süpervizyonsuz grup da; kontrol grubuna göre daha fazla iyileşme gösterdi (p=0,000). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 4.57'de verildi.

Tablo 4.57. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-----|---------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | VAS(TÖ) | -0,222 | 0,824 | -1,804 | 0,071 | -1,649 | 0,099 |
| | VAS(TS) | -3,305 | 0,001* | -4,592 | 0,000* | -5,287 | 0,000* |
| MÜİ | VAS(TÖ) | -0,622 | 0,534 | -0,624 | 0,533 | -1,125 | 0,260 |
| | VAS(TS) | -3,383 | 0,001* | -4,766 | 0,000* | -4,411 | 0,000* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, VAS: Vizüel Analog Skala, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Süpervizyonlu grup hem SÜİ hem de MÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonsuz ve kontrol grubuna göre VAS skorunda azalma gösterdi ($p<0,05$). Süpervizyonsuz grup ve kontrol grubu karşılaştırıldığında tedavi sonunda VAS skorunda süpervizyonsuz grup açısından azalma bulundu ($p=0.000$) (Tablo 4.57). Grupların kendi içinde Üİ tipleri arasındaki karşılaştırma sonuçları Tablo 4.58’de verildi.

Tablo 4.58. İnkontinans Tipine Göre Hastalarda VAS’ın Tedavi Öncesi ve Sonu Grup içi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup SÜİ/MÜİ | | Süpervizyonlu Grup SÜİ/MÜİ | | Kontrol Grubu SÜİ/MÜİ | |
|---------|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|--------------------------|-------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| VAS(TÖ) | -0,852 | 0,394 | -1,107 | 0,268 | -1,732 | 0,083 |
| VAS(TS) | -0,171 | 0,864 | -0,119 | 0,906 | -0,135 | 0,893 |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VAS: Vizüel Analog Skala, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, * $p<0,05$, Z: Mann Whitney U Test

Gruplarda Üİ tipine göre fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.58). Hastaların yaşam kalitesi sonuçlarına göre tedavi programının etkinliğinin değerlendirilmesi Tablo 4.59’da verildi.

Tablo 4.59. Tüm Hastalarda Yaşam Kalitesi Sonuçlarına Göre Tedavi Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | | | Süpervizyonlu Grup (n=32) | | | Kontrol Grubu (n=29) | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|------------------------------|-----------|-----------|-------------------------|-----------|-----------|
| | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme | İyileşme | Kötüleşme | Değişmeme |
| Genel Sağlık Algılaması | 25 | 0 | 4 | 32 | 0 | 0 | 0 | 6 | 23 |
| İnkontinans Etkisi | 28 | 0 | 1 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| Rol Limitasyonları | 26 | 0 | 3 | 32 | 0 | 0 | 0 | 4 | 25 |
| Fiziksel Limitasyonlar | 27 | 1 | 1 | 32 | 0 | 0 | 0 | 1 | 28 |
| Sosyal Limitasyonlar | 24 | 0 | 5 | 32 | 0 | 0 | 1 | 1 | 27 |
| Kişisel İlişkiler | 11 | 0 | 12 | 8 | 0 | 9 | 1 | 1 | 23 |
| Duygusal Durumlar | 29 | 0 | 0 | 31 | 0 | 1 | 0 | 0 | 29 |
| Uyku Enerji Bozuklukları | 27 | 1 | 1 | 29 | 0 | 3 | 1 | 3 | 25 |
| Semptom Şiddeti | 29 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 1 | 5 | 23 |
| Semptom Ciddiyet Skalası | 29 | 0 | 0 | 31 | 1 | 0 | 0 | 9 | 15 |
| VAS | 29 | 0 | 0 | 31 | 1 | 0 | 0 | 9 | 20 |

VAS: Vizüel Analog Skala

Tüm hastaların yaşam kalitesi sonuçlarının tedavi programına göre etkinliğine göre; süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda iyileşen hasta sayısının fazla olduğu, kontrol grubunda ise değişim göstermeyen hasta sayısının daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4.59).

4.5. Pelvik Taban Bilgi Seviyesine Ait Bulgular

Tüm hastalarda Pelvik taban ve PTKE farkındalık bilgi ve inanışları Anketi'nin tedavi öncesi ve sonu değerlerinin gruplarası karşılaştırılması Tablo 4.60, 4.61, 4.62, 4.63, 4.64, 4.65, 4.66 ve 4.67'de verildi.

Tablo 4.60. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (1.-5. Sorular)

| | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | |
|--|------------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|
| | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| Önceden hiç "pelvik taban kası" ifadesini duydunuz mu? (1.soru) | Evet | 3(10,3) | 27(93,1) | 3(9,4) | 30(93,8) | 0(0) | 0(0) | 1,229 | 73,768 |
| | Hayır | 16(55,2) | 2(6,9) | 18(56,3) | 2(6,1) | 17(58,6) | 17(58,6) | 0,541 | 0,000* |
| | Bilmiyorum | 10(34,5) | 0(0) | 11(34,4) | 0(0) | 12(41,4) | 12(41,4) | | |
| Önceden pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı? (2a. soru) | Evet | 3(10,3) | 28(96,6) | 3(3,4) | 32(100) | 1(3,4) | 1(3,4) | 1,062 | 80,256 |
| | Hayır | 26(89,7) | 1(3,4) | 29(96,6) | 0(0) | 28(96,6) | 28(9,6) | 0,588 | 0,000* |
| Aldıysanız kimden/nereden?(2b) | Fizyoterapist | 2(6,9) | 3(9,4) | 27(93,1) | 29(90,6) | 0(0) | 0(0) | 0,482 | 9,439 |
| | Jinekolog | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Hemşire | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Ebe | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0,786 | 0,009* |
| | Arkadaş/ Aile | 1(3,4) | 0(0) | 2(6,9) | 3(9,4) | 1(3,4) | 1(3,4) | | |
| | Okul | 1(3,4) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Diğer | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Önceden hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı? (3a. soru) | Evet | 1(3,4) | 26(89,7) | 2(6,3) | 29(90,6) | 0(0) | 0(0) | 1,826 | 6,495 |
| | Hayır | 28(96,6) | 3(10,3) | 30(93,8) | 3(9,4) | 29(100) | 29(100) | 0,401 | 0,000* |
| Evet ise hangi kaynaktan? (3b.soru) | Jinekolog | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | 0,333 | 0,051 |
| | Fizyoterapist | 0(0) | 27(93,1) | 1(3,1) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Kitaplar | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | İnternet | 1(3,4) | 2(6,9) | 2(6,3) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0,564 | 0,975 |
| | Aile/arkadaş | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Pratisyen hekim | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Önceden hiç "pelvik taban egzersizi" ifadesini duydunuz mu? (4. Soru) | Evet | 0(0) | 29(100) | 1(3,1) | 32(100) | 0(0) | 6(20,7) | 1,813 | 0,404 |
| | Hayır | 29(100) | 0(0) | 31(96,9) | 0(0) | 29(100) | 23(79,3) | 64,265 | 0,000* |
| Önceden hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı? (5. soru) | Evet | 2(6,9) | 29(100) | 1(3,1) | 32(100) | 0(0) | 0(0) | 4,319 | 89,000 |
| | Hayır | 21(72,4) | 0(0) | 18(56,3) | 0(0) | 24(82,8) | 29(100) | 0,115 | 0,000* |
| | Bilmiyorum | 6(20,7) | 0(0) | 13(40,6) | 0(0) | 5(17,2) | 0(0) | | |

Tablo 4.61. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (6.-10. Sorular)

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | |
|--|-------------------------|------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|---------|---------------|--------|
| | | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| (6. soru) | Kaslar | Evett | 1(3,4) | 24(82,8) | 1(3,1) | 29(90,6) | 0(0) | 0(0) | 2,950 | 66,510 |
| | | Hayır | 2(6,99) | 2(6,9) | 1(3,1) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 3(10,3) | 30(93,8) | 2(6,3) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Cilt ve yağ | Evett | 2(6,9) | 24(82,8) | 1(3,1) | 25(78,1) | 0(0) | 0(0) | 2,123 | 60,816 |
| | | Hayır | 27(93,1) | 1(3,4) | 0(0) | 5(15,6) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 0(0) | 4(13,8) | 31(96,9) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Kemik ve eklem | Evett | 3(10,3) | 25(86,2) | 2(6,3) | 25(78,1) | 0(0) | 0(0) | 2,970 | 63,527 |
| | | Hayır | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 5(15,6) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 3(10,3) | 30(93,8) | 2(6,3) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Tendon ve bağlar | Evett | 2(6,9) | 19(65,5) | 1(3,1) | 20(62,5) | 0(0) | 0(0) | 2,123 | 47,293 |
| | | Hayır | 0(0) | 5(17,2) | 0(0) | 6(18,8) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 27(93,1) | 5(17,2) | 31(96,9) | 6(18,8) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Damarlar | Evett | 3(10,3) | 25(86,2) | 2(6,3) | 30(93,8) | 0(0) | 0(0) | 2,970 | 66,850 |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 4(13,8) | 30(93,8) | 2(6,3) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Rahim, mesane, bağırsak | Evett | 4(13,8) | 28(96,6) | 2(6,3) | 32(100) | 0(0) | 0(0) | 4,398 | 84,703 |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 25(86,2) | 1(3,4) | 30(93,8) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | |
| Kadınların pelvik tabanında kaç tane açıklık (çıkış) bulunmaktadır? (7.Soru) | Doğru | 2(6,9) | 23(79,3) | 1(3,1) | 26(81,3) | 0(0) | 0(0) | 2,123 | 60,824 | |
| | Yanlış | 0(0) | 4(13,8) | 0(0) | 2(6,3) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 27(93,1) | 2(6,9) | 31(96,9) | 4(12,5) | 29(100) | 29(100) | | | 0,346 |
| Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? (8.soru) | Doğru | 0(0) | 28(96,6) | 0(0) | 24(87,5) | 0(0) | 0(0) | 0,000 | 80,611 | |
| | Yanlış | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 32(100) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | | 1,000 |
| Pelvik taban kaslarınız hangi yapıları çevreler? (9. soru) | İdrar kanal çıkışı | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 5,562 | 84,689 | |
| | Vajina | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Anüs | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Hiçbiri | 0(0) | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 29(90,6) | 1(3,1) | 29(100) | 29(100) | | | 0,062 |
| Pelvik taban kaslarınızın görevi nedir? (10. soru) | Üi engeller | 2(6,9) | 10(34,5) | 1(3,1) | 9(28,1) | 0(0) | 0(0) | 5,612 | 68,258 | |
| | Hepsi | 1(3,4) | 19(65,5) | 4(12,5) | 23(71,9) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Hiçbiri | 0(0) | 0(0) | 26(81,3) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 26(89,7) | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | | 0,060 |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.62. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (11.-14. Sorular)

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | |
|--|------------------------------------|------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|
| | | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (11. Soru) | Sıkma | Evet | 1(3,4) | 28(96,6) | 5(15,6) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | 5,299 | 70,214 |
| | | Hayır | 1(3,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 27(93,1) | 1(3,4) | 27(84,4) | 4(12,5) | 29(100) | 29(100) | | |
| | İçeride doğru kaldırma | Evet | 1(3,4) | 27(93,1) | 5(15,6) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | 6,607 | 68,768 |
| | | Hayır | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 28(96,6) | 1(3,4) | 27(84,4) | 4(12,5) | 29(100) | 29(100) | | |
| | Dışarı itme | Evet | 0(0) | 13(44,8) | 0(0) | 22(68,8) | 0(0) | 0(0) | 0,000 | 67,334 |
| | | Hayır | 0(0) | 16(55,2) | 0(0) | 10(31,3) | 0(0) | 0(0) | | |
| | | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 32(100) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | |
| | İstemli olarak hareket ettirilemez | Evet | 2(6,9) | 0(0) | 1(3,1) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | 2,123 | 28,906 |
| | | Hayır | 0(0) | 25(86,2) | 0(0) | 26(81,3) | 0(0) | 8(27,6) | | |
| | | Bilmiyorum | 27(93,1) | 4(13,8) | 31(96,9) | 5(15,6) | 29(100) | 21(72,4) | | |
| Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var? (12. Soru) | Doğru | 0(0) | 23(79,3) | 0(0) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | 0,000 | 74,629 | |
| | Yanlış | 0(0) | 6(20,7) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 32(100) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | | 1,000 |
| Pelvik taban kaslarınız ve alt karın kasınız birlikte çalışır mı? (13. Soru) | Evet | 0(0) | 5(17,2) | 1(3,1) | 17(53,1) | 0(0) | 0(0) | 1,813 | 46,168 | |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bazen | 0(0) | 6(55,2) | 0(0) | 10(31,3) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 18(27,6) | 31(96,9) | 5(15,6) | 29(100) | 29(100) | | | 0,404 |
| Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi? (14. soru) | Evet | 0(0) | 29(100) | 0(0) | 32(100) | 0(0) | 0(0) | 5,562 | 89,000 | |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bazen | 0(0) | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 29(90,6) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | | 0,062 |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.63. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (15.-19. Sorular)

| | | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | | |
|--|----------------------------|------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|--------|
| | | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | |
| Hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? (15. Soru) | Gebelik | Evet | 3(10,3) | 29(100) | 2(6,3) | 32(100) | 0(0) | 0(0) | 2,970 | 89,000 | |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 0(0) | 30(93,8) | 0(0) | 29(100) | 29(100) | | | 0,227 |
| | Normal doğum | Evet | 3(10,3) | 29(100) | 2(6,3) | 32(100) | 1(3,4) | 0(0) | 1,110 | 89,000 | |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 0(0) | 30(93,8) | 0(0) | 28(96,6) | 29(100) | | | 0,574 |
| | Sezaryen | Evet | 1(3,4) | 23(79,3) | 1(3,1) | 24(75) | 0(0) | 0(0) | 1,129 | 71,127 | |
| | | Hayır | 2(6,9) | 6(20,7) | 1(3,1) | 8(25) | 1(3,4) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 26(89,7) | 0(0) | 30(93,8) | 0(0) | 28(96,6) | 29(100) | | | 0,569 |
| | İdrar yaparken zorlanma | Evet | 2(6,9) | 26(89,7) | 1(3,1) | 30(93,8) | 0(0) | 29(100) | 0,603 | 80,425 | |
| | | Hayır | 0(0) | 3(10,3) | 0(0) | 2(6,3) | 1(3,4) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 27(93,1) | 0(0) | 31(96,9) | 0(0) | 28(96,6) | 0(0) | | | 0,740 |
| | İdrar yolu rahim cerrahisi | Evet | 0(0) | 22(75,9) | 3(9,4) | 27(84,4) | 0(0) | 1(3,4) | 5,562 | 56,377 | |
| | | Hayır | 0(0) | 4(13,8) | 0(0) | 2(6,3) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 29(100) | 3(10,3) | 29(90,6) | 3(9,4) | 29(100) | 28(96,6) | | | 0,062 |
| | Kilo | Evet | 4(13,82) | 29(100) | 6(18,81) | 29(100) | 0(0) | 0(0) | 5,663 | 88,548 | |
| | | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(3,4) | | | |
| | | Bilmiyorum | 25(86,2) | 0(0) | 26(81,3) | 0(0) | 29(100) | 28(96,6) | | | 0,059 |
| | Alkol kullanımı | Evet | 0(0) | 16(55,2) | 0(0) | 8(25) | 0(0) | 0(0) | 0,000 | 43,334 | |
| | | Hayır | 0(0) | 9(31) | 0(0) | 15(46,9) | 0(0) | 1(3,4) | | | |
| | | Bilmiyorum | 29(100) | 4(13,8) | 32(100) | 9(28,1) | 29(100) | 28(96,6) | | | 1,000 |
| | Sigara | Evet | 2(6,9) | 22(75,9) | 1(3,1) | 14(43,8) | 0(0) | 0(0) | 2,123 | 52,493 | |
| | | Hayır | 0(0) | 4(13,8) | 0(0) | 12(37,5) | 0(0) | 0(0) | | | |
| | | Bilmiyorum | 27(93,1) | 3(10,3) | 31(96,9) | 6(18,8) | 29(100) | 29(100) | | | 0,346 |
| Doğumdan sonra PT eskisi kadar Güçlü olur mu? (16.soru) | Evet | 0(0) | 21(72,4) | 1(3,1) | 23(71,9) | 0(0) | 0(0) | 13,817 | 64,495 | | |
| | Hayır | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 0(0) | | | | |
| | Kısmen | 18(62,1) | 7(24,1) | 11(34,4) | 5(15,6) | 4(13,8) | 4(13,8) | | | 0,001 | 0,000* |
| | Bilmiyorum | 11(37,9) | 0(0) | 20(62,5) | 0(0) | 25(86,2) | 25(86,2) | | | | |
| Gebelik idrar kaçırma neden olur mu? (17. soru) | Evet | 0(0) | 3(10,3) | 15(46,9) | 9(28,1) | 21(72,4) | 21(72,4) | 5,428 | 19,499 | | |
| | Hayır | 20(69) | 9(31) | 1(3,1) | 14(43,8) | 2(6,9) | 3(10,3) | | | | |
| | Kısmen | 8(27,6) | 17(58,6) | 12(37,5) | 9(28,1) | 4(3,8) | 3(10,3) | | | 0,066 | 0,000* |
| | Bilmiyorum | 1(3,4) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 2(6,9) | 2(6,9) | | | | |
| Doğum yapmak idrar kaçırma neden olur mu? (18. soru) | Evet | 23(79,3) | 1(3,4) | 24(75) | 8(25) | 22(75,9) | 24(82,8) | 0,112 | 27,280 | | |
| | Hayır | 0(0) | 28(96,6) | 1(3,1) | 24(75) | 1(3,4) | 1(3,4) | | | | |
| | Kısmen | 3(10,3) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 6(20,7) | 4(13,8) | | | 0,946 | 0,000* |
| | Bilmiyorum | 3(10,3) | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | | | |
| Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırma problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir? (19. soru) | Evet | 2(6,9) | 29(100) | 13(40,6) | 32(100) | 10(34,5) | 10(34,5) | 1,362 | 50,098 | | |
| | Hayır | 22(75,9) | 0(0) | 9(28,1) | 0(0) | 11(37,9) | 19(65,5) | | | | |
| | Bilmiyorum | 5(17,2) | 0(0) | 10(31,3) | 0(0) | 9(27,6) | 0(0) | | | 0,506 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.64. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (20.-25. Sorular)

| | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | |
|--|--|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|------------------|------------------|
| | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir? (20. soru) | Gebe oldukları için | 3(10,3) | 11(37,9) | 7(21,9) | 6(18,8) | 9(31) | 8(27,6) | 10,597 0,005* | 3,249 0,197 |
| | Mesaneleri normalden küçük olduğu için | 1(3,4) | 0(0) | 2(6,3) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Ptk doğru çalışmadığı için | 0(0) | 5(17,2) | 0(0) | 10(31,3) | 7(24,1) | 8(27,6) | | |
| | Bebek mesaneye baskı yaptığı için | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Hepsi | 0(0) | 13(44,8) | 0(0) | 16(50) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Hiçbiri | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 25(86,2) | 0(0) | 23(71,9) | 0(0) | 13(44,8) | 13(44,8) | | |
| İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz (21. soru) | Katılıyorum | 25(86,2) | 0(0) | 21(65,6) | 0(0) | 20(69) | 19(65,5) | 2,871 0,238 | 50,098 0,000* |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 29(100) | 5(15,6) | 32(100) | 8(27,6) | 10(34,5) | | |
| | Bilmiyorum | 4(13,8) | 0(0) | 6(18,8) | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | | |
| Gebelikte idrar kaçırırsam; (22. soru) | Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum | 9(31) | 0(0) | 12(37,5) | 0(0) | 14(48,3) | 19(65,5) | 0,218 0,897 | 42,069 0,000* |
| | Bir sorun olacağını düşünmüyorum | 0(0) | 3(10,3) | 0(0) | 2(6,3) | 2(6,9) | 1(3,4) | | |
| | Utandığım için yardım istemeyeceğim | 18(62,1) | 1(3,4) | 18(56,3) | 4(12,5) | 2(6,9) | 2(6,9) | | |
| | Doktorum erkek old. yardım istemeyeceğim | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 6(20,7) | 1(3,4) | | |
| | Yardım isteyeceğim | 2(6,9) | 25(86,2) | 2(6,3) | 26(81,3) | 5(17,2) | 6(20,7) | | |
| Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin senin ve bebeğinin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun? (23. soru) | Evet | 3(10,3) | 29(100) | 6(18,8) | 32(100) | 11(37,9) | 16(55,2) | 6,656 0,036* | 31,606 0,000* |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 26(89,7) | 0(0) | 26(81,3) | 0(0) | 18(62,1) | 13(44,8) | | |
| Pelvik taban egzersizleri yapma konusunda tavsiyelere uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir (24. soru). | Kesinlikle katılıyorum | 4(13,8) | 29(100) | 10(31,3) | 32(100) | 0(0) | 1(3,4) | 28,948 0,000* | 84,138 0,000* |
| | Katılıyorum | 2(6,9) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 19(65,5) | 27(93,1) | | |
| | Kararsızım | 23(79,3) | 0(0) | 18(56,3) | 0(0) | 10(34,5) | 0(0) | | |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(3,4) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız? (25. soru) | Hergün | 0(0) | 28(96,6) | 1(3,1) | 32(100) | 0(0) | 1(3,4) | 7,500 0,024* | 81,144 0,000* |
| | Haftada 2 veya daha fazla | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 3(10,3) | | |
| | Haftada bir kez | 0(0) | 0(0) | 3(9,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Asla | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 0(0) | 28(87,5) | 0(0) | 29(100) | 25(86,2) | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.65. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (26.-36. Sorular)

| | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 p | |
|--|--------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|------------------|------------------|
| | | TÖ | TS | TÖ | TS | TS | TÖ | TÖ | TS |
| Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi? (26. soru) | Evet | 1(3,4) | 23(79,3) | 9(28,1) | 25(78,1) | 0(0) | 1(3,4) | 14,564 0,001* | 52,264 0,000* |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 5(15,6) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 28(96,6) | 6(20,7) | 23(71,9) | 2(6,3) | 29(100) | 28(96,6) | | |
| Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırmaları (27. Soru) | Katılıyorum | 13(44,8) | 29(100) | 24(75) | 32(100) | 29(100) | 29(100) | 22,389 0,000* | 0,000 1,000 |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 16(55,2) | 0(0) | 8(25) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir (28. soru) | Katılıyorum | 4(13,8) | 0(0) | 12(37,5) | 0(0) | 18(62,1) | 10(34,5) | 24,206 0,000* | 23,401 0,000* |
| | Katılmıyorum | 9(31) | 29(0) | 13(40,6) | 32(100) | 11(37,9) | 19(65,5) | | |
| | Bilmiyorum | 16(55,2) | 0(0) | 7(21,9) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler (29. soru) | Katılıyorum | 16(55,2) | 0(0) | 16(50) | 0(0) | 15(51,7) | 2(6,9) | 0,880 0,644 | 0,000 1,000 |
| | Katılmıyorum | 2(6,9) | 29(100) | 8(25) | 32(100) | 12(41,4) | 25(86,2) | | |
| | Bilmiyorum | 11(37,9) | 0(0) | 8(25) | 0(0) | 2(6,9) | 2(6,9) | | |
| Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi? (30. Soru) | Evet | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 32(100) | 1(3,1) | 0(0) | 1,813 0,404 | 89,000 0,000* |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 29(100) | 29(100) | 31(96,9) | 0(0) | 31(96,9) | 29(100) | | |
| Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı? (31. soru) | Evet | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 13(44,8) | 5,663 0,059 | 0,604 0,739 |
| | Hayır | 4(13,8) | 28(96,6) | 6(18,8) | 31(96,9) | 0(0) | 1(3,4) | | |
| | Bilmiyorum | 25(86,2) | 0(0) | 26(81,3) | 0(0) | 29(100) | 15(51,7) | | |
| Kadınların idrar kaçırmayı kontrol edebilmek için günlük ped kullanmasını normal buluyor musunuz? (32. soru) | Evet | 6(20,7) | 29(100) | 14(43,8) | 31(96,9) | 26(89,7) | 21(72,4) | 34,090 0,000* | 14,703 0,001* |
| | Hayır | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 3(10,3) | 8(27,6) | | |
| | Bilmiyorum | 23(79,3) | 0(0) | 18(56,3) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı? (33. soru) | Evet | 2(6,9) | 3(10,3) | 1(3,1) | 9(28,1) | 9(31) | 1(3,4) | 13,955 0,001* | 10,980 0,004* |
| | Hayır | 26(89,7) | 26(89,7) | 24(75) | 23(71,9) | 19(65,5) | 25(86,2) | | |
| | Bilmiyorum | 1(3,4) | 0(0) | 7(21,9) | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | | |
| Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir? (34. soru) | Sezaryen | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 8,178 0,017* | 84,545 0,000* |
| | Vajinal | 7(24,1) | 29(100) | 4(12,5) | 32(100) | 13(44,8) | 1(3,4) | | |
| | Bilmiyorum | 22(75,9) | 0(0) | 28(87,5) | 0(0) | 16(55,2) | 28(96,6) | | |
| Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı? (35. soru) | Evet | 2(6,9) | 28(96,6) | 2(6,3) | 26(81,3) | 0(0) | 0(0) | 9,312 0,010* | 70,197 0,000* |
| | Hayır | 1(3,4) | 0(0) | 8(25) | 3(9,4) | 1(3,4) | 0(0) | | |
| | Bilmiyorum | 26(89,7) | 1(3,4) | 22(68,8) | 3(9,4) | 28(96,6) | 29(100) | | |
| Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı? (36. soru) | Evet | 1(3,4) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 16,743 0,000* | 3,977 0,137 |
| | Hayır | 0(0) | 28(96,6) | 1(3,1) | 28(87,5) | 15(51,7) | 23(79,3) | | |
| | Bilmiyorum | 28(96,6) | 1(3,4) | 27(84,4) | 4(12,5) | 14(48,3) | 6(20,7) | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.66. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (37.-43. Sorular)

| | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 P | |
|---|-------------------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|
| | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı? (37. Soru) | Evett | 2(6,9) | 19(65,5) | 1(3,1) | 16(50) | 0(0) | 0(0) | 3,166 | 17,663 |
| | Hayır | 19(65,5) | 5(17,2) | 24(75) | 11(34,4) | 28(96,6) | 23(79,3) | | |
| | Bilmiyorum | 8(27,6) | 5(17,2) | 7(21,9) | 5(15,6) | 1(3,4) | 6(20,7) | 0,205 | 0,000* |
| Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz? (38. soru) | Evett | 0(0) | 28(96,6) | 0(0) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | 4,072 | 70,214 |
| | Hayır | 29(100) | 1(3,4) | 32(100) | 4(12,5) | 29(100) | 29(100) | 0,131 | 0,000* |
| Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz? (39. soru) | Evett | 29(100) | 14(48,3) | 28(87,5) | 26(81,3) | 16(55,2) | 29(100) | 20,115 | 22,021 |
| | Hayır | 0(0) | 15(51,7) | 4(12,5) | 6(18,8) | 13(44,8) | 0(0) | 0,000* | 0,000* |
| Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz? (40. soru) | Evett | 1(3,4) | 28(96,6) | 1(3,4) | 28(87,5) | 1(3,4) | 0(0) | 2,685 | 70,214 |
| | Hayır | 28(96,6) | 1(3,4) | 28(96,6) | 4(12,5) | 28(96,6) | 29(100) | 0,261 | 0,000* |
| Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum (41. soru). | Kesinlikle katılıyorum | 8(27,6) | 29(100) | 11(34,4) | 31(96,9) | 0(0) | 6(20,7) | 48,578 | 59,891 |
| | Katılıyorum | 18(62,1) | 0(0) | 15(46,9) | 1(3,1) | 1(3,4) | 0(0) | | |
| | Kararsızım | 3(10,3) | 0(0) | 6(18,8) | 0(0) | 13(44,8) | 22(75,9) | | |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 15(51,7) | 1(3,4) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum (42. soru) | Kesinlikle katılıyorum | 1(3,4) | 29(100) | 2(6,3) | 28(87,5) | 0(0) | 1(3,4) | 13,782 | 70,439 |
| | Katılıyorum | 2(6,9) | 0(0) | 8(25) | 3(9,4) | 25(86,2) | 9(31) | | |
| | Kararsızım | 26(89,7) | 0(0) | 21(65,6) | 1(3,1) | 4(13,8) | 19(65,5) | | |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| Gebelikte idrar kaçırmak normaldir (43. soru) | Kesinlikle katılıyorum | 1(3,4) | 1(3,4) | 7(21,9) | 2(6,3) | 13(44,8) | 13(44,8) | 1,941 | 50,363 |
| | Katılıyorum | 24(82,8) | 0(0) | 17(53,1) | 0(0) | 7(24,1) | 7(24,1) | | |
| | Kararsızım | 2(6,9) | 0(0) | 6(18,8) | 1(3,1) | 6(20,7) | 6(20,7) | | |
| | Katılmıyorum | 2(6,9) | 26(89,7) | 2(6,3) | 22(68,8) | 3(10,3) | 3(10,3) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 2(6,9) | 0(0) | 7(21,9) | 0(0) | 0(0) | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, n: Hasta sayısı, %: Yüzde, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.67. Tüm Hastalarda Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması (44.-46. Sorular)

| | | Süpervizyonsuz Grup n(%) | | Süpervizyonlu Grup n(%) | | Kontrol Grubu n(%) | | χ^2 P | |
|---|-------------------------|-----------------------------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|----------|---------------|--------|
| | | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS | TÖ | TS |
| Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum (44.soru) | Kesinlikle katılıyorum | 26(89,7) | 29(100) | 22(68,8) | 0(0) | 1(3,4) | 0(0) | 29,590 | 73,887 |
| | Katılıyorum | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 1(3,1) | 19(65,5) | 24(82,8) | | |
| | Kararsızım | 1(3,4) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 9(31) | 4(13,8) | | |
| | Katılmıyorum | 2(6,9) | 0(0) | 8(25) | 3(9,4) | 0(0) | 1(3,4) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 1(3,1) | 28(87,5) | 0(0) | 0(0) | | |
| Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum (45. soru) | Kesinlikle katılıyorum | 3(10,3) | 21(72,4) | 3(9,4) | 28(87,5) | 0(0) | 1(3,4) | 22,886 | 66,147 |
| | Katılıyorum | 0(0) | 8(27,6) | 7(21,9) | 4(12,5) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Kararsızım | 18(62,1) | 0(0) | 18(56,3) | 0(0) | 9(31) | 18(62,1) | | |
| | Katılmıyorum | 3(10,3) | 0(0) | 2(6,3) | 0(0) | 12(41,4) | 7(24,1) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 5(17,2) | 0(0) | 2(6,3) | 0(0) | 8(27,6) | 3(10,3) | | |
| Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım (46. soru) | Kesinlikle katılıyorum | 8(27,6) | 29(100) | 8(25) | 32(100) | 1(3,4) | 1(3,4) | 50,907 | 82,375 |
| | Katılıyorum | 20(69) | 0(0) | 20(62,5) | 0(0) | 0(0) | 21(72,4) | | |
| | Kararsızım | 1(3,4) | 0(0) | 4(12,5) | 0(0) | 28(96,6) | 7(24,1) | | |
| | Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |
| | Kesinlikle Katılmıyorum | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | | |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, *p<0,05, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Tüm hastaların Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi'nin gruplar arası karşılaştırılmasında, tedavi sonunda; 3b, 20, 27, 29, 31. ve 36. sorular dışında tüm sonuçlarda gruplar arası fark olduğu bulundu (p<0,05). Gruplar arası farkın belirlenmesi amacıyla ikili grup karşılaştırmalarının sonuçları Tablo 4.68 ve 4.69'da verildi.

Tablo 4.68. Pelvik Taban ve PTKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi Gruplar Arası Karşılaştırılması (Soru 1-21)

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|----------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| Soru 1 | -0,101 | 0,920 | -6,785 | 0,000* | -7,029 | 0,000* |
| Soru 2a | -1,050 | 0,294 | -7,029 | 0,000* | -7,495 | 0,000* |
| Soru 2b | -0,350 | 0,727 | -3,000 | 0,003* | -2,693 | 0,007* |
| Soru 3a | -0,126 | 0,900 | -6,805 | 0,000* | -7,020 | 0,000* |
| Soru 4 | 0,000 | 1,000 | -6,120 | 0,000* | -6,330 | 0,000* |
| Soru 5 | 0,000 | 1,000 | -7,550 | 0,000* | -7,746 | 0,000* |
| Soru 6a | -0,887 | 0,375 | -6,719 | 0,000 | -7,199 | 0,000* |
| Soru 6b | -0,261 | 0,794 | -6,530 | 0,000* | -7,026 | 0,000* |
| Soru 6c | -0,669 | 0,504 | -6,760 | 0,000* | -7,026 | 0,000* |
| Soru 6d | -0,237 | 0,813 | -6,196 | 0,000* | -6,184 | 0,000* |
| Soru 6e | -0,980 | 0,327 | -6,571 | 0,000* | -7,254 | 0,000* |
| Soru 6f | -1,050 | 0,294 | -7,294 | 0,000* | -7,746 | 0,000* |
| Soru 7 | -0,063 | 0,950 | -6,872 | 0,000* | -6,706 | 0,000* |
| Soru 8 | -1,276 | 0,202 | -7,488 | 0,000* | -7,512 | 0,000* |
| Soru 9 | -0,952 | 0,341 | -7,550 | 0,000* | -7,496 | 0,000* |
| Soru 10 | -0,531 | 0,595 | -7,156 | 0,000* | -7,329 | 0,000* |
| Soru 11a | -1,276 | 0,202 | -7,294 | 0,000* | -6,792 | 0,000* |
| Soru 11b | -0,783 | 0,433 | -7,238 | 0,000* | -6,792 | 0,000* |
| Soru 11c | -1,871 | 0,061 | -7,122 | 0,000* | -7,305 | 0,000* |
| Soru 11d | -0,090 | 0,928 | -4,468 | 0,000* | -4,462 | 0,000* |
| Soru 12 | -0,856 | 0,392 | -7,258 | 0,000* | -7,512 | 0,000* |
| Soru 13 | -2,584 | 0,010* | -5,585 | 0,000* | -6,317 | 0,000* |
| Soru 14 | 0,000 | 1,000 | -7,550 | 0,000* | -7,746 | 0,000* |
| Soru 15a | 0,000 | 1,000 | -7,550 | 0,000* | -7,746 | 0,000* |
| Soru 15b | 0,000 | 1,000 | -7,550 | 0,000* | -7,746 | 0,000* |
| Soru 15c | -0,397 | 0,692 | -7,258 | 0,000* | -7,357 | 0,000* |
| Soru 15d | -0,577 | 0,564 | -7,381 | 0,000* | -7,618 | 0,000* |
| Soru 15e | -0,761 | 0,447 | -6,328 | 0,000* | -6,631 | 0,000* |
| Soru 15f | 0,000 | 1,000 | -7,488 | 0,000* | -7,691 | 0,000* |
| Soru 15g | -2,332 | 0,020* | -6,166 | 0,000* | -5,337 | 0,000* |
| Soru 15h | -2,348 | 0,019* | -6,650 | 0,000* | -6,119 | 0,000* |
| Soru 15i | 0,000 | 1,000 | -7,294 | 0,000* | -7,495 | 0,000* |
| Soru 16 | -0,166 | 0,869 | -6,794 | 0,000* | -7,012 | 0,000* |
| Soru 17 | -2,505 | 0,012* | -4,096 | 0,000* | -2,738 | 0,006* |
| Soru 18 | -2,351 | 0,019* | -4,841 | 0,000* | -3,582 | 0,000* |
| Soru 19 | 0,000 | 1,000 | -5,270 | 0,000* | -5,473 | 0,000* |
| Soru 21 | 0,000 | 1,000 | -5,270 | 0,000* | -5,473 | 0,000* |

*p<0,05, Z: Mann-Whitney U Test

Tablo 4.69. Pelvik Taban ve PTKF Farkındalık, Bilgi ve İnanışları Anketi Gruplar Arası Karşılaştırılması (Soru 22-48)

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|---------|-----------------------------------|-------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| Soru 22 | -0,404 | 0,686 | -5,333 | 0,000* | -5,328 | 0,000* |
| Soru 23 | 0,000 | 1,000 | -4,058 | 0,000* | -4,235 | 0,000* |
| Soru 24 | 0,000 | 1,000 | -7,238 | 0,000* | -7,445 | 0,000* |
| Soru 25 | -1,050 | 0,294 | -7,047 | 0,000* | -7,359 | 0,000* |
| Soru 26 | -0,192 | 0,848 | -5,815 | 0,000* | -6,711 | 0,000* |
| Soru 28 | 0,000 | 1,000 | -3,446 | 0,001* | -3,603 | 0,000* |
| Soru 32 | -0,952 | 0,341 | -3,020 | 0,003* | -2,668 | 0,008* |
| Soru 33 | -1,730 | 0,084 | -1,870 | 0,061 | -3,018 | 0,003* |
| Soru 34 | 0,000 | 1,000 | -7,294 | 0,000* | -7,495 | 0,000* |
| Soru 35 | -1,815 | 0,070 | -7,294 | 0,000* | -6,884 | 0,000* |
| Soru 37 | -0,927 | 0,354 | -3,940 | 0,000* | -3,344 | 0,001* |
| Soru 38 | -1,276 | 0,202 | -7,294 | 0,000* | -6,792 | 0,000* |
| Soru 39 | -1,953 | 0,051 | -4,058 | 0,000* | -2,789 | 0,005* |
| Soru 40 | -1,276 | 0,202 | -7,294 | 0,000* | -6,792 | 0,000* |
| Soru 41 | 0,000 | 1,000 | -6,069 | 0,000* | -5,959 | 0,000* |
| Soru 42 | -1,953 | 0,051 | -6,960 | 0,000* | -6,485 | 0,000* |
| Soru 43 | -0,850 | 0,395 | -6,026 | 0,000* | -5,747 | 0,000* |
| Soru 44 | -1,953 | 0,051 | -7,101 | 0,000* | -6,843 | 0,000* |
| Soru 45 | -1,468 | 0,142 | -6,549 | 0,000* | -6,549 | 0,000* |
| Soru 46 | 0,000 | 1,000 | -7,004 | 0,000* | -7,236 | 0,000* |
| Soru 48 | -0,631 | 0,528 | -6,864 | 0,000* | -6,727 | 0,000* |

*p<0,05, Z: Mann-Whitney U Test

Süpervizyonlu grup ve süpervizyonsuz grup karşılaştırılmasında, 13, 15 g-h ve 18. sorulara verilen cevaplarda süpervizyonsuz grup lehine, 18. soruda ise süpervizyonlu grup lehine pelvik taban ile ilişkili bilgi düzeyinde artış olduğu saptandı (p<0,05). Diğer sorularda iki grup arasında fark bulunmadı. Süpervizyonlu ve kontrol grubunda, süpervizyonlu grup lehine tüm sorulara verilen cevaplarda fark olduğu görüldü (p<0,05). Süpervizyonsuz ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında, 33. Soru dışında tüm cevaplarda süpervizyonsuz grupta kontrol grubuna göre pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyesinde artış olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.68 ve 4.69). Tüm hastaların bilgi anketlerinin grup içi tedavi öncesi ve sonu değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.70'te verildi.

