



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GLOBAL PELVİK TABAN RAHATSIZLIK ANKETİNİN
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Fzt. Hanife DOĞAN

FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

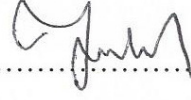
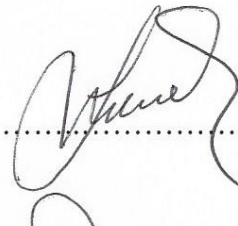
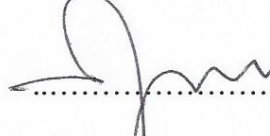
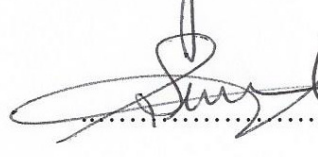
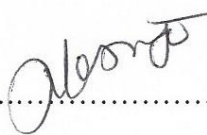
TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN

HAZİRAN 2015
BOLU

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK*
(Fizyoterapi ve Rehabilitasyon A. D.,
Hacettepe Üniversitesi)
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
(Fizyoterapi ve Rehabilitasyon A. D.,
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
Doç. Dr. Yeşim BAKAR
(Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A. D.,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Şebnem AVCI
(Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A. D.,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)
Yrd. Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN**
(Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon A. D.,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)


.....

.....

.....

.....

.....

Tarih 16/06/2015

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Hanife ALKAN'ın Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

.....

*Jüri Başkanı

**Tez danışmanı

ÖZET

GLOBAL PELVİK TABAN RAHATSIZLIK ANKETİNİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Bu çalışma, pelvik taban disfonksiyonunda sık görülen rahatsızlıkları ve bunların şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilen Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA)'ni Türkçe'ye uyarlamayı ve geçerlik ve güvenirliğini araştırmayı amaçladı.

Çalışmaya yaş ortalaması 46.83 yıl olan, stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsus, obstrüktif defekasyon, anal inkontinans ve disparoni rahatsızlıklarından en az birine sahip 131 olgu dâhil edildi. GPTRA'nın Türkçe uyarlaması kültürlerarası adaptasyon sürecinin aşamaları takip edilerek yapıldı. Olguların sosyo-demografik özellikleri kaydedildikten sonra Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20), Pelvik Taban Etki Anketi (PTEA-7) ve GPTRA uygulandı. Pelvik organ prolapsus varlığı ve evresini belirlemek için basitleştirilmiş pelvik organ prolapsus sınıflandırma sistemi kullanıldı. GPTRA'nın test tekrar test güvenirliğinin araştırılması için 131 olguya 1 hafta arayla ölçek tekrar uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p \leq 0.05$ alındı ve hesaplamalarda PASW (SPSS, ver. 18) programı kullanıldı.

GPTRA'nın test tekrar test güvenirliği Intraclass r ile incelendi ve uyum katsayısı 0.998 ($p < 0.0001$) bulundu. İç tutarlık katsayısı Cronbach alfa ile incelendi ve birinci ölçümde 0.61, ikinci ölçümde 0.607 bulundu. GPTRA'nın yüz ve içerik geçerliği uzman görüşler tarafından uygun bulundu. GPTRA'nın kriter geçerliğinde GPTRA ile PFDE-20 ve PTEA-7 toplam puanları ve alt boyutları arasındaki korelasyon dereceleri hesaplandı ve kriter geçerliğe sahip olduğu saptandı ($p \leq 0.05$). Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı ve tek boyutlu olmadığı, 4 boyutlu olduğu bulundu.

Bu alışma ile GPTRA'nın geçerli, güvenilir ve pelvik taban disfonksiyonu olan Türk kadınları için uygulanabilir bir anket olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi, Geçerlik, Güvenirlik, Türkçe uyarlanması, Pelvik taban disfonksiyonu.

ABSTRACT

ADAPTATION OF GLOBAL PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE TO TURKISH, AND ITS VALIDITY AND RELIABILITY

This study aimed to adapt Global Pelvic Floor Bother Questionnaire (GPFQB), which is developed to evaluate discomfort observed frequently in pelvic floor dysfunction and their severity, into Turkish and to research its validity and reliability.

131 cases, whose mean age was 46.83 and had at least one of the symptoms including stress urinary incontinence, urinary urgency, urinary frequency, urge incontinence, voiding difficulty, pelvic organ prolapse, obstructive defecation, anal incontinence, and dyspareunia, were included in the study. Turkish adaptation of GPFQB was made by following the stages of intercultural adaptation process. After socio-demographic characteristics of the cases were recorded, Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20), Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ), and GPFQB were applied. Simplified pelvic organ prolapse classification system was used to determine the presence and stage of pelvic organ prolapse. For investigating test retest reliability of GPFQB, the scale was applied again with a 1 week interval to 131 cases. $p \leq 0.05$ was taken as the statistical significance level and PASW (SPSS. ver. 18) program was used in the estimations.