Tablo 4.70. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | Süpervizyonlu Grup (n=32) | Kontrol Grubu (n=29) |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| PTSBT(TÖ) | 0,52±2,79 (0-15) | 0,56±2,34 (0-12) | 0 (0) |
| PTSBT(TS) | 26,24±3,14 (18-29) | 27,97±1,75 (23-29) | 0,03±0,19 (0-1) |
| PİBA-Üİ(TÖ) | 1,30±2,50 (0-8) | 2,74±1,94 (0-6) | 1,00±1,70 (0-5) |
| PİBA-Üİ(TS) | 11,10±1,37 (8-12) | 11,89±0,32 (11-12) | 1,24±1,86 (0-7) |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Tablo 4.71. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup | | Süpervizyonlu Grup | | Kontrol Grubu | |
|---------|----------------------------|----------|---------------------------|----------|----------------------|----------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| PTSBT | -4,721 | <0,001 | -5,065 | <0,001 | -1,000 | 0,317 |
| PİBA-Üİ | -4,716 | <0,001 | -4,965 | <0,001 | -2,598 | 0,009* |

PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi, *p<0,05, Z:Wilcoxon Signed Ranks Test

Süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda PTSBT ve PİBA-Üİ skorlarında tedavi öncesine göre pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyesinde artış bulundu ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise sadece PİBA-Üİ skorunda değişim saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.71). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların bilgi anket sonuçlarının gruplar içi ortalamaları ve karşılaştırılması Tablo 4.72, 4.73, 4.74'te verildi.

Tablo 4.72. SÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=10) | Süpervizyonlu Grup (n=19) | Kontrol Grubu (n=17) |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| PTSBT(TÖ) | 0 (0) | 0,95±3,01 (0-12) | 0 (0) |
| PTSBT(TS) | 25,10±3,63 (18-29) | 28,16±1,71 (23-29) | 0,06±0,24 (0-1) |
| PİBA-Üİ(TÖ) | 1,30±2,50 (0-8) | 2,74±1,94 (0-6) | 1,00±1,70 (0-5) |
| PİBA-Üİ(TS) | 11,10±1,37 (8-12) | 11,89±0,32 (11-12) | 1,24±1,86 (0-7) |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Tablo 4.73. MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Ortalamaları

| | Süpervizyonsuz Grup (n=19) | Süpervizyonlu Grup (n=13) | Kontrol Grubu (n=12) |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) | X±SS (Min-Max) |
| PTSBT(TÖ) | 0,79±3,44 (0-15) | 0 (0) | 0 (0) |
| PTSBT(TS) | 26,84±2,75 (19-29) | 27,69±1,84 (24-29) | 0 (0) |
| PİBA-Üİ(TÖ) | 4,05±2,50 (0-8) | 1,92±1,85 (0-5) | 1,92±1,93 (0-6) |
| PİBA-Üİ(TS) | 11,79±0,54 (10-12) | 11,85±0,38 (11-12) | 2,50±2,15 (0-6) |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi-Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Tablo 4.74. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | | Süpervizyonsuz Grup (n=29) | | Süpervizyonlu Grup (n=32) | | Kontrol Grubu (n=29) | |
|-----|---------|----------------------------|--------|---------------------------|--------|----------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | PTSBT | -2,812 | 0,005* | -3,939 | 0,000* | -1,000 | 0,317 |
| | PİBA-Üİ | -2,816 | 0,005* | -3,839 | 0,000* | -1,633 | 0,102 |
| MÜİ | PTSBT | -3,842 | 0,000* | -3,238 | 0,001* | -1,000 | 0,317 |
| | PİBA-Üİ | -3,848 | 0,000* | -3,210 | 0,001 | -2,070 | 0,038* |

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi *p<0,05, Z: Wilcoxon Signed Ranks Test

SÜİ semptomu olan hastaların oluşturduğu süpervizyonsuz grupta her iki anketin de tedavi öncesine göre sonuçlarında artış bulundu ($p<0,05$). PTSBT ve PİBA-Üİ skorları açısından süpervizyonlu grubunun pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyesinin arttığı saptandı ($p=0,000$). Kontrol grubunda PİBA-Üİ ve PTSBT sonuçlarında tedavi öncesine göre benzerdi ($p>0,05$). MÜİ semptomu olan hastalarda; PTSBT ve PİBA-Üİ skorlarında süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda artış bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise sadece PİBA-Üİ skorunda artış saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.74). Hastaların bilgi anketlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.75'te verildi.

Tablo 4.75. Tüm Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz-Süpervizyonlu Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|-------------|-----------------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | Z | p | Z | p | Z | p |
| PTSBT(TÖ) | -0,462 | 0,644 | -1,000 | 0,317 | -1,357 | 0,175 |
| PTSBT(TS) | -2,798 | 0,005* | -6,960 | 0,000* | -7,216 | 0,000* |
| PİBA-Üİ(TÖ) | -0,888 | 0,375 | -2,395 | 0,017* | -2,194 | 0,028* |
| PİBA-Ü(TS) | -1,338 | 0,181 | -6,773 | 0,000* | -7,096 | 0,000* |

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplar karşılaştırıldığında, PTSBT açısından süpervizyonlu grup lehine artış tespit edilirken ($p<0,05$) PİBA-Üİ skorunda iki grup arasında fark belirlenmedi ($p>0,05$). Süpervizyonsuz ve kontrol, süpervizyonlu ve kontrol grubu arasında PTSBT skorunda tedavi öncesine göre süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda kontrol grubuna göre artış bulundu (Tablo 4.75). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda bilgi anketlerinin tedavi öncesi ve sonu gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.76' da verildi.

Tablo 4.76. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Gruplar Arası Karşılaştırılması

| Tanı | | Süpervizyonsuz-Çalışma Grup | | Süpervizyonsuz-Kontrol Grubu | | Süpervizyonlu-Kontrol Grubu | |
|------|-------------|-----------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | | Z | p | Z | p | Z | p |
| SÜİ | PTSBT(TÖ) | -1,044 | 0,296 | 0,000 | 1,000 | -1,357 | 0,175 |
| | PTSBT(TS) | -3,096 | 0,002* | -4,799 | 0,000* | -5,538 | 0,000* |
| MÜİ | PTSBT(TÖ) | -0,827 | 0,408 | -0,795 | 0,427 | 0,000 | 1,000 |
| | PTSBT(TS) | -0,886 | 0,376 | -4,799 | 0,000* | -4,555 | 0,000* |
| SÜİ | PİBA-Üİ(TÖ) | -2,146 | 0,032* | -0,204 | 0,839 | -2,681 | 0,007 |
| | PİBA-Üİ(TS) | -2,011 | 0,044* | -4,419 | 0,000* | -5,483 | 0,000* |
| MÜİ | PİBA-Üİ(TÖ) | -2,428 | 0,015* | -2,242 | 0,025 | -0,028 | 0,978 |
| | PİBA-Üİ(TS) | -0,091 | 0,927 | -4,983 | 0,000* | -4,444 | 0,000* |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi, * $p<0,05$, Z: Mann Whitney U Test

SÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonsuz ve süpervizyonlu grup PTSBT açısından karşılaştırıldığında süpervizyonlu grubu lehine pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyesinde daha fazla artış saptanırken ($p<0,05$); MÜİ semptomu olan hastalarda tedavi öncesine göre sonuçlar benzerdi ($p>0,05$). PİBA-Üİ skoru için süpervizyonsuz ve süpervizyonlu grubu karşılaştırıldığında; SÜİ semptomu olan hastalarda değişim gözlenmezken; MÜİ semptomu olan hastalarda sadece tedavi öncesinde fark bulundu tedavi sonunda değişim tespit edilmedi ($p>0,05$). Süpervizyonsuz ve kontrol grupları karşılaştırılmasında, SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda PTSBT açısından süpervizyonsuz grupta pelvik taban ile ilişkili bilgi artışı daha fazlaydı. PİBA-Üİ sonuçlarında SÜİ semptomu olan hastalarda tedavi öncesine göre farklılık, MÜİ semptomu olan hastalarda tedavi öncesi ve sonu skorlarda farklılık süpervizyonsuz grup lehine bulundu ($p<0,05$). Süpervizyonlu grup kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda PTSBT skoru, SÜİ semptomu olan hastalarda PİBA-Üİ sonuçlarında Süpervizyonlu grupta daha fazla artış gösterdi ($p<0,05$) (Tablo 4.76). Bilgi anketlerinin tedavi öncesi ve sonunda Üİ tipine göre grup içlerinde karşılaştırılması 4.77' de verildi.

Tablo 4.77. Üriner İnkontinans Tipine Göre Bilgi Anketlerinin Tedavi Öncesi ve Sonu Grup İçi Karşılaştırılması

| | Süpervizyonsuz Grup (SÜİ/MÜİ) | | Süpervizyonlu Grup (SÜİ/MÜİ) | | Kontrol Grubu (SÜİ/MÜİ) | |
|--------------|-------------------------------|--------|------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Z | p | Z | p | Z | P |
| PTSBT(TÖ) | -0,725 | 0,468 | -1,189 | 0,235 | 0,000 | 1,000 |
| PTSBT(TS) | -1,521 | 0,128 | -1,043 | 0,297 | -0,840 | 0,401 |
| PİBA-Üİ (TÖ) | -2,575 | 0,010* | -1,152 | 0,249 | -1,602 | 0,109 |
| PİBA-Üİ (TS) | -1,592 | 0,111 | -0,402 | 0,688 | -1,895 | 0,058 |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi Sonu, PİBA-Üİ: Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi- Üriner İnkontinans, PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Hastalar gruplar içinde Üİ tipine göre karşılaştırıldığında yalnızca PİBA-Üİ tedavi öncesinde süpervizyonsuz grupta farklılık gösterdi (p<0,05). Diğer gruplarda PİBA-Üİ ve PTSBT sonuçları Üİ tipi açısından tedavi öncesi ve sonunda benzerdi (p>0,05) (Tablo 4.77).

4.6. Tedavi Uyumuna Ait Bulgular

Tedavi uyum ve etkisini değerlendirilmesinde kullanılan Global Algılanan Etki Anketi ve VAS değerlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.78 ve 4.79’da verildi.

Tablo 4.78. Tüm Hastaların Global Algılanan Etki Anketi’nin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| Grup | Global Algılanan Etki | Z | p |
|-----------------------------------|-----------------------|--------|--------|
| | X±SS (Min-Max) | | |
| Süpervizyonsuz Grup (n=29) | 2,62±0,98 (1-4) | -4,574 | 0,000* |
| Süpervizyonlu Grup(n=32) | 1,45±0,57 (1-3) | | |

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Tablo 4.79. Tüm Hastalarda VAS'ın Gruplar Arası Karşılaştırılması

| Grup | VAS | Z | p |
|---------------------------------------|-------------------------|--------|--------|
| | X±SS (Min-Max) | | |
| Süpervizyonsuz Grup (n=29) | 61,86±10,49 (40-90) | -5,473 | 0,000* |
| Süpervizyonlu Grup (n=32) | 81,97±11,16 (63-100) | | |

X:Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Gruplar arası karşılaştırmada, süpervizyonlu grupta Global Algılanan Etki Anketi'nde süpervizyonsuz gruba göre daha fazla iyileşme ve VAS'ta ise süpervizyonlu grubun tedavi uyumunun daha fazla arttığı belirlendi (p<0,05). SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda Global Algılanan Etki Anketi ve VAS'ın gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.80 ve 4.81'de verildi.

Tablo 4.80. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastaların Global Algılanan Etki Anketi'nin Gruplar Arası Karşılaştırılması

| İnkontinans tipi | Grup | Global Algılanan Etki | Z | p |
|------------------|----------------------------------|-----------------------|--------|--------|
| SÜİ | Süpervizyonsuz Grup(n=10) | 2,60±1,17 (1-4) | 2,834 | 0,005* |
| | Süpervizyonlu Grup(n=19) | 1,39±0,61 (1-3) | | |
| MÜİ | Süpervizyonsuz Grup(n=19) | 2,63±0,90 (1-4) | -3,333 | 0,001* |
| | Süpervizyonlu Grup(n=13) | 1,54±0,52 (1-2) | | |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

Tablo 4.81. SÜİ ve MÜİ Semptomu Olan Hastalarda VAS'ın Gruplar Arası Karşılaştırılması

| İnkontinans tipi | Grup | VAS | Z | p |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------|----------|
| SÜİ | Süpervizyonsuz Grup(n=10) | 61,20±10,58 (50-85) | -3,747 | 0,000* |
| | Süpervizyonlu Grup(n=19) | 83,00±9,37 (65-100) | | |
| MÜİ | Süpervizyonsuz Grup(n=19) | 62,21±10,72 (40-90) | -3,585 | 0,000* |
| | Süpervizyonlu Grup(n=13) | 80,54±13,54 (63-100) | | |

MÜİ: Mikst Üriner İnkontinans, SÜİ: Stres Üriner İnkontinans, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, *p<0,05, Z: Mann Whitney U Test

SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalarda gruplar arası karşılaştırma sonuçlarında, her iki Üİ tipinde de süpervizyonlu grup, Global Algılanan Etki Anketi ve VAS'ta süpervizyonsuz gruba göre daha fazla iyileşme gösterdiği ve tedavi uyumunun daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.80 ve 4.81).

5. TARTIŞMA

Üriner İnkontinansı olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve pelvik taban egzersiz eğitim programının etkisinin incelendiği bu çalışmada, PTSE ile kombine uygulanan süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının Üİ şiddetini, frekansını ve üriner semptomları azalttığı, yaşam kalitesini iyileştirdiği ve hastaların pelvik taban farkındalığı ve pelvik taban ile ilişkili bilgi düzeylerinin arttırdığı gösterildi. Kadın sağlığı alanında çalışan fizyoterapistlere Üİ tedavilerinde süpervizyonlu pelvik taban egzersiz programlarına kapsamlı oluşturulan pelvik taban sağlığı eğitimini eklemeleri önerilebilir.

Literatür incelendiğinde, pelvik taban eğitiminin Üİ sıklığı ve yaşam kalitesi dâhil olmak üzere SÜİ semptomlarını iyileştirebileceği gösterilmiştir. Pelvik taban fizyoterapisinin doğum sonrası popülasyondaki SÜİ semptomlarını da iyileştirebileceği belirtilmiştir. Pelvik taban tedavisi tipik olarak; pelvik taban kas eğitimi (PTKE), egzersiz programı, manuel terapi, hasta eğitimi, elektrik stimülasyonu ve biofeedback gibi modaliteler ve evde egzersiz programlarını içermektedir. Yapılan bir derlemede, pelvik taban anatomi ve fizyoloji eğitiminin çok yönlü bir pelvik taban eğitim programına dâhil edilmesi gerektiği gösterilmiştir. Eğitim bileşenlerine ek olarak, tedavi uyumu ve başarısını arttırmak için ev programlarına tutarlı takip ziyaretleri veya telefon görüşmelerinin dâhil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (74).

Bu çalışmada; süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplara ilk değerlendirmede pelvik taban anatomi ve fizyolojisi, pelvik taban egzersizleri, Üİ tipleri ve tedavisi gibi birçok bilgiyi kapsayan eğitim, maketler, görsel öğeler ve sunumlar kullanılarak verildi. Hastalar 6. haftada yeniden hastaneye çağırılarak eğitim tekrarlandı ve bilgilendirme amaçlı hazırlanan broşürler her iki gruptaki hastalara verildi. Süpervizyonlu gruba PTSE eğitimi verildi, 12 hafta boyunca haftalık olarak arandı; egzersiz tekrarları ve tedavi uyumu konusunda geri bildirim sağlandı. Haftalık hasta aramalarının hasta motivasyonunu arttırarak pelvik taban egzersiz eğitimine düzenli devam etmeleri, kontrollü olmasıyla dikkat ederek uygulamaları yapmaları ve egzersiz eğitimine olan uyumları sağlanmış oldu.