GPFQB's test retest reliability was examined by Intraclass r and coefficient of concordance was found to be 0.998 ($p < 0.0001$). Internal consistency coefficient was examined by Cronbach alpha and it was 0.61 in the first measurement and 0.607 in the second measurement. GPFQB's face and content validity was found appropriate by expert opinions. For the criteria validity of GPFQB, correlation degrees between the total scores of GPFQB and PFDE-20 and PFIQ-7 were estimated and it was determined that it had criteria validity ($p \leq 0.05$). For structure validity, confirmatory factor analysis was made and it was found that it wasn't one-dimensional and it had four dimensions.

In the present study, it was determined that GPFHQ was a valid and reliable survey and able to be applied to Turkish women who had pelvic floor dysfunction.

Key Words: Global Pelvic Floor Bother Questionnaire, Validity, Reliability, Turkish adaptation, Pelvic floor dysfunction.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca başta bilgi ve tecrübeleri olmak üzere, akademik kişiliği, öğreticiliği, yardımseverliği ve eşitlikçi yaklaşımıyla bana yol gösteren ve tezimin her aşamasına katkı sağlayan, örnek aldığım canım hocam Yrd. Doç. Dr. Nuriye ÖZENGIN'e çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamın metodunun belirlenmesinde ve uygulanmasında yaratıcı fikirleri ile katkı sağlayan hocam Doç. Dr. Yeşim BAKAR'a çok teşekkür ederim.

Tez olgularının yönlendirilmesi ve kliniklerinde tez çalışmam için oluşturdukları rahat ve huzurlu çalışma ortamından dolayı hocam Prof. Dr. Bülent DURAN, Dr. Yavuz CAN, Dr. Arzu GÜLER, Dr. Erhan HANLIGİL, Dr. Çağlar ÇETİN'e çok teşekkür ederim.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması için izin veren ölçek sahibi Thais V. Peterson'a çok teşekkür ederim.

Teze ait istatistiklerin yapılmasındaki katkılarından dolayı hocam Prof. Dr. Handan ANKARALI'ya çok teşekkür ederim.

Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmesi konusunda yardımlarından dolayı Allison BLOCK'a çok teşekkür ederim.

Katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Şebnem AVCI, Sekreter Emel KESİM, Enstitü Sekreteri Çiler GÜLEN, Yüksekokul Sekreteri İlknur Gülen, Dilek TAN'a çok teşekkür ederim.

Tezin her aşamasında desteğini ve sevgisini esirgemeyen hayat arkadaşım, sevgili eşim Mehmet DOĞAN'a çok teşekkür ederim.

Maddi manevi destekleriyle her zaman yanımda olan ve hayatım boyunca emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem ve babama ve bilgisiyle ve neşesiyle bana destek olan kardeşim Dr. Emin ALKAN'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	ii
• ÖZET	iii
• ABSTRACT	v
• TEŞEKKÜR	vii
• İÇİNDEKİLER	viii
• TABLOLAR	x
• ŞEKİLLER	xi
• SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Pelvik Taban Anatomisi	3
2.1.1. Kemik yapı	3
2.1.2. Pelvik taban kasları	4
2.1.3. Bağ dokusu desteği	8
2.1.4. Pelvik fasya	11
2.2. Pelvik Taban Disfonksiyonu	11
2.2.1. Üriner inkontinans	12
2.2.2. İşeme zorluğu	14
2.2.3. Pelvik organ prolapsusu	15
2.2.4. Obstrüktif defekasyon ve konstipasyon	17
2.2.5. Anal inkontinans	18
2.2.6. Seksüel disfonksiyon	19
2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonunda Kullanılan Anketler	20
2.3.1. Semptom anketleri	21
2.3.2. Yaşam Kalitesi Anketleri	21
2.3.3. Cinsel fonksiyon Anketleri	23
2.3.4. Global İndeksler	24
2.4. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliği	25
2.4.1. Güvenirlik	26
2.4.1.1. Değişmezlik	26

2.4.1.2. Bağımsız gözlemciler arası uyum	27
2.4.1.3. İç tutarlılık	28
2.4.1.4. Güvenirlik katsayısının yorumu	28
2.4.2. Geçerlik	28
2.4.2.1. İçerik geçerliği	29
2.4.2.2. Yüz geçerliği	29
2.4.2.3. Kriter geçerlik	29
2.4.2.4. Yapı geçerliği	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Olgular	31
3.2. Yöntem	34
3.3. Verilerin Analizi	42
4. BULGULAR	44
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	76
9. ÖZGEÇMİŞ	89