Temel egzersiz rejimi, her biri 8-10 saniye boyunca sürdürülen ve günde 3 kez gerçekleştirilen 3 set 8-12 kasılmadan oluşur. Spesifik egzersiz rejimleri sıklık ve yoğunluk bakımından önemli ölçüde farklılık gösterir ve ideal egzersiz rejimi henüz belirlenmemiştir. Bununla birlikte, günde eşleştirilmiş 45-60 kasılma ve gevşeme kullanan çeşitli çalışmalarda iyi sonuçlar elde edilmiştir. Başka bir yaklaşımda, 1-2 saniyelik kasılmaların kısa, hızlı bir

şekilde uygulanmasını ve ardından 5-10 saniyelik uzun, sürekli bir egzersiz yapılmasını önerilmektedir. Khorsani ve arkadaşları, postpartum kadınlara haftada 3 gün boyunca günde 3 set her set 8-10 saniyelik kasılma ve dinlenmeyi içeren 3 farklı egzersizi içeren 12 haftalık ev programı olarak uygulamıştır (75). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, UÜİ (n=16) SÜİ (n=50) ve MÜİ (n=42) semptomu olan kadınlara ME+yüksek yoğunluk PTK ve tek başına ME (kontrol grubu) verilmiştir. PTK grubu, kuvvet ve dayanıklılık eğitiminden oluşan aşamalı ev tabanlı egzersiz programını tamamlamıştır. Hızlı ve yavaş istemli PTK kontraksiyonu öğretilmiştir. Egzersiz seti, 1. hafta boyunca 10 hızlı ve yavaş kontraksiyonu içeren günde beş egzersiz seti talimatı verilmiştir. Haftada beş set kademeli olarak arttırılarak 6. haftada 30 (günlük 600 PTK kontraksiyonu (300 hızlı ve 300 yavaş) yapılmıştır. Çalışma sonunda, 6 haftalık PTK+ME kombine tedavinin, Üİ (alt grup sınıflandırması olmayan) ve SÜİ semptomu olan kadınları tedavi etmek için tek başına ME' den daha etkili olduğunu göstermiştir. Kombine tedavinin tek başına ME ile karşılaştırıldığında, genel hastalarda ve SÜİ semptomu olan hastalarda global iyileşme algısı, Üİ şiddeti, semptom şiddeti, yaşam kalitesi, Üİ atak sayısı ve pelvik taban kas dayanıklılığı açısından üstünlük göstermiştir (76). PTK programı Üİ semptomlarını azaltmak için kullanılan en etkili yöntemdir. PTK, 12, 14 hafta ve 6 ay olarak uygulanabilir ancak kas gücünün 12 haftalık program sonrası en etkili şekilde arttığı gözlemlenmiştir (77). Diğer bir çalışmada, haftada iki kez yavaş kasılmalar ve hızlı kasılmalarından oluşan egzersiz yapılmıştır. PTK, Üİ'yi azaltmak için etkili bir tedavi olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (78).

Çalışmamızda egzersizler literatüre benzer şekilde belirlenerek, öncelikle PTK kasılmasını yavaş ve hızlı olacak şekilde öğretilerek 12 hafta boyunca devam edildi. Her hafta egzersiz set ve tekrarları aşamalı olarak arttırıldı. Haftalık set sayısına aşamalı olarak 5 set eklenerek toplam 300 tekrara 6. haftada ulaşıldı ve bundan sonra 12. haftaya kadar 300 tekrar şeklinde devam edildi. Bu yoğun hazırlanmış ve aşamalı olarak artan egzersiz programının PTK motor ünite ateşlemesi ve PTK endüransını arttırmış olabileceği ve bu sayede süpervizyonlu grupta diğer gruplara göre hastalarda Üİ frekansı ve üriner semptomların azalmış, yaşam kaliteleri artmış olduğu sonucuna varıldı.

PTK tüm Üİ tiplerinde birinci basamak tedavi önerilmiştir (79). Özellikle SÜİ için en sık önerilen ve ilk tercih tedavi yöntemi PTK için egzersizdir. Bu egzersizlerin yapılması, kas kütleindeki artış yoluyla üretranın stabilizasyonunu sağlar (39). Bir çalışmada, 101 Üİ semptomu olan hastalar 4 gruba ayrılmış, pelvik taban egzersizi, vajinal kon, elektrik stimülasyonu ve tedavi uygulanmayan kontrol grubu şeklinde oluşturulmuştur. Ped testinde ve

Üİ frekansında tüm gruplarda kontrol grubuna göre azalma olmuştur. Tedavi grupları arasında fark bulunmamıştır (80).Yapılan çalışmalarda SÜİ 'li kadınlarda PTKE uygulamasının klinik bazlı 1 saatlik ped testi sonuçlarında önemli ölçüde azalma olmuştur. Tüm Üİ tipleri olan kadınlar için PTKE grupları kısa ped testlerinde kontrollerden daha az idrar kaybı bildirilmiştir (81). Dumoulin ve arkadaşları, PTKE programı ile idrar kaybında önemli bir azalma olduğunu göstermiştir (54). Tosun ve arkadaşlarının 116 Üİ semptomu olan kadın üzerinde yaptığı çalışmada; 1. grup PTKE (n=65) ve 2. grup kontrol (n=51) olarak belirlenmiştir. Egzersizler ilk 3 hafta fizyoterapist tarafından izlenerek uygulanan intravajinal palpasyon ile kalan 9 hafta ev egzersizi olarak uygulanmıştır. Tüm hastalarda pelvik taban kas gücünü değerlendirmek için abdominal US, PERFECT şeması, perineometrik değerlendirme, stop testi, stres testi ve ped testi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, pelvik taban kas eğitim grubunda perineometri ve transabdominal US ölçümlerinin anlamlı düzelme, stop testi ve ped testi sonuçlarının ise azalma gösterdiği saptanırken kontrol grubunda fark gözlenmemiştir (77). Başka bir çalışmada Üİ semptomu olan SÜİ, UÜİ ve MÜİ semptomu olan kadınlara ME ve ME+PTKE verilmiştir. Tüm Üİ tiplerinde ME+PTKE grubunda Üİ şiddetinde ME grubuna göre daha fazla iyileşme görülmüştür (7). Vaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ME ve evde (n=30) veya sağlık merkezinde (n=30) PTKE'den oluşan süpervize 12 haftalık fizik tedavi programı uygulanmıştır. Sonuç olarak ped testinde (24 saatlik) anlamlı azalma olduğu fakat iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur (81). Yapılan diğer bir çalışmaya, SÜİ semptomu olan 48 kadın dâhil edilmiş ve 12 hafta boyunca Kegel egzersizleri (50-60 tekrar *3 set) yaptırılmıştır. Tedavi sonunda İnkontinans Şiddet İndeksi skoru anlamlı açıdan düşüş göstermiştir (47). Özengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya SÜİ semptomu olan 52 kadın dahil edilmiş ve hastalar iki gruba ayrılmıştır: PTKE (n=27) ve PTKE+EMG biofeedback eğitimi (n=25). PTKE ve PTKE+EMG biofeedback eğitimi gruplarında, grup içi analizlerde VAS ile değerlendirilen algılanan kuruluk hissi ve yaşam kalitesinde ve vajinal basınç manometresi ile ölçülen PTK kuvvetinde artış, ped testi (1 saatlik) ile ölçülen idrar kaçırma miktarında azalma olduğu saptanmıştır. Değerlendirmelerde gruplar arasında fark bulunmamıştır (82). Sran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya ise; 48 Üİ ve osteoporoz hastası dâhil edilmiş; 1. gruba (n=24) PTKE istemli PTK kontraksiyonu vajinal palpasyon ile doğrulanmış, PTK anatomisi ve patofizyolojisi hakkında eğitim verilmiştir. 2. Grup (kontrol grubu) katılımcılarına fiziksel aktivite, diyet ve önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar hakkında bilgi içeren osteoporoz eğitim oturumu (3 saat) yapılmıştır. Sonuç olarak; PTKE' nin kontrol grubuna göre etkili olduğu, İnkontinans şiddet ölçümlerinden; ped testi (24 saatlik), Ürogenital Distres Envanteri (ÜDE-6), İnkontinans Etki Anketi 1.grup 12 hafta sonunda istatistiksel olarak anlamlı

iyileşmeler göstermiştir. 1 yıllık takip sonucunda ped testi ve ÜDE-6 tedavi grubu lehine iki grup arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (9). SÜİ semptomu olan 51 kadının dahil edildiği bir çalışmada PTK, Eksternal Elektrik Stimulasyonu (EES) ve EES+PTKE grupları oluşturulmuştur. 8 haftalık tedavi sonunda, tüm gruplarda PTK kuvveti ve enduransı artmış, yaşam kalitesi ve üriner semptomlarda iyileşme olmuş ve İnkontinans Şiddet İndeksinde ve ÜDE-6 skorlarında azalma olmuştur (14). Başka bir çalışmada, 16 SÜİ ve MÜİ semptomu olan kadınlar ped testi (24 saat) sonucuna göre 1. grup; hafif (n=9) ve 2. grup; orta-şiddetli (n=7) olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır. Kadınlara 6 haftalık ev programı şeklinde PTK ve abdominal kuvvetlendirme egzersizleri verilmiştir. Sonuç olarak ped testinde 2. grupta, GPTRA, KSA ve ÜDE-6 skorlarında her iki grupta da anlamlı azalma olduğu saptanmıştır (83).

Yukarıda örneklerini verdiğimiz çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda Üİ semptomu olan hastaların değerlendirilmesinde İnkontinans Şiddet İndeksi, ped testi (24 saat), ÜDE-6, VAS ve PTD varlığını değerlendiren GPTRA kullanıldı. Çalışmalarda sıklıkla iki ayrı tedavi uygulaması veya bunların kombinasyonu yapılmıştır. Biz de çalışmamızda konservatif tedavi içinde yer alan hasta eğitimini detaylı bir şekilde planlayarak uyguladık ve diğer çalışmalarda olduğu gibi pelvik taban egzersiz eğitimini faklı olarak detaylı PTSE ile kombine olarak uyguladık. Çalışmaların genelinde olduğu ve literatürde önerilen şekilde; çalışmamızda 12 haftalık tedavi programı uygulandı ve sonucunda tüm şiddet ölçüm parametrelerinde SÜİ ve MÜİ'li hastalardan oluşan süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplarda Üİ şiddeti ve GPTRA skoru azaldı. Süpervizyonsuz grupta Üİ şiddetinin azalması hastalara verilen detaylı bilgilendirme ve sunumların içeriğindeki tedavi yöntemleri, pelvik taban egzersizleri ve bunların uygulamasının nasıl yapıldığının anlatımının etkinliği olarak düşünülebilir. SÜİ hastalarında PTK yoğun egzersiz eğitimiyle PTK'nın ve konnektif dokusunun hipertrofinin sağlanarak pelvisin yapısal desteği artırılarak öksürme, hapsirme gibi abdominal basınç artışında nöral adaptasyonu daha etkili ve otomatik motor ünite ateşlemesini ile fasilitasyonu sağlanması, pelvik tabanın, egzersizlerle birlikte üretral kapanma basıncını arttırarak üretrayı kapatır ve SÜİ hastalarındaki semptomlarda daha hızlı ve koordineli reaksiyon sağlanır (7). Özellikle SÜİ semptomu olan hastalarda Üİ parametrelerinde (ped testi, ÜDE-6, GPTRA) MÜİ semptomu olan hastalara göre daha yüksek oranda iyileşmenin görülmesi, egzersizin fizyolojik anlamdaki bu kanıtıyla birlikte Üİ ve pelvik taban kasları hakkında bilgilendirme sağlanmasının yanı sıra hastalara uygulamalı şekilde süpervizyonlu pelvik taban egzersizlerinin tedavi öncesinde, 6.haftada ve haftalık aramalarda tekrar öğretilmesi, bilinçli bir şekilde uygulamanın sağlanması ve haftalık hasta görüşmeleriyle takipli 12 haftalık egzersiz programının

uygulanması ile motor öğrenme ve kas gücünün artırılması süpervizyonlu gruptaki farkı ortaya çıkarmış olabilir. Süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplar tüm Üİ şiddet parametrelerinde kontrol grubuna göre önemli ölçüde Üİ şiddeti ve GPTRA skorunda iyileşme gösterdi. Bu sonuç genel olarak gönüllülük esasına dayalı olarak tedavi programına katılmamanın doğal bir sonucu olsa da kontrol grubunda Üİ şiddet parametrelerinde artış olması pelvik taban sağlığı ve egzersiz eğitiminin önemini gösterdi. SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların tedavi programında Üİ şiddetlerinin grup içi iyileşme sonuçları benzerdi bu nedenle her iki Üİ tipinde de PTSE ve pelvik taban egzersiz eğitiminin hastaların iyileşmesini sağladı. İyileşmenin benzer olarak görülmesi MÜİ semptomu olan hasta grubunu stres baskın olan hastaların oluşturmasından kaynaklanabilir.

Demain ve arkadaşları, 20 Üİ semptomu olan hastaya bireysel pelvik taban egzersiz programı ve 20 hastaya grup egzersiz programı uygulamıştır. Tedavi sonucunda iki grup arasında fark bulunamazken, grupların tedavi öncesine göre üriner günlük (7 günlük), ped testi, İnkontinans Etki Anketi, VAS ve İnkontinans Şiddet İndeksinde iyileşmeler olduğu belirtilmiştir (84). SÜİ olan hastalara PTKE ve EES ve bunların kombine uygulandığı çalışmada, üriner parametre üriner günlük (3 günlük) ile değerlendirilmiştir. Tüm gruplarda üriner günlük parametrelerinde azalma olduğu saptanmıştır (14). Başka bir çalışmaya 49 Üİ semptomu olan hasta alınmış, 1.grup; Multiple komponentli yoğunlaştırılmış PTKE ve 2. grup; standart PTKE grubu şeklinde oluşturulmuştur. Çalışma sonunda ped testi, ÜDE-6, İnkontinans Etki Anketi, Aşırı Aktif Mesane Farkındalık Sorgulama Formu ve mesane günlüğü (3 günlük) sonuçlarının anlamlı olarak azaldığı ancak 2 grup arasında fark olmadığı bulunmuştur (85).

Hastaların Üİ frekans ve semptomları üriner semptomları içeren bir anket kullanılarak ve üriner günlük ile değerlendirildi. Süpervizyonlu grubun, süpervizyonsuz gruba ve kontrol grubuna göre Üİ frekansında ve semptomunda önemli derecede azalma olduğu PTK'da bilinçli kontraksiyon-gevşeme sağlanarak ve aşamalı olarak artan süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin sonucu olabileceğini düşündürdü. PTK kontraksiyonun öğrenilmesi egzersizlere 12 hafta kontrollü devamlılığın sağlanması otomatik bir fonksiyon haline gelmiş ve bu sayede Üİ'nin önlenebileceğini göstermiş olabilir. Süpervizyonsuz grubun kontrol grubuna göre Üİ frekansında ve semptomlarında azalma göstermesi; hastalara bu konuda farkındalık sağlanarak, Üİ'nin tedavisinde uygulaması kolay fizik tedavi yöntemlerinin olduğunun farkedilmesinin sağlanması, süpervizyonsuz şekilde evde egzersizleri uygulamalarının sadece detaylı bir eğitimle dahi hastaların semptomlarının azaltılabileceğini gösterdi.

Üİ, somatik semptomlara ek olarak rahatsızlık, düşük benlik saygısı, duygu durum bozukluğu ve çaresizlik gibi psikolojik bir etkiye de sahiptir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır. İdrar kaçırma korkusu nedeniyle hastalar yaşam tarzlarını değiştirme zorunluluğu hisseder ve kişisel, sosyal ve mesleki yaşam kalitelerinde düşüş yaşar. Yabancılaşma, sosyal izolasyon, cinsel aktivitedeki değişiklikler ve hatta depresyon ve anksiyete bozukluğu görülebilir. Neuro ve arkadaşları, süpervize PTKE ve kontrol grubunu oluşturan 40-60 yaş arası SÜİ semptomu olan 50 kadın ile 8 haftalık bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonunda PTKE grubunda yaşam kalitesi (KSA), işeme günlüğü ve yüzeysel EMG Pelvik taban motor aktivitesi üzerinde pozitif olarak değişim göstermiştir (86). Üİ' ye özgü semptomlar ve yaşam kalitesinin incelendiği Üİ semptomu olan kadınların dahil edildiği (7 çalışma, 376 kadın) çalışmalarda PTKE grubunun kontrol grubuna göre üriner semptomlarda ve yaşam kalitesinde düzelleme olduğu gösterilmiştir. 121 Üİ semptomu olan kadının dâhil edildiği başka bir çalışmada yaşam kalitesinde PTKE grubunun hiç tedavi almayan gruba göre iyileşme gösterdiği belirtilmiştir. 12 MÜİ semptomu olan kadın ile yapılan çalışmada yine benzer şekilde yaşam kalitesinde artış olmuştur (54). Weber-Rajek ve arkadaşları, 1. grup; PTKE, 2. grup; ekstrakorporeal manyetik innervasyon ve 3. grup kontrol grubunu oluşturan SÜİ semptomu olan hastaları çalışmaya dâhil etmişler. Her iki tedavi grupta da KSA (sosyal limitasyon, duygu durumu ve semptom şiddeti) iyileşme göstermiştir (87). Pereira ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 45 kadın 3 ayrı gruba ayrılmıştır; vajinal koni grubu (VK), PTKE grubu ve kontrol grubu (tedavi verilmemiş). 6 Haftalık tedaviden sonra, VK ve PTKE grubunda kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesi açısından iyileşme gözlenmiştir (88). Wagg ve arkadaşları tarafından, 283 Üİ semptomu olan kadına egzersiz ve mesane sağlığı eğitimi, 274 kadına sadece eğitim verilmiştir. Egzersizler 24 hafta her hafta fizyoterapist eşliğinde egzersiz sınıfında uygulanmış ev egzersizi olarak verilmiş her 4 haftada bir 3 günlük üriner günlükler toplanmıştır. Tedavi sonunda hastalarda egzersiz grubunda diğer gruba oranla yüksek oranda iyileşme ve VAS ile ölçülen yaşam kalitesinde artış olmuştur (89). Radzimińska ve arkadaşlarının yaptıkları derlemede üriner Üİ'de yaşam kalitesini değerlendirmek için en çok kullanılan anketin King Sağlık Anketi olduğu belirtilmiştir (42).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmamızda da benzer olarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde King Sağlık Anketi ve VAS kullanıldığı belirlendi. Çalışmamızın sonucunda hastaların yaşam kalitesinde süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplarda iyileşme sağlanırken kontrol grubunda kötüleşti. Süpervizyonlu grup; tüm hastaların dahil edildiği, SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastaların ayrı bir şekilde değerlendirmelerinin sonucunda

süpervizyonsuz grupta kişisel ilişkiler alt parametresi hariç ve kontrol grubunda tüm alt parametrelerde iki gruba göre daha fazla iyileşme gösterdi. Bunun nedeni süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitim programının düzgün bir şekilde uygulanmasının Üİ şiddetinin ve semptomlarının azaltması ile hastaların sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamasıdır. Süpervizyonsuz grupta, kontrol grubuna göre ve tedavi öncesine göre yaşam kalitesinin artması Şanlıurfa koşullarında kadın hastaların Üİ konusundaki yanlış düşünceleri, utanmaları ve hayatlarının böyle süreceği düşüncesinin verilen eğitimle kırılması ve hastaların rahat bir şekilde dinlenmesinin ve süpervizyonsuz şekilde egzersizleri uygulamalarının, tedavi yöntemlerini öğrenerek uygulama sağlamalarının semptomlarında olan azalma ile yaşam kalitelerini arttırdığı düşünülebilir. Süpervizyonlu grubun haftalık olarak aranması onların kendilerini daha özgüvenli ve değerli hissetmelerini, süpervizyonlu şekilde takipli pelvik taban egzersizlerini uygulamalarının Üİ şiddet, semptom ve frekansta azalma göstermesi ve bu sayede yaşam kalitesindeki artışın diğer gruplara göre fazla olmasını sağlamış olabilir.

Ege ve arkadaşlarının postpartum bir yıllık dönemde Üİ sorunu yaşayan kadınlar üzerinde yürüttükleri çalışmada, kadınların %14,9'unun PTK'yi bildikleri belirlenmiştir. Bu oran yaşlanma ve eğitim seviyesinin azalmasıyla daha da düşmektedir (90). PTK fonksiyonlarının farkındalığının araştırıldığı randomize kontrollü çalışmada, PTD olan 18-69 yaş arası kadınlara verilen PTSE; PİBA internet üzerinden gönderiler ile değerlendirilmiş, verilen 60 dk'lık eğitimin pelvik taban sağlığına yönelik bilgi ve farkındalığı arttırdığını saptamışlardır. Bu sonucun ardından PTD azalma olduğu belirtilmiştir (8). Başka bir çalışmada 410 genç kadının (yaş; 27.0±1.7), 682 adolesan (yaş; 21.5±1.7) kadına kıyasla PTD konusunda daha fazla anlayış ve farkındalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu verilerin pelvik taban bozukluklarının birincil korunma stratejileri üzerinde etkileri olabileceği düşünülmektedir (10). 19-98 yaş arası 431 kadından oluşan toplum temelli bir çalışmada, PİBA kullanılmış, % 71.2 ve % 48.1'inin sırasıyla Üİ ve POP gelişimi hakkında bilgi sahibi olmadıkları bildirilmiştir. PTD ile ilgili yetersiz bilgi ve yanlış algıların, tedavi veya bakım aramanın önündeki en büyük engelleri temsil ettiği düşünülmektedir. PTD yaşayan yardım, tedavi veya bakım arayan kadınlarla bakım/yardım istemeyen kadınlar karşılaştırıldığında, PTD'nin yaşlanmanın normal bir parçası olduğuna inanmaları ve mevcut tedavi seçeneklerinden habersiz oldukları veya invaziv prosedürlere ihtiyaç duymaktan korktukları olarak bildirilmiştir (91). Beirne ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 103 adolesan kadına 6 haftalık pelvik taban sağlığı eğitimi verilmiş ve 65 adolesan kadın ise kontrol grubu olarak belirlenmiş ve normal okul müfredatına devam edilmiştir. Pelvik sağlık müfredatından önce ve sonra pelvik anatomi ve fonksiyon

hakkındaki temel bilgileri değerlendirilmiştir. 168 öğrencinin (yaş; 14.1), temel anatomi bilgisi düşük, sadece % 18'i idrarın vücuttan nereden çıktığını ve % 37'si bir kadının pelvik bölgesinde üç açıklık olduğunu biliyordu. Eğitim grubundaki adölesan kadınların bilgi ve anlayışlarında kontrol grubuna göre artış olduğu, bu nedenle sağlık eğitimi girişimlerinin etkili olduğu gösterilmiştir (92). Kadınların çoğu idrar kaçırma problemini doğum yapmanın veya yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşündükleri için sağlık arayışına girmez veya bir sağlık kuruluşuna başvuramazlar. Bunun nedeni; doktordan utanma, tedavilerin neler olduğunu bilmememe, hangi doktora ya da sağlık profesyoneline başvuracağı konusundaki bilgi eksikliği, tedaviden bir beklentinin olmaması olarak gösterilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); son medikal tabulardan biri olarak Üİ' yi tanımlamış, dünya genelinde PTD farkındalığına yönelik geniş çaplı araştırmaların yapılması, bu sorunların tedavisinin mümkün ve önlenebilir olduğu konusunda farkındalığın geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (93). Kadınlara pelvik tabanın yapısı ve işlevi hakkında farkındalık eğitimlerinin verilmesi yaşam aşamalarını sağlıklı geçirmelerini sağlayabilir. Kadınlar pelvik tabanı etkileyen risk faktörlerini öğrenebilir ve pelvik taban zayıflığı veya yaralanma riskini azaltmak için pelvik taban sağlık sorunlarının önlenmesinde ve tedavisinde aktif rol oynayabilirler (75).

Üİ semptomu olan kadınlarda, PTSE ve egzersiz programının etkinliğini araştırdığımız çalışmamızda, hastaların pelvik taban ve Üİ hakkındaki bilgi seviyeleri; literatüre benzer şekilde PİBA-Üİ, PTSBT ve farklı olarak Pelvik Taban ve PTKE Bilgi ve İnanışları Anketi kullanılarak değerlendirildi. Tedavi öncesinde yapılan araştırmalarda da bildirildiği gibi “Pelvik Taban Kası” ifadesini duyan hasta sayısı sayısı yok dencek kadar azdı. Tedavi sonunda PTK'nın yanı sıra, anatomisi, fonksiyonları, Üİ tedavisi, risk faktörleri vb. gibi PTK ile ilgili bilgi seviyeleri ve farkındalıklarının süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplarda arttığı belirlendi. İnkontinans şiddeti, semptomları ve frekansının azalmasıyla bu konudaki farkındalığın artması bağlantılı olabilir. Hastalar tüm egzersizleri hangi etkiyi sağlayacağını, kasılmanın nerede olacağını o bölgenin anatomisini bilerek bilinçli bir şekilde uygulaması pelvik taban egzersizinin etkinliğini arttırmış olabileceği düşünüldü. Kontrol grubunda PTSBT'de artış belirlendi. Bunun nedeninin hastalara tedavi başında bu anketler doldurulurken sorulan soruların onlarda merak uyandırarak araştırma yapması olarak düşünüldü. Pelvik Taban ve PTKE Bilgi ve İnanışları Anketi'nin sonuçlarında; süpervizyonlu grup birkaç soru dışında süpervizyonsuz grup ile benzer pelvik taban ile ilişkili bilgi artışı gösterdi. Bu benzerliğin iki gruba da aynı eğitimin verilmesinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Hastaların pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyesinde artış dolayısıyla bu konudaki farkındalığın artması özellikle

süpervizyonlu grupta süpervizyonlu yoğun pelvik taban egzersiz eğitiminin uygulanması ile gruplar arasında fark oluşturmuş olabilir.

Leong ve arkadaşları, tedavi ve kontrol grubundan oluşan 55 Üİ semptomu olan kadını çalışmaya dâhil etmiştir. Tedavi grubu, 8 seans 12 haftalık Üİ fizyoterapi programına alınmış, davranış terapisi, PTKKE ve eğitim verilmiş. Kontrol grubuna ise öneriler ve Üİ eğitim broşürü verilmiştir. Tedavi sonunda özellikle 5. Haftada üriner semptomlarda kontrol grubuna göre iyileşme, yaşam kalitesinde artma, VAS ile ölçülen tedavi memnuniyeti önemli oranda artmıştır (94).

Çalışmamızda hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmek için VAS kullanılmıştır. Tedavi uyumu ve global algılanan etki skorlarının tüm hastalar ve SÜİ ve MÜİ semptomu olan hastalara göre yapılan tedavi sonucunda; süpervizyonlu grup süpervizyonsuz gruba göre üstünlük sağladı. Süpervizyonlu gruptaki tedavi uyumunun ve algılanan etki değerinin diğer gruba göre yüksek olması bu grubun haftalık aramalarla tedavi motivasyonunun artırılmasına, 6. haftada egzersizlerin tekrar hasta üzerinde uygulamasının gösterilmesi ve fizyoterapist tarafından süpervizyon sağlanmasına bağlanabilir.

Çalışmanın birinci hipotezi; üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması üriner inkontinans şiddetini azalttığı doğrulandı.

İkinci hipotez; üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması üriner inkontinans semptomlarını ve frekansını azalttığı doğrulandı ve bu semptomların süpervizyonlu gruptaki hastalarda yüksek oranda azalma anlamında fark olduğu belirlendi.

Üçüncü hipotez olan; Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması yaşam kalitesini iyileştirdiği ölçüm parametreleri kullanılarak doğrulandı, ölçümlerin yanı sıra semptomların ve Üİ şiddetinin azalmasını hastalar sözel olarak kendilerini çok daha iyi hissettikleri, ev işlerinde, spor yapmada, meslek hayatlarında daha rahat bir şekilde yaşamlarının sürdürdüklerini belirttiler.

Dördüncü hipotezde; üriner inkontinans şiddetinin azaltılmasında pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize

olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkili olduğu uygulanan ölçüm parametreleriyle kanıtlandı.

Beşinci hipotezde; üriner inkontinans semptomlarının ve frekansının azaltılmasında pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkili olduğu üi frekansının süpervizyonlu grupta daha fazla azalması ve özellikle kaçırma miktarı, kaçırma tipi ve idrarı durdurma gibi Üİ'yi önemli ölçüde etkileyen semptomlarda fark olması ile doğrulandı. Egzersizin hastalarda farkındalığı ve motor öğrenmeyi arttırarak diğer gruplara göre daha fazla iyileşme sağladığı kanısına varıldı.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde pelvik taban sağlığı eğitimi ve süpervizyonlu pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanması süpervize olmayan egzersizleri içeren pelvik taban sağlığı eğitimine göre daha etkili olduğu kanıtlandı. Hastalarda PTSE ile birlikte yoğun pelvik taban egzersiz eğitiminin; Üİ şiddeti, frekansı ve semptomlarının azalması dolayısıyla ev, iş, spor ve her türlü günlük yaşam aktivitelerinde daha rahat ve korkusu olmadan yaşamları sürdürdükleri belirlendi.

Çalışmanın Limitasyonları

Çalışmamızda hastalara ardışık olmayan 3 ayrı günde doldurmaları için üriner günlük verildi. Tedavi süresince veya sonunda getirilmesi istenen günlükler hastaların birçoğu tarafından doldurulmadı veya ulaştırılmadı. Çalışmanın yapıldığı hastaneye genel olarak Şanlıurfa'nın ilçe ve köylerinden hastalar geldiği için üriner günlükleri ulaştırmaları oldukça zordu. Üriner günlüklerin tüm hastalardan toplanamaması sınırlı sayıda hasta üzerinden analizlerin yapılmasına neden oldu.

24 saatlik ped testi kullanımı diğer ped testlerine göre ne kadar çok etkin olsa da uygulamada pedlerin ulaştırılması çevre ilçelerden gelen hastalar için oldukça zor oldu, yaz mevsiminde Şanlıurfa sıcakları düşünüldüğünde 24 saatlik pedlerin toplanmasında bir buharlaşma olabileceği düşünüldü. Çalışmamızda 1 saatlik ped testi kullanılabilirdi.

Çalışmada hastalara egzersiz çizelgesi verilmedi, haftalık aramalarla takipleri yapıldı, İleriki çalışmalarda egzersiz programı çizelgelerle takip edilebilir ve yaptıkları egzersiz sayıları kontrollü şekilde rapor edilebilir. İleriki çalışmalarda ölçüm parametreleri açısından minimal klinik önem farkı çalışması yapılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Sonuç olarak Üİ semptomu olan kadınlara PTSE ve süpervize pelvik taban egzersiz eğitiminin birlikte uygulanmasının pelvik taban farkındalığını arttırarak hastaların Üİ ile ilişkili semptomlarını azaltıp yaşam kalitelerini iyileştirebileceği sonucuna varıldı.
2. Pelvik taban egzersiz programı çalışırken, uzanırken ve her pozisyonda uygulanması programın avantajı olarak sayılabilir. Genel olarak hastalarda egzersiz için özel vakit bulma durumu da bu şekilde elimine edilmiş oldu.
3. Detaylı oluşturulan ve pelvik taban egzersizlerini de içeren eğitim programı ile hastalarda iyileşmenin olması üroloji polikliniklerinde doktor tanısından sonra hastanın fizyoterapiste yönlendirilerek bilgilendirmenin yapılması ile iyileşme sağlanabilir.
4. Her üroloji polikliniğinde fizyoterapistlerin olması ve ürologlarla multidisipliner çalışılarak hastalarda iyileşme ve tedavinin etkinliği arttırılabilir. Doktorlarında bu konuda desteğe ihtiyacı olduğu çalışma sırasında hastaların iyileşmesinin ardından daha fazla hasta yönlendirilmesi ve ürologların da bu konuda çalışan fizyoterapistlerin olduğunu bilmeleri sağlandı.
5. Çalışmamızda hastalara egzersizler tedavi öncesinde ve 6. haftada olmak üzere iki defa yüz yüze görüşülerek öğretildi, haftalık aramalarla da pelvik taban egzersiz uygulaması anlatıldı, egzersiz tekrarları konusunda geri bildirim alınarak tedavi kontrolü sağlandı. Sonuçta tüm parametrelerde hastalar iyileşme sağladı. Bundan yola çıkılarak özellikle merkezde yaşamayan; köyden gelen ya da yoğun çalışan hastalarda pelvik taban egzersiz programı önerilebilir.
6. Hasta eğitiminin görsel öğelerden faydalanılarak detaylı bir şekilde yapılması tedavi sonucunda bilgi anketlerinde süpervizyonlu ve süpervizyonsuz gruplarda hastaların pelvik taban farkındalığı ve pelvik taban ve Üİ ile ilişkili bilgi seviyelerinin artması sağlandı. Tüm değerlendirme ölçüm sonuçlarındaki iyileşmelerin hastaların tedavinin başında ve 6. haftasında tekrarlanan eğitim ile ilişkili olabileceği pelvik taban egzersizlerinin tam olarak bilinçli bir şekilde yapılmasını sağlamış olabilir.
7. Süpervizyonlu grubun süpervizyonsuz gruba göre daha fazla iyileşme göstermesi haftalık set ve sayıları belirlenen ve aşamalı olarak artan egzersizlerin bilinçli bir şekilde fizyoterapist kontrolünde uygulanmasının sonucu olduğu kanısına varıldı. Her ne kadar süpervizyonsuz grupta da iyileşmeler görülse de semptomların

minimumuna indirilmesi fizyoterapist süpervizyonuyla yapılan egzersizlerle mümkün olduğu belirlendi.

8. Süpervizyonlu pelvik taban egzersiz programı, hastalarda farkındalığı ve motor öğrenmeyi arttırarak olumlu fizyolojik etkileri sayesinde diğer gruplara göre daha fazla iyileşme sağladı.
9. Pelvik taban egzersiz eğitiminin kas kuvvetini koruyarak tedavi etkinliğinin sağlanması için bu egzersizlerin uzun süre uygulanması gerektiği literatürde belirtilmiştir. Hastalarımızdan aldığımız feedback sonucunda egzersizlerin belli bir süreden sonra alışkanlık haline geldiği ve hayatlarının bir parçası olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle tedavi etkinliğinin korunması sağlanmış olduğu kanısına varıldı. Bunu kanıtlayacak şekilde 6 aylık hasta takibi yapılmaya devam ediliyor.
10. Literatürde hastaların pelvik taban ile ilişkili bilgi seviyeleri ve Üİ konusundaki farkındalıkları konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır; çalışmamızda bilgi seviyesini 3 farklı anket ile değerlendirilerek ve gelecek çalışmalara bu konuda aydınlatıcı bilgi kaynağı olarak sunulabilir.
11. Çalışmamıza farklı iki Üİ semptomu olan hastalar dâhil edildi genel olarak birkaç parametre dışında tedavi etkileri benzerdi. Bunun nedeni SÜİ ve stres baskın MÜİ hastalarının alınması olarak düşünüldü.
12. Sonuç olarak SÜİ ve stres baskın MÜİ semptomu olan hastalarda süpervizyonlu PTSE ile kombine pelvik taban egzersiz eğitim programının etkinliği gösterildi.
13. Süpervizyonsuz ve süpervizyonlu gruplardaki hastalara eğitim içeriğinden oluşan broşürlerin verilmesi çalışmanın bir çıktısı olarak sunuldu.
14. Çalışmamızın Üİ tedavisi ve farkındalığını sağlama konusunda literatüre kanıt oluşturması ve bu alanda çalışan fizyoterapistler için de yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B.,...& Lee, J., International Continence, Society. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 29(1), 4-20.
2. Lawson, S., & Sacks, A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *J Midwifery Womens Health*, 63(4), 410-417.
3. Orhan, C.(2017). Stres Üriner İnkontinansi Olan Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitime Ek Olarak Uygulanan Vajinal Tampon Eğitiminin Etkileri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
4. Mazur-Bialy, A. I., Kolomanska-Bogucka, D., Nowakowski, C., & Tim, S. (2020). Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. *J Clin Med*, 9(4).
5. Ateş, A. (2016). Üriner inkontinans tipine göre pelvik taban kas kuvveti, inkontinans semptomları ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması: Retrospektif çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
6. Alouini, S., Memic, S., & Couillandre, A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(5), 2789.
7. Kaya, S. (2013). Üriner İnkontinans Semptomu Olan Kadınlarda Mesane Eğitimi İle Birlikte Pelvik Taban Kas Eğitiminin Etkinliğinin Araştırılması. Doktora Tezi , Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
8. Berzuk, K., & Shay, B. (2015). Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 26(6), 837-844.
9. Sran, M., Mercier, J., Wilson, P., Liebllich, P., & Dumoulin, C. (2016). Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: a randomized controlled trial. *Menopause*, 23(3), 286-293.
10. Shah, A. D., Massagli, M. P., Kohli, N., Rajan, S. S., Braaten, K. P., & Hoyte, L. (2008). A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 19(9), 1283-1289.
11. Delaney, M. A., Kowalewska, J., & Treuting, P. M. (2018). Urinary system. In *Comparative Anatomy and Histology* ,Academic Press.,275-301.