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen semptom anketleri	21
2.2. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen yaşam kalitesi anketleri	23
2.3. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen cinsel fonksiyon anketleri	24
4.1. Olguların fiziksel özellikleri	44
4.2. Olguların eğitim durumu ve mesleklerine göre dağılımı	45
4.3. Olguların obstetrik hikayesinin dağılımı	46
4.4. Olguların kronik öksürük, konstipasyon ve sigara kullanımı durumlarına göre dağılımı	47
4.5. Olguların vücut kütle indeksine göre dağılımı	47
4.6. Olguların pelvik taban şikayetlerinin dağılımı	47
4.7. Pelvik organ prolapsus evrelerine göre dağılımı	48
4.8. GPTRA ölçeğinin maddelerin ve toplam puanların birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki korelasyonlar (tekrarlanabilirlik özelliği)	50
4.9. Birinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin iç tutarlılık sonuçları	52
4.10. Birinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin puanları arasındaki korelasyonlar	53
4.11. İkinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin iç tutarlılık sonuçları	54
4.12. İkinci ölçüm sonuçlarına göre madde puanları arasındaki korelasyonlar	55
4.13. GPTRA'nın ilk ve son ölçümlerindeki toplam puanı ile PTDE-20 ve PTEA-7'nin alt boyut toplamaları arasındaki korelasyonlar	57
4.14. GPTRA'nın doğrulayıcı faktör analizi	58
4.15. GPTRA ölçeğine ait seçilen 4 alt boyuttaki döndürülmüş yük değerleri	59
4.16. Seçilen boyutlarda madde skor değerleri	59

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Pelvis kemiği	4
2.2. Pelvik taban kasları süperfisyal tabaka	5
2.3. Pelvik taban kasları orta tabaka	6
2.4. Pelvik taban kasları derin tabaka	8
2.5. Pelvik organ ve ligamentler	9
2.6. Vajina üst duvarının fasyal desteği	10
2.7. Pelvik organ defektleri	16
2.8. Sistosel	17
2.9. Uterovajinal prolapsus	17
2.10. Rektosel	17
3.1. Hasta akış diyagramı	33
3.2. Pelvik organ prolapsus sınıflama sistemi	36
3.3. Kùltürlerarası adaptasyon sürecinin aşamalı grafiği	41
4.1. Olguların menstrüel durumlarına göre dağılımları	45

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
AI	Anal inkontinans
B- POP	Basitleştirilmiş pelvik organ prolapsus sınıflandırma sistemi
cm	Santimetre
CL	Kardinal ligament
GPTRA	Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi
ICC	Sınıf içi korelasyon katsayısı
Kg	Kilogram
KRADE-8	Kolorektoanal Distres Envanteri-8
KRAEA-7	Kolorektal-anal Etki Anketi
lig.	Ligament
m	Metre
m ²	Metrekare
N.	Nervus
n	Olgu sayısı
Nn.	Nervi
p	İstatistiksel yanılma payı
PCF	Puboservikal fasya
PGI-I	Patient Global Impression of Improvement
POP	Pelvik Organ Prolapsusu
POPDE-6	Pelvik Organ Prolapsus Distres Envanteri-6
POPEA-7	Pelvik Organ Prolapsus Etki Anketi
PSIQ	Pelvik Organ Prolapsus ve İnkontinans Seksüel Fonksiyon Anketi
PTD	Pelvik taban disfonksiyonu

PTDE-20	Pelvik Taban Distres Envanteri-20
PTEA	Pelvik Taban Etki Anketi
r	Korelasyon katsayısı
RVF	Retrovajinal fasya
SÜİ	Stres üriner inkontinans
UEA-7	Üriner etki anketi
Üİ	Üriner inkontinans
USL	Uterosakral ligament
UVP	Uterovajinal prolapsus
ÜDE-6	Üriner Distres Envanteri-6
VKİ	Vücut Kütle İndeksi

1. GİRİŞ

Pelvik taban kemik, kas, ligament ve nöromusküler yapılardan oluşan pelvik visseral organların fonksiyonunun devamına katkı sağlayan ve dinamik koordinasyon içinde işlev gören bir yapı bütünlüğüdür (1). Kadında pelvik taban, anatomik olarak abdominal basınç artışlarına ve günlük aktivitelerde hareketlerle ilişkili değişikliklere karşı kontinansı sağlar, pelvik organ prolapsusunu önler, ürinasyon, defekasyon ve doğuma izin verir ve koitusu sağlar (2).

Pelvik taban desteğini sağlayan kas, sinir ve bağ dokusu yapılarındaki bir hasar pelvik taban disfonksiyonuna neden olmaktadır (2). Bump ve Norton, pelvik taban hastalıkları ya da disfonksiyonunu, üriner ve fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu (POP), alt üriner yolların duyusal ve boşaltma anomalisi, defekasyon disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon ve kronik ağrı sendromu olarak tanımlamışlardır (3). Pelvik taban disfonksiyonuna neden olan en önemli risk faktörleri arasında gebelik, vajinal doğum, obstetrik komplikasyonlar (epizyotomi, forseps doğum, uzamış eylem), yeni doğan ağırlığı, menopo, obezite, sigara, histerektomi, konstipasyon, sistemik hastalıklar, genetik ve ırk sayılabilir (2).