12. Shirzadfar, Hamidreza, & Gordoghli, Narsis. (2019). Study the Anatomy and Physiology of Body's Urinary System and Fibromyalgia Syndrome (FMS) for the Design an Intelligent Alarm System for Monitoring of FMS. *Journal of Clinical and Translational Urology*, 1(1), 72-81.
13. Akbayrak, T. & Kaya, S. (2016). Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara: Kalkan Matbaacılık, 5-85.
14. Şahin, Ü.K. (2020). Stres İnkontinansı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitimine Ek Olarak Uygulanan Eksternal Elektrik Stimülasyonunun Etkileri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
15. Ellis, H. (2012). The anatomy of the kidney and ureter. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 13(7), 323-324.
16. Andersson, K.E., & Arner, A. (2004). Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology. *Physiological reviews*, 84(3), 935-986.
17. C. de Groat, M. F., M. Yoshiyama, S. Smerin, C. Tai, MB Chancellor...& N. Yoshimura (2001). Neural control of the urethra. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 35(207), 35-43
18. Roy, C., Ohana, M., Labani, A., Tricard, T., Saussine, C., & Leyendecker, P. (2021). Evaluation of the female bladder neck and urethra using MRI with fiber tractography: Prospective study on a large cohort of continent women. *Neurourology and Urodynamics*, 40(6), 1441-1449.
19. De Groat, William C. (2018). Neurophysiology and Neuroanatomy of the Genitourinary Organs. In: *Neuromodulation*. Academic Press, 1437-1449.
20. Abrams, P., Andersson, K.E., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., . . .& Brubaker, L., (2018). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271-2272.
21. Beckel, J. M., & Holstege, G. (2011). Neurophysiology of the lower urinary tract. *Urinary Tract*, 149-169.
22. Hoffman, B. L., Schorge, J. O., Bradshaw, K. D., Halvorson, L. M., Schaffer, J. I., & Corton, M. M. (2016). Williams gynecology (Third ed.), America,cGraw-Hill Education.
23. Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J.-J., & De Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 265, 143-149.

24. Mistry, M. A., Klarskov, N., DeLancey, J. O., & Lose, G. (2020). A structured review on the female urethral anatomy and innervation with an emphasis on the role of the urethral longitudinal smooth muscle. *International Urogynecology Journal*, 31(1), 63-71.
25. Ikeda, Y. (2021). Neurophysiological control of urinary bladder storage and voiding—functional changes through development and pathology. *Pediatric Nephrology*, 36(5), 1041-1052.
26. Delancey, J. O., & Ashton-Miller, J. A. (2004). Pathophysiology of adult urinary incontinence. *Gastroenterology*, 126, S23-S32.
27. Mahadevan, V. (2018). Anatomy of the pelvis. *Surgery (Oxford)*, 36(7), 333-338.
28. Gibbons, J. (2017). Functional anatomy of the pelvis and the sacroiliac joint: A practical guide. California: *North Atlantic Books*.19-20.
29. Harm-Ernandes, I., Boyle, V., Hartmann, D., Fitzgerald, C. M., Lowder, J. L., Kotarinos, R., & Whitcomb, E. (2021). Assessment of the Pelvic Floor and Associated Musculoskeletal System: Guide for Medical Practitioners. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 27(12), 711-718.
30. Prather, H., Dugan, S., Fitzgerald, C., & Hunt, D. (2009). Review of anatomy, evaluation, and treatment of musculoskeletal pelvic floor pain in women. *PM R*, 1(4), 346-358. doi:10.1016/j.pmrj.2009.01.003
31. Özençin, N. (2012). Pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda stabilizasyon egzersizleri ile elektromyografik biofeedback eğitiminin karşılaştırılması. Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
32. Corton, M. M. (2009). Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 36(3), 401-419. doi:10.1016/j.ogc.2009.09.002.
33. Al-Değes, W. (2019). Pelvik taban sağlığı bilgi testi geliştirme, geçerlik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
34. Çeliker Tosun, Ö. (2012). Üriner inkontinansın tedavisinde pelvik taban egzersizlerinin pelvik taban kas kuvveti üzerine etkilerinin non-invazif yöntemle saptanması. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
35. Jacomo, R. H., Nascimento, T. R., da Siva, M. L., Salata, M. C., Alves, A. T., .. & da Cruz, P. R. C. (2020). Exercise regimens other than pelvic floor muscle training cannot increase pelvic muscle strength—a systematic review. *Journal of bodywork and movement therapies*, 24(4), 568-574.

36. Urbankova, I., Grohregin, K., Hanacek, J., Krcmar, M., Feyereisl, J., ..& Deprest, J.(2019). The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. *Int Urogynecol J*, 30(10), 1689-1696. doi:10.1007/s00192-019-04044-2.
37. Akbayrak,T.&Kaya,S.(2015).KGNF Kılavuzu Stres Üriner İnkontinası Olan Hastalarda Fizyoterapi. Ankara: Pelikan Kitabevi.
38. Fitz, F. F., Gimenez, M. M., de Azevedo Ferreira, L., Matias, M. M. P., Bortolini, M. A. T., & Castro, R. A. (2020). Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: a randomised control trial comparing home and outpatient training. *International Urogynecology Journal*, 31(5), 989-998.
39. Ptak, M., Ciećwież, S., Brodowska, A., Starczewski, A., Nawrocka-Rutkowska, J., Diaz-Mohedo, E., & Rotter, I. (2019). The effect of pelvic floor muscles exercise on quality of life in women with stress urinary incontinence and its relationship with vaginal deliveries: a randomized trial. *BioMed research international*,2-6.
40. Kaya,S., Akbayrak, T., Orhan, C., & Beksaç, S. (2015). Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(3), 93-100.
41. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*, 3, 17042. doi:10.1038/nrdp.2017.42
42. Radzimińska, A., Strączyńska, A., Weber-Rajek, M., Styczyńska, H., Strojek, K., & Piekorz, Z. (2018). The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clinical interventions in aging*, 13, 957.
43. Ganesh, A. (2020). Primary care approach to urinary incontinence in the elderly. *Current Medical Issues*, 18(3), 240.
44. Çamtosun, A.(2008) Üriner inkontinansı olan kadın hastalarda gaz-gaita inkontinansının incelenmesi. Tıpta Uzmanlık, Gazi Üniversitesi, Ankara.
45. Bedretdinova, D., Ambühl, D., Omar, M. I., Sakalis, V., Thiruchelvam, N,...& Schneider, M. (2021). What is the most effective treatment for nocturia or nocturnal incontinence in adult women? *European urology focus*, 7(2), 453-463.
46. Abdelmonem, I. I., Khan, M. K., Rozan, M. A., Merdad, M. J., & Baesia, M. K. (2022). Giggle incontinence: A rare condition with a successful management. *Urology Case Reports*, 42, 1-2.

47. Özcan, K. (2021). Stres Üriner İnkontinans Tanılı Kadın Bireylerde Kegel Egzersizlerinin Pelvik Taban Kas Kuvveti ve İnkontinans Şiddetiüzerine Etkisinin Biofeedback ile İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
48. Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). Incontinence. 5rd International Consultation on Incontinence. *International Consultation of Urologic Diseases, International Continence Society, International Society of Urology*.
49. Nambiar, A. K., Arlandis, S., Bø, K., Cobussen-Boekhorst, H., Costantini, E...& de Heide, M. (2022). European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. *European Urology*. 82(1),49-55.
50. O'Sullivan, R., Karantanis, E., Stevermuer, T., Allen, W., & Moore, K. (2004). Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(8), 859-862.
51. Cho, S. T., & Kim, K. H. (2021). Pelvic floor muscle exercise and training for coping with urinary incontinence. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 17(6), 379.
52. Chmielewska, D., Stania, M., Kucab-Klich, K., Błaszczak, E., Kwaśna, K.,...& Smykla, A.(2019). Electromyographic characteristics of pelvic floor muscles in women with stress urinary incontinence following sEMG-assisted biofeedback training and Pilates exercises. *PloS one*, 14(12),1-3.
53. Gümüşsoy, S., & Kavlak, O. (2016). Kadınlarda üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde konservatif yöntemler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(6), 6-14.
54. Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, doi:10.1002/14651858.
55. Kopańska, M., Torices, S., Czech, J., Koziara, W., Toborek, M., & Dobrek, Ł. (2020). Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. *Therapeutic advances in urology*, 12, 1-12, DOI: 10.1177/ 1756287220934359.
56. Yeşilyurt, S. Y., Özençin, N., & Bakar, Y. (2019). Pelvik taban kas eğitimi ve sanal gerçeklik. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*.4(3), DOI: 10.5336/healthsci.2018-64206.
57. Sussman, R. D., Syan, R., & Brucker, B. M. (2020). Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. *BJU international*, 125(5), 638-655.

58. Dökmeçi, F. (2017). Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 70(3), 187-193.
59. Rac, G., Younger, A., Clemens, J. Q., Kobashi, K., Khan, A.,...& Nitti, V.(2017). Stress urinary incontinence surgery trends in academic female pelvic medicine and reconstructive surgery urology practice in the setting of the food and drug administration public health notifications. *Neurourology and Urodynamics*, 36(4), 1155-1160.
60. Berberoğlu, Y., Rodoplu, H., Tok, A., Özkovancı, Ü., Altunrende, F., & Müslümanoğlu, A. Y.(2003) Laparoskopik Retroperitoneal Burch Kolposuspansiyonu Operasyonunda İlk Deneyimiz, 5.Ulusal Endoüroloji Kongresi Kitabı, 3-5.
61. Hazar, H. U., & Şirin, A. (2008). İnkontinans Şiddet İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3), 5.
62. Cam, C., Sakalli, M., Ay, P., Cam, M., & Karateke, A. (2007). Validation of the short forms of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 26(1), 129-133.
63. Trutnovsky, G., Ulrich, D., Rojas, R. G., Mann, K., Aigmueller, T., & Dietz, H. P. (2014). The “bother” of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 25(7), 947-951.
64. Doğan, H., Özenin, N., Bakar, Y., & Duran, B. (2016). Reliability and validity of a Turkish version of the Global Pelvic Floor Bother Questionnaire. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1577-1581.
65. Doğan, H., Özenin, N., & Bakar, Y. Pelvik Organ Prolapsus Sınıflandırma Sistemi İle Pelvik Taban Semptomları Arasındaki İlişki. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3(1), 52-65.
66. Brown, J. S., McNaughton, K. S., Wyman, J. F., Burgio, K. L., Harkaway, R...& Bergner, D.(2003). Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology*, 61(4), 802-809.
67. Kaya, S., Akbayrak, T., Toprak Çelenay, Ş., Dolgun, A., Ekici, G., & Beksaç, S. (2015). Reliability and validity of the Turkish King’s Health Questionnaire in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1853-1859.
68. Gökkaya,C.S., Aktaş,B.K., Bulut,S., Erkmen,A.E., Akdemir,A.Ö. , & Memiş, A. (2011). Üroloji Polikliniğinde King Sağlık Anketi Uygulaması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 96-105.

69. Karaaslan, Y. (2019). Aşiri Aktif Mesaneli Kadınlarda Konnektif Doku Masajı İle Birlikte Verilen Pelvik Taban Kas Eğitiminin Tek Başına Pelvik Taban Kas Eğitimi İle Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
70. Toprak Celenay, S., Coban, O., Sahbaz Pirincci, C., Korkut, Z., Birben, T.,...& Alkan, A.(2019). Turkish translation of the Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire: validity and reliability. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2183-2190.
71. Bahar, B. Gebelerde Pelvik Taban Ve Pelvik Taban Kas Eğitimi Farkındalığı, Bilgi Ve İnanışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
72. Ersin, A., Badilli Demirbaş, Ş., & Tarhan, F. (2020). Short term effects of home-based bladder training and pelvic floor muscle training in symptoms of urinary incontinence. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 92(2), 142-145.
73. Akbayrak, T. (1997). Üriner Stres İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonun Etkinliği, Doktor Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
74. Metoyer, A., & Nagin, V. (2022). Exercise Parameters for Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women's Health Physical Therapy: A Systematic Review. Ph.D. Thesis. Franciscan Missionaries of Our Lady University
75. Khorasani, F., Ghaderi, F., Bastani, P., Sarbakhsh, P., & Berghmans, B. (2020). The Effects of home-based stabilization exercises focusing on the pelvic floor on postnatal stress urinary incontinence and low back pain: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2301-2307.
76. Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C., & Beksac, S. (2015). Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, 26(2), 285-293.
77. Tosun, O. C., Solmaz, U., Ekin, A., Tosun, G., Gezer, C....& Ergenoglu, A. M.(2016). Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. *Journal of physical therapy science*, 28(2), 360-365.
78. García-Sánchez, E., Rubio-Arias, J. A., Ávila-Gandía, V., Ramos-Campo, D. J., & López-Román, J. (2016). Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: A current review. *Actas Urológicas Españolas*, 40(5), 271-278. doi:10.1016/j.acuroe.2016.03.011.
79. Nie, X.-F., Ouyang, Y.-Q., Wang, L., & Redding, S. R. (2017). A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. *International journal of gynaecology and*

obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 138(3), 250-255.

80. Castro, R. A., Arruda, R. M., Zanetti, M. R., Santos, P. D., Sartori, M. G., & Girão, M. J. (2008). Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics*, 63, 465-472.
81. Vaz, C. T., Sampaio, R. F., Saltiel, F., & Figueiredo, E. M. (2019). Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. *Brazilian journal of physical therapy*, 23(2), 116-124.
82. Özengin, N., Çankaya, H., Bakar, Y., Topçuoğlu, M., & Ankaralı, H. (2017). Stres Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitime Ek Olarak Uygulanan Elektromiyografik Biofeedback Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(3), 193-199.
83. Özer, H. S. (2019). Stres tip idrar kaçırıcı kadınlarda pelvik taban ve abdominal kas eğitiminin idrar kaçırma şiddetine göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
84. Demain, S., Smith, J. F., Hiller, L., & Dziedzic, K. (2001). Comparison of group and individual physiotherapy for female urinary incontinence in primary care: pilot study. *Physiotherapy*, 87(5), 235-242.
85. Keser, İ. (2021). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Multiple Komponentli Yoğunlaştırılmış Pelvik Taban Kas Eğitiminin Erken Dönem Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
86. Carneiro, E., Araujo, N. d. S., Beuttenmüll, L., Vieira, P., Cader, S., Rett, M., . . . Dantas, E. (2010). The anatomical-functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 34(9), 788-793.
87. Weber-Rajek, M., Strączyńska, A., Strojek, K., Piekorz, Z., Pilarska, B. . . & Podhorecka, M. (2020). Assessment of the effectiveness of pelvic floor muscle training (PFMT) and extracorporeal magnetic innervation (EXMI) in treatment of stress urinary incontinence in women: a randomized controlled trial. *BioMed research international*, doi.10.1155/2020/1019872.
88. Pereira, V., De Melo, M., Correia, G., & Driusso, P. (2012). Vaginal cone for postmenopausal women with stress urinary incontinence: randomized, controlled trial. *Climacteric*, 15(1), 45-51.
89. Wagg, A., Chowdhury, Z., Galarneau, J.-M., Haque, R., Kabir, F., . . . & MacDonald, D., (2019). Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh: a cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*, 7(7), 923-931.

90. Ege, E., Akin, B., Koçoğlu, D., & Ariöz, A. (2007). Postpartum Bir Yıllık Dönemde Üriner İnkontinans Sorunu Yaşayan Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 9(2). 46-62.
91. Mandimika, C. L., Murk, W., McPencow, A. M., Lake, A., Wedderburn, T...& Collier, C. H. (2014). Knowledge of pelvic floor disorders in a population of community-dwelling women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(2), 161-165.
92. Hebert-Beirne, J. M., O'Connor, R., Ihm, J. D., Parlier, M. K., Lavender, M. D., & Brubaker, L. (2017). A pelvic health curriculum in school settings: the effect on adolescent females' knowledge. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(2), 188-192.
93. Şimşek, Ş., & Yağcı, N. Kadın Sağlık Çalışanlarında Üriner İnkontinans ve İnkontinans Bilgi Düzeyinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 77-84.
94. Leong, B., & Mok, N. W. (2015). Effectiveness of a new standardised Urinary Continence Physiotherapy Programme for community-dwelling older women in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 21(1), 30-37.

8.EKLER

EK 1.Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.08.2022-20686



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-97105791-302.14.01-20686
Konu : Tez konu başlığı hk.(Sevgi Gamze İRİ)

23.08.2022

Sayın Sevgi Gamze İRİ

Enstitü Yönetim Kurulumun 24.08.2020 tarih ve 2020/23 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | TEZ KONU BAŞLIĞI |
|-----------------------------------|---|
| 216109572 Sevgi Gamza İRİ | Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi ve Egzersiz Programının Etkinliğinin Araştırılması |

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS9HJ2U3U

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-obys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hırcaslan Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81
Kop Adresi:hasankalyoncu.unv@hs01.kop.tr

Bilgi için: Sedat SÖNMEZ
Unvanı: Memur
Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2. Etik Kurul Kararı



EK.3. Kurum İzin Yazısı

23.05.2021

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı 216109572 numaralı öğrencisi Sevgi Gamze İRİ'nin Üriner İnkontinansı olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi ve Egzersiz Programının Etkinliğinin Araştırılması konulu tezi kapsamında yaptığı izin başvurusu (EK 1) incelenmiş olup tedaviye alması gereken hastaları Şanlıurfa Harran Üniversitesi Hastanesi Üroloji Bölümü'nde alması uygun bulunmuştur.

EK 4. Veri Toplama Formları

Yapılandırılmış Anket:

Ad-Soyadı:

Boy/KVücut Ağırlığı:

Doğum tarihi/Yaş:

Doktor:

Fizyoterapist:

Tel:

Adres:

Şikayet:

Hikaye:

Medeni durumunuz: Bekar Evli

Kullandığı İlaçlar:

Sigara kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Nadiren

Alkol kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Nadiren

Öğrenim Durumu:

Okur-yazar değil/Sadece okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise

Üniversite

Mesleki Durum:

Ev Hanımı Emekli Öğrenci Çalışan*

*Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz:.....

Sigara kullanıyor musunuz? Evet. Günde..... adet Hayır

Alkol kullanıyor musunuz? Evet (Miktar:..... Cins:.....) Hayır

Çay içer misiniz? Evet. Günde..... çay bardağı Hayır

Kahve içer misiniz? Evet. Günde..... fincan Hayır

Son 1 yılda 2 veya daha fazla idrar yolları enfeksiyonu (iltihabı)

geçirdiniz mi? Evet Hayır

Ne kadar sıklıkla büyük tuvaletinizi yaparsınız?/hafta

İnkontinans süresi:

Menapoza girdiniz mi? Evet Hayır Spontan Cerrahi (Vajinal/abdominal)

Menapoza girdiği yıl:

Hormon Replasman Tedavisi: Evet Hayır

Menstrual Durum: Normal/Düzenli Adet Düzensiz adet

Obstetrik Hikaye:

Doğum yaptınız mı? Evet* Hayır

| | Tarih | ND/Sezaryen | Doğum Ağırlığı | Yırtık/Epiz. | Fors/Vakum | Cinsiyet | Ev/hastane |
|---|-------|-------------|----------------|--------------|------------|----------|------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |

Doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? Evet* Hayır

*Evet ise hangi yöntemle korunuyorsunuz? Doğum kontrol hapı Spiral Kondom (prezervatif) Diğer...Düşük yaptınız mı?

Evet (Sayısı:.....) Hayır

Kadın hastalıklarından ameliyat oldunuz mu?

Evet(..... ameliyatlarımı oldum),Hayır

Başka olduğunuz ameliyat varsa isimleri:.....

Nörolojik bir hastalığınız(Parkinson, inme vs.) var mı?

Evet Hayır

Aşağıdaki hastalıklardan sizde mevcut olanları işaretleyiniz.

Şeker hastalığı,Böbrek yetmezliği,Kolesterol yüksekliği

Yüksek tansiyon, Kalp Yetmezliği, Diğer kalp hastalıkları,

Kronik bronşit ya da öksürük, Varsa diğer hastalıklar:.....

Kabızlık probleminiz var mı? Evet Hayır

Çocukluğunuzda gece idrara kaçırdığınız oldu mu? Evet Hayır

Çocukluğunuzda gündüz idrara kaçırdığınız oldu mu? Evet Hayır

Üriner Semptomlar:

| | TÖ | TS |
|-----------------------------|----|----|
| İdrarı bekletememe hissi | | |
| Kaçırma Koşulları | | |
| Öksürme | | |
| Hapşırma | | |
| Ağırılık Kaldırma | | |
| Gülme | | |
| Yürüme | | |
| Diğer | | |
| Urge Üİ | | |
| Nocturia | | |
| Enuresis | | |
| Disüri | | |
| İnkontinans Sıklığı: | | |
| a)hemen her gün | | |
| b)haftada bir defadan fazla | | |
| c)yaklaşık haftada bir | | |
| d)haftada bir defadan az | | |
| Kaçırma miktarı: | | |
| a)sadece birkaç damla | | |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| b) iç çamaşırını nemlendirecek kadar | | |
| c) kıyafetini ıslatacak kadar | | |
| d) yeri ıslatacak kadar | | |

| | TÖ | TS |
|---|-----------|-----------|
| Kaçırma tipi: | | |
| a) damlama şeklinde | | |
| b) fışkırma şeklinde | | |
| c) tamamen boşalma | | |
| d) diğer | | |
| Kaçırma zamanı | | |
| a) sürekli | | |
| b) aralıklı | | |
| c) zorlanınca | | |
| d) diğer | | |
| Farkında olmaksızın idrar kaçırmaya: | | |
| İdrarı durdurabilme: | | |
| a) durduruyor | | |
| b) yavaşlatıyor | | |
| c) değişiklik olmuyor | | |

Kadın Üriner İnkontinans Diağnoz Anketi

| | Hiçbir zaman | Nadiren | Ara sıra | Sık sık | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|--------------|---------|----------|---------|------------|-----------|
| Öksürdüğünüzde ya da hapşırdığınızda idrar kaçııyor, (küçük damlalar olsa bile), kendinizi, pedinizi veya iç çamaşırınızı ıslatıyor musunuz? | | | | | | |
| Eğildiğinizde ya da bir şey kaldırdığınızda idrar kaçııyor, (küçük damlalar olsa bile), kendinizi, pedinizi veya iç çamaşırınızı ıslatıyor musunuz? | | | | | | |
| Hızlı yürüdüğünüzde, hafif tempoda koşarken ya da egzersiz yaparken idrar kaçııyor, (küçük damlalar olsa bile), kendinizi, pedinizi veya iç çamaşırınızı ıslatıyor musunuz? | | | | | | |
| Tuvaleti kullanmak üzere çamaşırınızı çıkarırken idrar kaçııyor, (küçük damlalar olsa bile), kendinizi, pedinizi veya iç çamaşırınızı ıslatıyor musunuz? | | | | | | |
| Tuvalete yetişmeden altınızı ıslatacak ya da idrar kaçırarak kadar (birkaç damla da olsa) şiddetli ve rahatsız edici bir idrara çıkma ihtiyacınız oluyor mu? | | | | | | |
| Ani ve güçlü idrar yapma isteği ile tuvalete koşturmak zorunda kalıyor musunuz? | | | | | | |

İşeme Günlüğü

Günlük nasıl kullanılır?

Bu günlüğün amacı, idrar problemlerinizi hakkında bize mümkün olduğunca çok bilgi vermektir. Bu nedenle aşağıdaki açıklamaları dikkatli bir şekilde okumanız ve onları eksiksiz olarak takip etmeniz çok önemlidir. Sadece doğru doldurulan günlükler yararlı sonuçlara ulaşmamıza izin verecektir.

1. Her sayfanın altına adınızı ve tarihi yazın.
2. Birinci gün, sabah kalktığınız saatte başlar ve takip eden geceyi içerir. İkinci gün, sabah kalktığınız saatte başlar.
3. Bir şeyler içtiğiniz, mesanenizi boşalttığınız ya da idrar kaçırdığınız zamanı, lütfen saat ve dakika cinsinden yazınız. (örneğin 08:15)
4. İçtiğiniz sıvının miktarını mililitre (ml) cinsinden yazınız. Biz aşağıdaki yaklaşık değerleri kullanırız:
1 çay bardağı = 150 ml
1 bardak = 200 ml
1 kupa ya da büyük bardak = 250 ml
Bu değerlerin evinizde kullandığınız fincan, bardak vs. için doğru olup olmadığını kontrol edin.
5. Her işemde boşalttığınız idrar miktarını mililitre cinsinden yazın. İdrar miktarını ölçü kabı yardımıyla ölçün.
6. Mesanenizi boşaltmak için hiç ani sıkışma hissettiniz mi? Lütfen evet ya da hayır şeklinde cevap verin.
7. İstemsiz idrar kaçırdığınız zamanı yazın. (örneğin, 10:00)
8. Ne kadar idrar kaçırdığınızı göstermek için lütfen aşağıdaki harfleri yazın:
d = Birkaç damla
t = Sızıntı
m = daha fazlası
9. İdrar kaçırdığınız zaman yapılan işi yazınız örneğin öksürürken, bir şey taşırken, vs.

| Saat | Sıvı içme zamanı | Sıvı miktarı | İşeme zamanı | İşeme miktarı | Aniden sıkışma hissettiniz mi? | İdrar kaçırma zamanı | İdrar kaçırma miktarı | İdrar kaçırıldığı zaman yapılan iş |
|-------------|------------------|--------------|--------------|---------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 06.00-06.30 | | | | | | | | |
| 06.30-07.00 | | | | | | | | |
| 07.00-07.30 | | | | | | | | |
| 07.30-08.00 | | | | | | | | |
| 08.00-08.30 | | | | | | | | |
| 08.30-09.00 | | | | | | | | |
| 09.00-09.30 | | | | | | | | |
| 09.30-10.00 | | | | | | | | |
| 10.00-10.30 | | | | | | | | |
| 10.30-11.00 | | | | | | | | |
| 11.00-11.30 | | | | | | | | |
| 11.30-12.00 | | | | | | | | |
| 12.00-12.30 | | | | | | | | |
| 12.30-13.00 | | | | | | | | |
| 13.00-13.30 | | | | | | | | |
| 13.30-14.00 | | | | | | | | |
| 14.00-14.30 | | | | | | | | |
| 14.30-15.00 | | | | | | | | |
| 15.00-15.30 | | | | | | | | |
| 15.30-16.00 | | | | | | | | |
| 16.00-16.30 | | | | | | | | |
| 16.30-17.00 | | | | | | | | |
| 17.00-17.30 | | | | | | | | |
| 17.30-18.00 | | | | | | | | |
| 18.00-18.30 | | | | | | | | |
| 18.30-19.00 | | | | | | | | |
| 19.00-19.30 | | | | | | | | |
| 19.30-20.00 | | | | | | | | |
| 20.00-20.30 | | | | | | | | |
| 20.30-21.00 | | | | | | | | |
| 21.00-21.30 | | | | | | | | |
| 21.30-22.00 | | | | | | | | |
| 22.00-22.30 | | | | | | | | |
| 22.30-23.00 | | | | | | | | |
| 23.00-23.30 | | | | | | | | |
| 23.30-00.00 | | | | | | | | |
| 00.00-00.30 | | | | | | | | |
| 00.30-01.00 | | | | | | | | |
| 01.00-01.30 | | | | | | | | |
| 01.30-02.00 | | | | | | | | |
| 02.00-02.30 | | | | | | | | |
| 02.30-03.00 | | | | | | | | |
| 03.00-03.30 | | | | | | | | |
| 03.30-04.00 | | | | | | | | |
| 04.00-04.30 | | | | | | | | |
| 04.30-05.00 | | | | | | | | |
| 05.00-05.30 | | | | | | | | |
| 05.30-06.00 | | | | | | | | |

24 Saatlik Ped Testi

Bu test, idrar kaçıının şiddetinin belirlenmesini amaçlamaktadır.

Pedler 24 saat boyunca takılır ve gerekli olduğunda değiştirilir. 24 saat süresince kullanılan pedler toplanır ve tartılır, pedlerde toplanan idrar miktarı belirlenir.

Hastadan bir kutu hijyenik ped satın almasını isteyin ve bir tanesini ayırın, böylece kuru pedin ağırlığını belirleyebilirsiniz.

Ped ıslandıktan ve değiştirildikten sonra, kapanabilir bir plastik poşette (kilitli poşette) tutulmalıdır. Aynı tip kullanılmayan pedlerin ağırlığı, kullanılan pedlerin ağırlığından çok az farklı olduğu için toplanan idrar miktarı, kullanılan pedlerin toplam ağırlığından aynı sayıda kuru pedin ağırlığı çıkarılarak belirlenebilir.

24 saatlik ped testi eğer hasta menstrüasyon döneminde ise ve anlamlı miktarda vajinal akıntısı varsa kullanılmamalıdır.

Hasta için öneriler:

Bir günde istemsiz olarak ne kadar idrar kaçırdığınızın ölçülmesi inkontinans değerlendirmesinin bir bölümüdür.

Günlük idrar kaçıını (örneğin her 24 saatlik süre), 24 saatlik ped testini uygulayarak ve aşağıdaki önerileri kullanarak ölçebilirsiniz:

1. Gündüz ve bir sonraki konsültasyondan önceki gece boyunca, lütfen bu 24 saatlik sürede kullanacağınız hijyenik pedleri toplayın.
2. Kullanılan her pedi hemen kapanabilir plastik poşete (kilitli poşet) koyun. Toplanan idrarın buharlaşmaması için idrarı kapanabilir plastik poşette tutmak önemlidir.
3. Pedleri topladığınız süre boyunca lütfen normal günlük aktivitelere devam edin.
4. Konsültasyon gününde, lütfen kullanılan pedleri plastik poşet ile getirin ve 24 saat boyunca kullandığımız pedle aynı tip olan kullanılmayan (yeni) bir ped getirin.

Inkontinans Şiddet İndeksi

Incontinence Severity Index (ISI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Sandvik ve arkadaşları tarafından idrar kaçırma yakınması olan kadınlara uygulanarak geliştirilen "ISI", evrensel olarak kabul gören, kolay uygulanan, kısa ve basit bir indekstir.

| A | | B | |
|---|--|---|--|
| Hangi sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz? | | Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçırıyorsunuz? | |
| <input type="checkbox"/> ₁ Ayda bir kezden az | <input type="checkbox"/> ₁ Birkaç damla | <input type="checkbox"/> ₂ Küçük lekeler | <input type="checkbox"/> ₃ Daha fazla |
| <input type="checkbox"/> ₂ Ayda birkaç kez | | | |
| <input type="checkbox"/> ₃ Haftada birkaç kez | | | |
| <input type="checkbox"/> ₄ Her gün veya her gece | | | |
| İnkontinans Şiddet İndeks Skoru = (Puan A) x (Puan B) | | | |
| 1-2 puan: Hafif | 3-6 puan: Orta | 8-9 puan: Şiddetli | 10-12 puan: Çok şiddetli |

Sandvik H, Seim A (2000) Neurouroi Urolyn 2000; 19: 137-45

Hastanın Skoru: _____

ÜROGENİTAL DİSTRES ANKETİ-KISA FORM (ÜDE-6)

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

Eğer sizde varsa aşağıdakilerden ne kadar etkileniyorsunuz? Hiç Az Orta Çok

1. Sık idrara çıkma? 0 1 2 3
2. Ani idrar hissine bağlı idrar kaçırma? 0 1 2 3
3. Fiziksel aktivite, öksürme veya hapşurmaya bağlı idrarkaçırma? 0 1 2 3
4. Az miktarda idrar kaçağı? 0 1 2 3
5. Mesaneyi boşaltma zorluğu? 0 1 2 3
6. Cinsel bölge veya kasıkta rahatsızlık? 0 1 2 3

GLOBAL PELVİK TABAN RAHATSIZLIK ANKETİ (GPTRA)

Açıklama: Aşağıda pelvik sağlığınız ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bütün bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Son bir aydır şikâyetlerinizi en iyi tanımlayan kutuya lütfen (X) işareti koyunuz.

| |
|---|
| <p>1. Öksürme, hapşırma, gülme, ağırlık kaldırma ya da pozisyon değişikliği gibi fiziksel aktiviteyle birlikte idrar kaçırmamız oluyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Bir miktar <input type="checkbox"/> Oldukça <input type="checkbox"/> Çok fazla</p> |
| <p>2. Sık sık idrara çıkıyor musunuz (her zamankinden daha fazla idrara çıkma; gece iki ya da daha fazla kez kalkıp idrara çıkma ihtiyacı) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Bir miktar <input type="checkbox"/> Oldukça <input type="checkbox"/> Çok fazla</p> |
| <p>3. İdrara çıkmak için anormal kuvvetli sıkışma hissi yaşıyor musunuz (ani, zorlayıcı acil idrara sıkışma) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Bir miktar <input type="checkbox"/> Oldukça <input type="checkbox"/> Çok fazla</p> |
| <p>4. Aciliyet hissi ile birlikte idrar kaçırıyor musunuz (aniden şiddetli idrar yapma isteğiyle meydana gelen istemsiz idrar kaçırma)?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Bir miktar <input type="checkbox"/> Oldukça <input type="checkbox"/> Çok fazla</p> |
| <p>5. İdrar yaparken zorluk ya da rahatsızlık hissediyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır</p> <p>Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Çok az <input type="checkbox"/> Bir miktar <input type="checkbox"/> Oldukça <input type="checkbox"/> Çok fazla</p> |

6. Vajinanızda (haznenizde) yumru hissediyor musunuz (ya da mesane, rahim, vajina, makat)?

Evet Hayır

Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç Çok az Bir miktar Oldukça Çok fazla

7. Bağısıklarınızı tamamen boşaltmakta zorluk çekiyor musunuz, örneğin barsak hareketini tamamlamak için vajinanıza (haznenize) ya da makatınıza parmağınızı sokma (baskı yapma) ihtiyacı duyuyor musunuz?

Evet Hayır

Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç Çok az Bir miktar Oldukça Çok fazla

8. Kazara dışkı ya da gaz kaçışınız oluyor mu?

Evet Hayır

Eğer cevabınız evet ise, bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç Çok az Bir miktar Oldukça Çok fazla

9. Cinsel olarak aktif misiniz?

Evet Hayır

Eğer cevabınız evet ise, ağrı ya da rahatsızlık cinsel ilişkiden zevk almanızı engelliyor mu?

Hiç Çok az Bir miktar Oldukça Çok fazla

VAS (Şiddet)

(Kuru-Sürekli ıslak)

TÖ: _____

TS: _____

K: _____

VAS (Yaşam Kalitesi)

(Yaşantıma etkisi yok-Böyle yaşamak dayanılmaz)

TÖ: _____

TS: _____

K: _____

KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE (KHQ)

1. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Çok iyi
İyi
Fena değil
Kötü
Çok kötü
2. İdrar keseniz ve işemeniz ile ilgili problemlerin hayatınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?
Hiç etkilemiyor
Çok az
Orta
Çok etkiliyor

Aşağıda idrar kesenizle ve işemeniz ile ilgili problemlerinin etkileyebileceği bazı günlük aktiviteler sıralanmıştır.