Kadınların pelvik taban disfonksiyonu nedeniyle çeşitli sorunlarla karşılaşmaları riski, yaşamları boyunca %11 olarak tahmin edilmektedir (3). Pauls ve ark. ve Rogers ve ark. pelvik taban disfonksiyonunun kadınların %41-62'sini etkilediğini belirtmiştir (4).

Pelvik taban disfonksiyonunu değerlendirmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden biri de klinik anamnez almadır. Klinik anamnez alma, semptomları ve semptomların günlük yaşama etkilerini değerlendirmede önemli bir yöntem olmasına rağmen, fizyoterapistten fizyoterapiste farklılık gösterebilmektedir. Hastaların klinik takibinde hatalar olabileceğinden standart,

geçerli ve güvenilir anketlerin kullanımının daha doğru olacağı düşünülmektedir. Ayrıca anket kullanımı kolay, ucuz ve ekonomiktir. Bu amaçla yeni anketler geliştirilmiştir (5).

Birçok geçerli anket çalışması olmasına rağmen çoğu depolama ve işeme bozuklukları, pelvik organ prolapsusu, anal kontinans bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları gibi pelvik taban sağlığını tehdit eden hastalıkların tek bir yönünü ele almaktadır (6). Pelvik taban semptomlarını tüm boyutlarıyla ele alan anketler de genellikle uzun ve fazla zaman almaktadır. Bu sebeple uzun anketlerin rutin ürojinekolojik uygulamalar ve araştırmalarda kullanımı daha azdır. Pelvik taban disfonksiyonlarının birlikte görülmesi ve karmaşık etkileri düşünüldüğünde araştırma ve kliniklerde kullanmak için daha kısa, yorumlanması kolay, geçerli ve güvenilir global indekslerin Türkçe'ye kazandırılması da gerekmektedir. Peterson, Karp, Aguilar ve Davila tarafından 2010 yılında geçerliği ve güvenilirliği yapılmış olan ve İngilizce olarak geliştirilen Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA), stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsusu, obstrüktif defekasyon, anal inkontinans ve disparoni ile ilişkili semptomları değerlendiren kısa ve anlaşılır global bir ankettir. "Global" terimi semptomların sonuçlarını detaylı olarak değerlendirmeden şiddetinin ölçülmesi anlamına gelmektedir. Yani global anketler hastalığın varlığının ve şiddetinin belirlenmesine yönelik araştırmalarda ve yoğun kliniklerde kolaylık sağlamak amacıyla oluşturulmuştur (6, 7).

Bu çalışmada amacımız, Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi'ni Türkçeye uyarlamak, kültürel adaptasyon sağlamak ve geçerlik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

Bu çalışmadaki hipotezler şunlardır:

H0-1: Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe uyarlaması pelvik taban fonksiyon bozukluğu için geçerli bir ölçek değildir.

H0-2: Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe uyarlaması pelvik taban fonksiyon bozukluğu için güvenilir bir ölçek değildir.

2. GENEL BİLGİLER

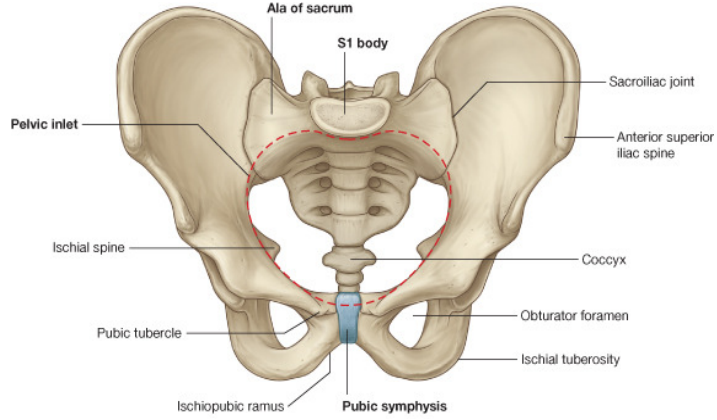
2.1. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban fonksiyonuna katkı sağlayan kemikler, kaslar, ligamentler ve fasya pelvik anatomiye oluşturur. Bunlardan fasya, kemikler ve ligamentler pasif yapıyı, kaslar ise aktif yapıyı oluşturur (8, 9).

Mesane, uterus ve rektum ise pelvis içinde yer alan pelvik organlardır. Bu organlardan hiç birinin pelvik taban fonksiyonu üzerine belirgin bir şekli ve gücü yoktur. Fasyalar bu organları güçlendirir ve destek sağlar, ligamentler organları asar ve kasların tutunum noktalarını oluşturur. Pelvik organların normal fonksiyonu pelvik taban yapılarının bütünlüğü ile sağlanır (8).

2.1.1. Kemik yapı

Pelvis, kranial yönden bakıldığında ön tarafta simfizis pubis, arka tarafta sakrum ve yan taraflarda spina iskiadikalarla sınırlanan eşkenar dörtgen şeklinde yapıdır. Pelvis; major ve minör pelvis olmak üzere iki adet boşluğa ayrılır. Major pelvis, içinde abdominal organları barındıran daha büyük çaplı iken, minör pelvis ise majör pelvisin altında yer alır ve çapı daha dardır. Kadınlarda pelvis çapı erkeklere göre daha geniş ve sirküler bir yapıdır. Bu durum pelvik tabanın daha zayıf olmasına neden olmasına rağmen, geniş ve zayıf pelvik taban doğumda kadınlara yardım eden bir özelliktir (Şekil 2.1) (10-12).



Şekil 2.1. Pelvis kemiği.

2.1.2. Pelvik taban kasları

Pelvik taban kasları süperfisyal, orta ve derin olmak üzere 3 tabakaya ayrılır (9).

1. Süperfisyal tabaka

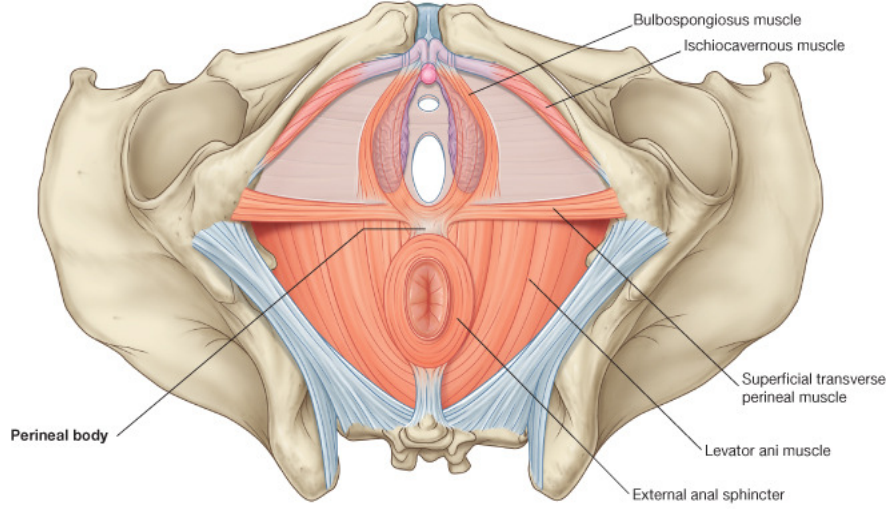
Bulbospongiosus, iskiokavernosus ve transversus perinei süperfisyalis ve eksternal anal sfinkter kaslarından oluşur (9).

Bulbospongiosus (kadında) kası: Vajina giriş çevresinde yerleşmiştir. Sentrum tendineum perineumdan başlar. Klitorise yapışır. Vajinanın daralmasında ve klitorisin ereksiyonunda rol oynar. Siniri, N. Pudendus'tur.

İschiocavernosus kası: Krus klitoris'leri sarar. Bu kaslar kolles fasyası ile sarılıdır. Klitorisin ereksiyonu ile görevlidir. Siniri, N. Pudendus'tur.

Transversus perinei superfisyalis kası: Her iki cinste de tuber iskiadikum'dan başlayan, iki uzun ve küçük kastır. Ortada sentrum tendineum perineum'a yapışır. Kas, kolles fasyası ile sarılıdır. Perinenin sentrumunu tespit eder. Siniri, N. Pudendus'tur.

Eksternal anal sfinkter kası: İstemli kontrolle çalışan bir kastır. Anal kanalın alt ucunun üç santimetrelık (cm) kısmını çevreler. Anüsün longitudinal noktasında biter. Siniri, N. Rectalis inferior'dur (Sakral 4). Anüsü kapatır ve anal kanalı öne doğru çeker. Defekasyon sırasında gevşer (Şekil 2.2) (8, 13, 14).



Şekil 2.2. Pelvik taban kasları süperfisyal tabaka

2. Orta tabaka

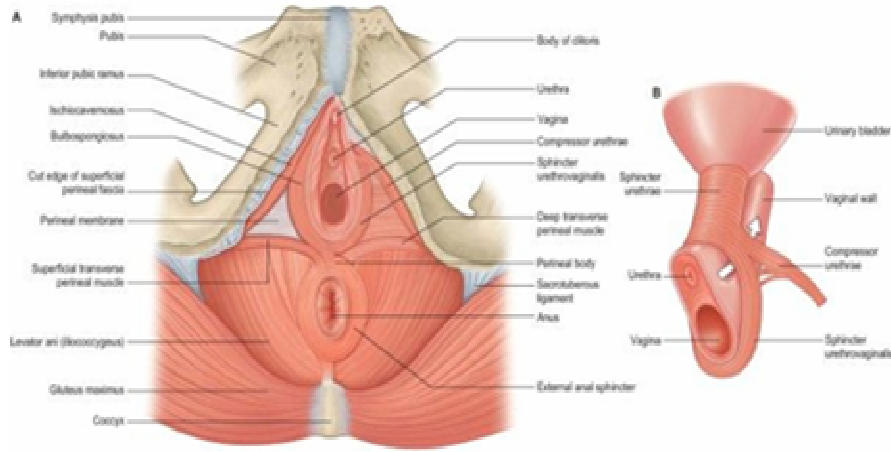
Sfinkter üretra kası, Transversus perinei profundus kası, kompresör üretra kası ve üretrovajinal sfinkter kasları orta tabakada yer almaktadır (9).