Sizin idrar kesesi ve işeme problemlerinizi ne kadar etkiliyor?
Lütfen her soruyu size en uygun cevabı işaretleyerek yanıtlayınız.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Hiç | Hafif | Orta | Çok |
| 3. <u>Aktivite Kısıtlamaları</u> | | | | |
| A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler evdeki işlerinizi Engelliyor mu? (temizlik, yemek gibi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler ev dışı ya da iş yerinizdeki işlerinizi Engelliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. <u>Fiziksel / Sosyal Kısıtlamalar</u> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Hiç | Hafif | Orta | Çok |
| A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler fiziki aktivitelerinizi Engelliyor mu? (yürüyüş, koşu, Spor gibi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler yolculuğa çıkmanızı Engelliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler sosyal hayatınızı Sınırlıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler arkadaş ve dostluklarınızı Ziyaretlerinizi sınırlıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Hiç | Hemen Hiç | Hafif | Orta | Çok |
| 5. Özel hayata Ait Kısıtlamalar | | | | | |
| A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler eşiniz ile ilişkinizi Etkiliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler cinsel hayatınızı Etkiliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili Problemler aile hayatınızı Etkiliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Hiç | Hafif | Orta | Çok |
| 6. Duygular | | | | |
| A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler moralinizi Bozuyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler sizi tedirgin Ve sinirli yapıyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler kendinizle ilgili Üzüntü duymanıza sebep Oluyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Asla | Bazen | Sıklıkla | Herzaman |
| 7. Uyku / Enerji | | | | |
| A.İdrar kesenizve işemenizle ilgili problemler uykunuzu Etkiliyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler kendinizi Bitkin ve yorgun hissetmenize Sebep oluyor mu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. **Aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz? Eğer yapıyorsanız ne sıklıkta?**

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Asla | Bazen | Sıklıkla | Herzaman |
| A.Kuru kalmak için bez Kullanır mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B.Ne kadar su içtiğinize sıvı Aldığınıza dikkat edermisiniz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.Islandığı için çamaşırlarınızı Değiştirmek zorunda Kalır mısınız? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D.Korktuğunuzu düşünerek Rahatsız olur musunuz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Semptom Ciddiyet Skalası

1. Frequency: Sık idrara çıkma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

2. Noktüri: Gece idrar için kalkma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

3. Urgency: Güçlü ve kontrol edilmesi zor, ani idrar yapma hissi şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

4. Urge Üİ: Güçlü/ani idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçırma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

5. Stres Üİ: Fiziksel aktivite örneğin öksürme, hapşırma ve koşma ile birlikte idrar kaçırma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

6. Nokturnal enürezis: Gece yatağı ya da çamaşırları ıslatma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

7. Seksüel Üİ: Cinsel birleşme sırasında idrar kaçırma şikayeti var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

8. Sık idrar yolu enfeksiyonu var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

9. İdrar torbası ağrısı var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

10.İdrar yapmada zorluk var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

11.Diğer (belirtiniz): var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0)Biraz(1)Orta(2)Çok(3)

Prolapsus ve İnkontinans Bilgi Anketi-Üriner İnkontinas (PİBA-Üİ)

Aşağıda idrar kaçırma ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır.

Lütfen her ifade için katıldığınızı veya katılmadığınızı veya bilmediğinizi belirtin.

1. İdrar kaçırma genç kadınlarda yaşlı kadınlara göre daha yaygındır.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

2. Kadınlarda idrar kaçırma olasılığı, erkeklere göre daha yüksektir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

3. İdrar kaçışının tedavisinde ped veya bez kullanımı dışında çok bir şey yapılamaz.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

4. İdrar kaçışını tedavi etmeden önce idrar kaçışının tipini belirlemek önemli değildir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

5. Birçok şey idrar kaçışına neden olabilir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

6. İdrar kaçışını kontrol etmeye yardımcı olmak için belirli egzersizler yapılabilir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

7. Bazı ilaçlar, idrar kaçışına neden olabilir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

8. İnsanlar bir kez idrar kaçırmaya başladığında, bir daha asla idrarlarını kontrol edemezler.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

9. Doktorlar, idrar kaçışını teşhis etmek için idrar torbasıyla ilgili özel testler yapabilirler.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

10. İdrar kaçışının tek tedavisi ameliyattır.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

11. Çok kez doğum yapmak, idrar kaçışına neden olabilir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

12. İdrar kaçıran insanların çoğu bazı tedavi yöntemleri ile tedavi edilebilir veya iyileştirilebilir.

KATILYORUM KATILMIYORUM BİLMİYORUM

Pelvik Taban ve PTKKE Farkındalık, Bilgi ve İnanışlar Anketi

1. Daha önce hiç “pelvik taban kası” ifadesini duydunuz mu? Evet Hayır Bilmiyorum

2. Daha önce pelvik taban kaslarıyla ilgili bilgi aldınız mı? Evet Hayır

Aldıysanız: Ne zaman?.....

Hangi sebeple?.....

Kimden/Nerden (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

Fizyoterapist Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı Hemşire Ebe Arkadaş/Aile

Okul Pratisyen hekim Diğer.....

3. Daha önce hiç pelvik taban kaslarıyla ilgili araştırma yaptınız mı?

Evet Hayır

Cevabız evet ise : Hangi kaynaktan araştırma yaptınız? (Bir veya birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı Fizyoterapist Kitaplar

İnternet Arkadaş/Aile Pratisyen hekim Diğer.....

4. Daha önce hiç “pelvik taban egzersizi” ifadesini duydunuz mu? Evet Hayır

5. Daha önce hiç pelvik taban egzersizi yaptınız mı? Evet Hayır Bilmiyorum

6. Pelvik taban aşağıdakilerden hangisi/hangilerini içermektedir? Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.

Kaslar Cilt ve yağ Kemik ve eklem Tendonlar ve bağlar

Damarlar Rahim, mesane, bağırsak Diğer.....

7. Kadınların pelvik tabanında kaç tane açıklık (çıkış) bulunmaktadır?

.....

Bunlar nelerdir?

.....

Bilmiyorum

8. Pelvik taban kasları vücudumuzda nerede bulunur? Lütfen işaretleyin.

9. Pelvik taban kaslarınız hangi yapıları çevreler?

İdrar kanal çıkışı Vajina Anüs Bunların hiçbiri Bilmiyorum Hepsi

10. Pelvik taban kaslarınızın görevi nedir ?

İdrar kaçırmayı veya sızıntıyı engeller Büyük dışkıyı durdurur İç organları destekler Yukarıdakilerin hepsi Yukarıdakilerin hiçbiri Bilmiyorum

11. Kadınlarda pelvik taban kasları hangi hareketleri yapmaktadır? (Birden çok işaretleme yapabilirsiniz)

Sıkma İçe doğru kaldırma Dışa itme İstemli olarak hareket ettirilemez Bilmiyorum

12. Pelvik taban kaslarına neden ihtiyacımız var?

.....
 Bilmiyorum

13. Pelvik taban kaslarınız ve alt karın kasınız birlikte çalışır mı? Evet Hayır

Bazen Bilmiyorum

14. Pelvik taban kasları istemli olarak kontrol edilebilir mi? Evet Hayır Bazen Bilmiyorum

15. Aşağıdakilerden hangileri pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler? Lütfen en az 3 seçenek

işaretleyiniz.

Gebelik Normal Doğum Sezaryen doğum İdrar yaparken zorlanma

İdrar yolu, rahim veya karın cerrahisi Kilo (Obezite) Alkol kullanımı

Sigara Kabızlık Diğer.....

16. Doğumdan sonra pelvik taban kasları eskisi kadar güçlü olur mu?

Evet Hayır Kısmen Bilmiyorum

17. Gebelik idrar kaçırmaya neden olur mu? Evet Hayır Kısmen Bilmiyorum

18. Doğum yapmak idrar kaçırmaya neden olur mu?

Evet Hayır Kısmen Bilmiyorum

19. Gebelikte veya doğum sonrası idrar kaçırma problemi meydana gelirse, bu problem sizce geçici midir? Evet Hayır Bilmiyorum

20. Kadınlar gebelikte neden idrar kaçırıyor olabilir?

Gebe oldukları için Mesaneleri normalden küçük olduğu için

Pelvik taban kasları doğru çalışmadığı için Bebek mesaneye baskı yaptığı için

Hepsi Hiçbiri Bilmiyorum

21. İdrar kaçırma tedavisi için ped kullanmak dışında bir şey yapılamaz. Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

22. Gebelikte idrar kaçırırsam;

Tedavisi olup olmadığını bilmiyorum Bunun bir sorun olacağını düşünmüyorum

Utandığım için yardım istemeyeceğim Doktorum erkek olduğu için yardım istemeyeceğim

Yardım isteyeceğim

23. Gebelikte/doğum öncesi fizyoterapinin sizin ve bebeğinizin sağlığı için faydalı olduğunu düşünüyor musun ?

Evet Hayır Bilmiyorum

24. Pelvik taban egzersizleri yapma konusunda tavsiyelere uyarsam, pelvik tabanım güçlenecektir.

Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

25. Pelvik taban egzersizlerini ne sıklıkta yapmalısınız? Hergün

Haftada 2 veya daha fazla Haftada bir kez Asla Bilmiyorum

26. Egzersizlerin doğumdan önce ya da doğumdan sonra yapılması, egzersizin etkisini değiştirir mi? Evet Hayır Bilmiyorum

27. Kadınlar erkeklerden daha fazla idrar kaçırmırlar.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

28. İdrar kaçırma yalnızca yaşlılıkta gerçekleşir.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

29. Zayıf kadınlar, kilolu kadınlardan daha fazla idrar kaçırma eğilimi gösterirler.

Katılıyorum Katılmıyorum Bilmiyorum

30. Sağlıklı kadın istediği zaman pelvik taban kaslarını kontrol (kasma ve gevşeme) edebilir mi?

Evet Hayır Bilmiyorum

31. Sağlıklı kadınlar egzersiz veya efor sırasında (şiddetli egzersiz gibi) idrar kaçırmı mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

32. Kadınların idrar kaçırmayı kontrol edebilmek için günlük ped kullanmasını normal buluyor musunuz?

Evet Hayır Bilmiyorum

33. Sağlıklı kadınlar idrar kaçırmı mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

34. Aşağıdaki doğum yöntemlerinden hangisi pelvik taban kaslarına daha fazla zarar verir? Sezaryen

Vajinal doğum Bilmiyorum

35. Pelvik taban kasları cinsel orgazmda rol oynar mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

36. Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında sık sık ağrı yaşar mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

37. Sağlıklı kadınlar cinsel ilişki sırasında çok az idrar kaçırmı mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

38. Pelvik tabanla ilgili problemlerde uygulanan tedavileri biliyor musunuz?

Evet Hayır

39. Pelvik taban kasları hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz?

Evet Hayır

40. Pelvik taban kasları hakkında yeterli bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

41. Pelvik taban kasları hakkında bilgi alırsam, verilen tavsiyelere uymayı düşünüyorum. Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum

Kararsızım Katılmıyorum

Kesinlikle katılmıyorum

42. Pelvik taban egzersizlerinin idrar kaçırmayı tedavi ettiğine ya da önlediğine inanıyorum. Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum

Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

43. Gebelikte idrar kaçırmak normaldir.

Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

44. Gebelik nedeniyle idrar kaçırmaya başlayacağımı ya da idrar kaçırmamın ilerleyeceğini düşünüyorum. Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum

Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

45. Gebelikte idrar kaçırmamın tedavisi olduğunu düşünüyorum. Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum

Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

46. Pelvik tabanım için egzersiz yapmam önerilirse onları yapmaya çalışırım.

Kesinlikle Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

47. Pelvik tabanınız hakkında en büyük korku ya da endişeniz nedir?

.....
Bilmiyorum

Yok

48. Aşağıda sıfır ile on arasında puanlanan bir ölçek yer almaktadır. Lütfen pelvik taban kasları hakkında bilgi düzeyinizi yatay çizgi üzerinde işaretleyin. (0 kesinlikle hiçbir şey bilmiyorum, 10 ise bu alanda uzman bilgisine sahibim demektir).

0

10

Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

Açıklama: **Pelvik taban**, leğen kemiğinin alt tarafında yerleşim gösteren bir yapıdır. Bu yapı kadınlarda mesane, rahim ve kalın barsak ile, erkeklerde mesane, prostat bezi ve kalın barsak ile komşudur.



Aşağıda pelvik taban problemlerine yönelik bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen pelvik taban sağlığı ile ilgili aşağıdaki ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyunuz. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, bu ifadeyi doğru buluyorsanız "Evet", yanlış buluyorsanız "Hayır", bu ifade hakkında herhangi bir fikriniz yoksa "Bilmiyorum" cevabının altına "X" işareti ekleyiniz.

| Maddeler | Evet | Hayır | Bilmiyorum |
|---|------|-------|------------|
| 1. İdrar kaçırma, bir pelvik taban problemidir. | | | |
| 2. Pelvik organ sarkması (idrar torbası, rahim, barsak) pelvik taban problemlerinden biridir. | | | |
| 3. Dışkı veya gaz kaçırma, bir pelvik taban problemi değildir. | | | |
| 4. Pelvik taban gerginliği, pelvik ağrının (leğen bölgesinde ağrının) nedeni olabilir. | | | |
| 5. Pelvik taban problemleri bel ağrısı ile ilişkili değildir. | | | |
| 6. Pelvik taban cinsel sağlıkta önemlidir. | | | |
| 7. Pelvik taban, solunum sistemi ile ilişkilidir. | | | |
| 8. Pelvik taban zayıflığı pelvik ağrıya neden olabilir. | | | |
| 9. Pelvik taban problemlerinin birçok sebebi olabilir. | | | |
| 10. Gebelik, pelvik tabanı olumsuz etkileyebilir. | | | |
| 11. Çok kez normal (vajinal) doğum yapmak pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 12. Aşırı şişman bireylerde pelvik taban problemlerinin görülme olasılığı düşüktür. | | | |
| 13. Sigara bağımlılığı, pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 14. Sürekli ağırlık taşıma pelvik tabana zarar verebilir. | | | |
| 15. Kabızlık pelvik tabanın zayıflamasına neden olabilir. | | | |
| 16. Pelvik taban problemleri gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülebilir. | | | |
| 17. Zorlayıcı sporlar/egzersizler (zıplama, halter kaldırma gibi) pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 18. Duruş bozukluğu pelvik tabanı etkilemez. | | | |
| 19. Menopoz, pelvik taban problemlerini etkileyebilir. | | | |
| 20. Bazı ilaçlar, pelvik taban problemlerine neden olabilir. | | | |
| 21. Pelvik organlarla (mesane, prostat, rahim...) ilgili cerrahi yaklaşımlar pelvik tabanı zayıflatabilir. | | | |
| 22. Pelvik taban problemlerini belirlemede hasta muayenesi önemlidir. | | | |
| 23. Pelvik taban problemlerini belirlemede bazı özel testler kullanılır. | | | |
| 24. Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir. | | | |
| 25. Pelvik taban egzersizleri, pelvik taban problemlerini önleyebilir. | | | |
| 26. Fizik tedavi, pelvik taban problemlerinin tedavisinde kullanılabilir. | | | |
| 27. İlaç, pelvik taban problemlerinde tek tedavi yöntemi değildir. | | | |
| 28. Ameliyat, pelvik taban problemlerinde kesin çözüm olmayabilir. | | | |
| 29. Düzenli yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz pelvik taban problemleri için yararlıdır. | | | |

Global Algılanan Etki Ölçeği

Tedavinizden önceki zamana göre Őikayetleriniz ne derece iyileşti?

Őikayetlerim Őimdi, tedavi öncesinden ;

- 1.çok fazla iyileşti
- 2.fazla iyileşti
- 3.orta derecede iyileşti
- 4.biraz iyileşti
- 5.deđiŐmedi
- 6.biraz kötüleşti
- 7.orta derecede kötüleşti
- 8.fazla kötüleşti
- 9.çok fazla kötüleşti

Tedaviye uyum gösterdiğinizi düşünüyor musunuz?

EK 5. Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Üriner İnkontinansı olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi ve Egzersiz Programının Etkinliğinin Araştırılması

ÇALIŞMANIN AMACI Üriner olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve egzersiz programının etkinliğinin araştırılmasıdır. Bu çalışma için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve herhangi bir ücret talebinde bulunulmayacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Bu çalışmada amaçlanan etkileri görebilmek adına başlangıçta ve tedavi sonunda çalışma ile ilgili anket ve formların doldurulması şeklinde değerlendirmeler yapılacak ve elde edilen skorlar kaydedilecektir. Uygulama olarak Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi, Pelvik Taban Egzersiz Programı ve Mesane Eğitimi verilecektir; herhangi bir girişimsel veya fiziksel uygulama yapılmayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız bundan sonra yapılacak bilimsel çalışmalar ve kadın sağlığı açısından büyük önem arz edecektir. Çalışma sonunda elde edilecek verilerden, pelvik taban sağlığı ve egzersiz eğitiminin üriner Üİn şiddet, semptom ve yaşam kalitesi üzerinde etkileri incelenerek hastaların sosyal, fiziksel ve psikososyal sonuçlarla birlikte ciddi olumsuz etkilere yol açabilen üriner inkontinans konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirme ile birlikte olumsuz etkilerin azaltılması sağlanmaya çalışılacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Size ait boy, kilo, yaş ve benzeri diğer demografik verileriniz, form ve anket verileri istatistik değerlendirme yoluyla diğer katılımcılarla birlikte değerlendirilecektir. Bu bilgiler dışında adınız-soyadınız, kimlik bilgileriniz veya diğer saklı kalması gereken bilgileriniz hiçbir sebeple kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

Bütün soru ve problemlerim için aşağıdaki kişilerle iletişim kuracağım.

Uz. Fzt. Sevgi Gamze İRİ

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Tarih:

EK 6. İntihal Raporu

| | |
|---|---|
|  | LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU |
| HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE | |
| Tez Başlığı: Üzüm İnkübatından Olan Kadınlarda Pelvik Taban Sağlığı Eğitimi ve Egzersiz Programının Etkinliğinin Araştırılması | |
| Yukarıda belirtilen/konuza ilişkin tez çalışmamın nitrisi, ana bölümler ve sonuc kısımlarımdan oluşan toplam 140 sayfalık kısmına ilişkin, 06/07/2022 tarihinde emretti sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNTİN raporu eklenecektir*) olup, tezinin benzerlik oranı aşağıdaki gibidir. (Benzerlik oranı, alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir). | |
| Uygulanan filtrelemeler: <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dahil <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimeden daha az üslupna içeren metin kısımları hariç | |
| Üniversitemiz TURNTİN adlı intihal tespit programı sonucunda, azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, alıntılar tespit edileceği miktarsız durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda verilen aşağıdaki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. | |
| Gereğini saygılarımla arz ederim. | |
| Tarih: 06/07/2022 | |
| Adı Soyadı: | SEVGI GANİZE İRİ |
| Öğrenci No: | 216109572 |
| Anabilim Dalı: | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon |
| Programı: | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon |
| Statüsü: | <input type="checkbox"/> Y.Lisans <input checked="" type="checkbox"/> Doktora |
| *TURNTİN Programı Orijinal Raporu ektedir. | |
| DANISMAN ONAYI | |
| UYGUNDUR. | |
| Prof. Dr. Yavuz YARUT | |