Sfinkter Üretra kası: Kadınlarda ve erkeklerde üst ve alt parçaları vardır. Üst grup lifler üretranın alt kısmını çevreler. Alt grup lifler ise lig. transversum perinei'den başlayıp üretrayı her iki taraftan sararak arkaya doğru ilerler. Bu liflerin bir kısmı üretra ile vajina arasında karşı tarafın lifleri ile bağlantılıdır. Diğer lifler ise vajinanın duvarına gider. Üretrayı daraltma fonksiyonu vardır. Siniri, N. Pudendus'un dalı Nn. Perinealis'tir (15).

Transversus perinei profundus kası: Ramus ossis iskiiler'den başlar, sentrum tendineum perinei'de sonlanır. Önden geçen lifleri vajina duvarında uzanır. Pelviste bulunan organlar ile ürogenital diyaframı destekler ve perinenin santral tendonunu yerinde tutar. Siniri, N. Pudendus'un dalı Nn. Perinealis'tir (15).

Kompresör üretra kası: Kadınlarda bulunan bu kas her iki iskiopubik ramiden başlar ve üretranın önünde karşı tarafta birleşir. Üretranın yardımcı sfinkteri olarak üretrayı kapatır. Siniri, N. Pudendus'un dalı Nn. Perinealis'tir (S2-S4) (14).

Üretrovajinal sfinkter kası: Perineal cisimcikten başlayan fibrilleri vajinanın lateralinden geçerek üretranın önünde karşı tarafta birleşir. Yalnızca kadınlarda bulunur. Siniri, N. Pudendus'un dalı Nn. Perinealis'tir (S2-S4). Üretranın kapatılmasına yardım eder. Vajinanın kapatılmasına da yardım edebilir (Şekil 2.3) (14).



Şekil 2.3. Pelvik taban kasları orta tabaka.

3. Derin tabaka

Levator ani kası ve Koksigeus kasını (İskiokoksigeus Kası) içerir.

a) Levator ani kası

Pelvik taban kaslarının çoğu için kullanılan en genel terimdir. Siniri, Rektalis inferior'dur (S3-4). Önde pubis, arkada koksiks ve yanlarda pelvis yan duvarları arasında gerilerek pelvisin tabanını oluşturur. Levator ani kası; ön abdominal kaslar için abdominal ve pelvik içeriğinin desteklenmesi, posterior vajinal duvarın desteklenmesi, defekasyonun kolaylaştırılması ve fekal kontinansı sağlar. Doğumda, serviksin dilatasyonu sırasında, fetüsün başını destekler, rektum ve vajinayı daraltır

(15, 16). Levator ani kası; Pubokoksigeus, puborektalis ve iliokoksigeus olmak üzere üç kastan oluşur.

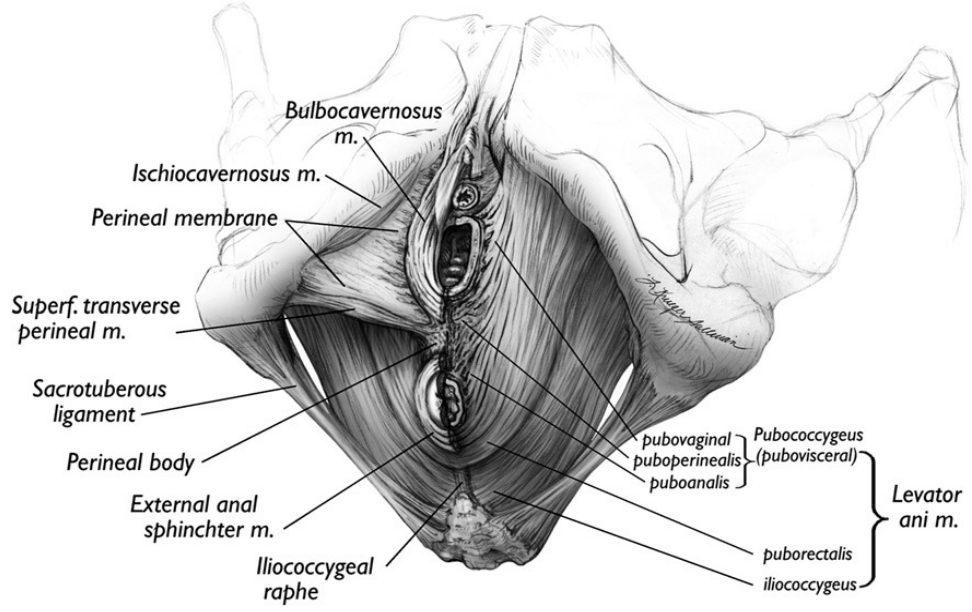
Pubokoksigeus kası: Pubis'in korpusunun arkasından ve fasya obturatorianın ön kısmından başlar. Kanalis analisin yanlarında horizontal yönde seyredip koksiks ve lig. anakoksigeuma tutunur. Pubokoksigeus kası puboperineus (perineal badiye insersiyoyapar), pubovajinalis (vajinal duvara insersiyoyapar) ve puboanalis (anal kanalın intersfinkterik oluşuna insersiyoyapar) olmak üzere 3 alt kısımdan oluşmaktadır (15, 17). Pubovajinalis üretrayı eleve ederek üriner kontinansa katkı sağlar, puboperineal kısmı perineye bağlar ve simfisiz pubise doğru çeker, puboanalis internal ve eksternal sfinkter arasında intersfinkter olarak anüse bağlanır ve puborektalis ile ürogenital hiatusun kapalı tutulmasında görevlidir (Şekil 2.4) (18).

Puborektalis kası: Pubisten başlayıp arkaya doğru uzanarak koksikte sonlanır. Eksternal anal sfinkter üzerinden anarektalisi U şeklinde çevreler. Eksternal anal sfinkter kası ile rektumun longitudinal seyreden kas liflerine karışır. Anarektalisi pubise doğru çekerek anorektal açığa katkı sağlar (15, 18).

İliokoksigeus kası: Arkus tendineus fasya obturatoria ve spina iskiadikadan başlar. Her iki lifleriyle beraber arkaya doğru uzanarak koksiks ve lig. anakoksigeumda sonlanır. Levator aninin en zayıf ve en arkadaki yapısıdır. Primer olarak destek görevi vardır. Siniri, 4.sakral spinal sinirin ön dalı veya N. Pudendus'un perineal dalıdır (15, 18).

b) Koksigeus kası

Spina iskiadika ve lig. sakrospinaleden başlar. Beşinci sakral vertebranın yan taraflarına ve koksikse tutunur. Diyafragma pelvisin arka kısmının yapısına katılır Siniri 4. ve 5. Sakral spinal sinirlerdir. Levator ani ile birlikte pelvisteki organları destekler (15).



Şekil 2.4. Pelvik taban kasları derin tabaka

2.1.3. Bağ dokusu desteği

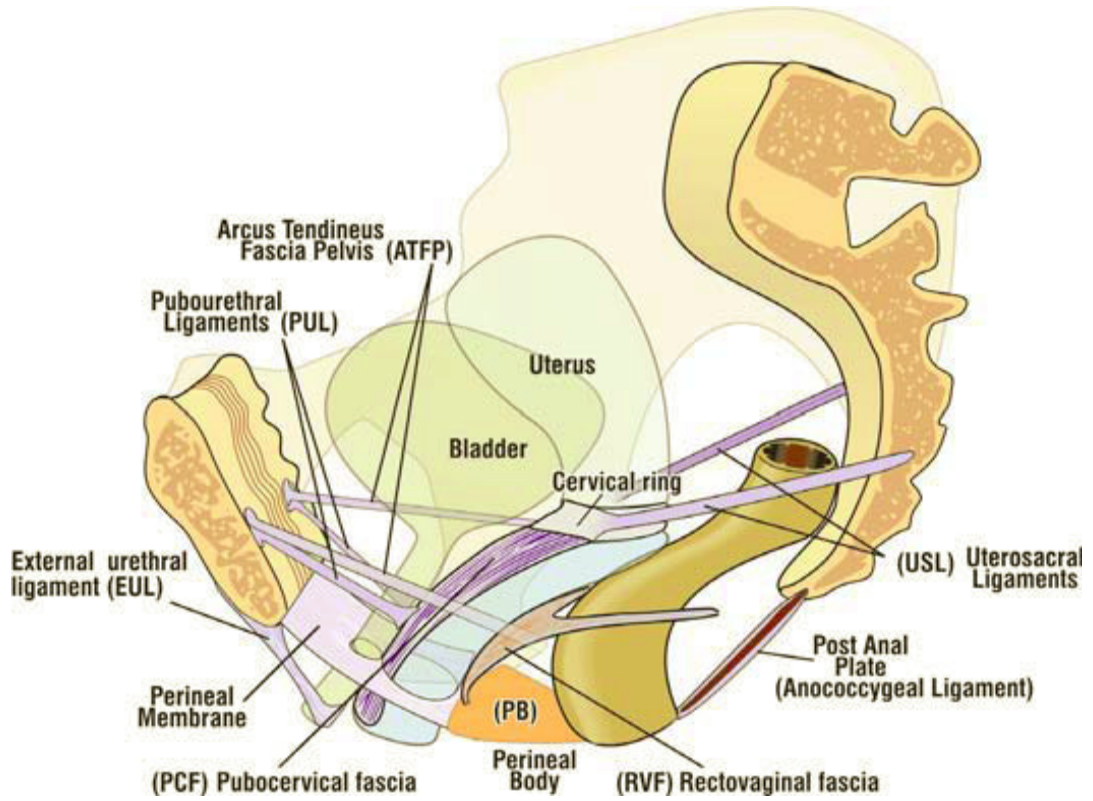
Pelvik ligamentler ve endopelvik fasya; uterus, vajina, üretra ve mesaneyi pelvik yan duvara bağlar ve pelvik tabanı örten kaslarla desteklenir (19).

1. Vajina ön duvar desteği

- a) Puboüretral ligament: Simfisiz pubisin arka yüzünün alt kısmından başlar, yelpaze gibi aşağı dönerek midüretranın medialinde, pubokoksigeus kasının ve vajen duvarının lateralinde sonlanır (8). Üretrayı ve ön vajinal duvarın ilişkili kısmını stabilize eder ve üretrayı proksimal üretra ve distal üretra olarak iki kısma ayırır (19).
- b) Eksternal üretral ligament (ön puboüretral ligament): Eksternal üretral meatusu pubik ramusun inen parçasının ön yüzüne asar. Yukarıda klitorise, aşağıda puboüretral ligamente uzanır (8).
- c) Üretropelvik ligament: Mesane boynu ve proksimal üretra desteğinde en önemli rolü üstlenen levator fasyanın kalınlaşmasıyla 2 tabakadan oluşan ligamettir. Bir tabakası mesane altına doğru puboservikal fasya olarak, diğer tabakası üretranın abdominal kısmını kaplayan levator fasyası

oluşturur. Yanlara doğru periüretal fasya olarak devam eder. Bu yan destek yapılar sayesinde intraabdominal basınç artışında pasif kontinansın sağlanmasında önemli role sahiptir (19).

- d) Puboservikal fasya: Yan sulkuslardan servikal halkanın ön kısmına doğru uzanır. Servikal halkanın ön kısmı serviks ve kardinal ligamentle karışır, yanlarda mesanenin abdominal yüzünü örten endopelvik fasya ile birleşir. Mesane boynu ve mesane tabanının en önemli destek yapılarındandır. Fasyanın servikal halkadan kopması yüksek sistosele, hatta enterosele neden olabilir (Şekil 2.5) (8, 19).



Şekil 2.5. Pelvik organ ve ligamentler

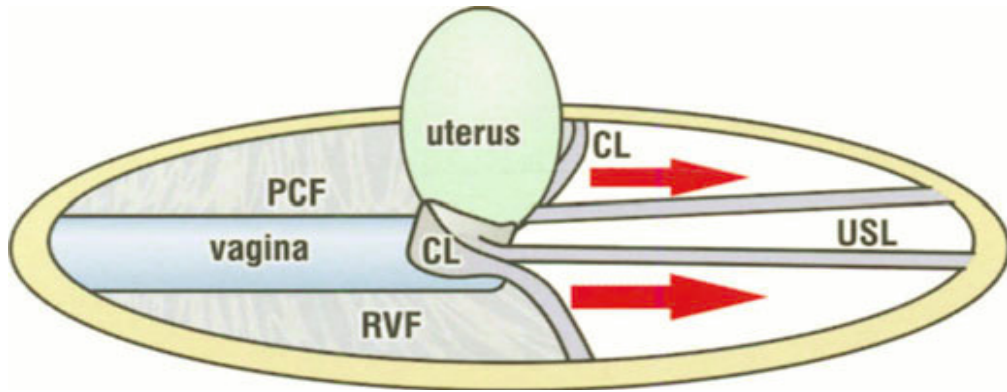
2. Uterus ve vajinal kaf desteği

- a) Arkus tendineus fasya pelvis: Simfisiz pubisin arka yüzünde puboüretal ligamentin hemen üzerinden başlayıp spina iskiadikalarda sonlanan pelvisin her iki tarafındaki horizontal ligamentlerdir. Levator plak ve komşu kasların güçleri arkus tendineus fasya pelvisi ve vajinayı gerer. Orta bölgede en sık yaralanan ligamenttir (8, 20).

- b) Uterosakral ligament: Vajina tepesine asılıdır. Sakral 2, 3, 4'ten başlar ve servikal halkaya arkadan bağlanır. Uterosakral ligament anüsün longitudinal kasını aşağı doğru çekerek etkili bir insersiyo noktası oluşturur. Asıl kanlanması uterin arterin inen kolundan sağlanır (8).
- c) Kardinal ligament: Uterusun her iki yan tarafında iskimus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasyanın yoğunlaşmasıyla oluşan bir ligamenttir. Uterus ve vajina apeksine destek sağlayan en önemli ligamenttir. Uterosakral ligamentle birlikte serviks ve uterusu pelvik tabana bağlar. Puboservikal fasya ile birlikte vajina kubbesi ve servikse yukarı laterale doğru destek sağlarlar (19, 21).

3. Vajina arka duvar desteği

- a) Retrovajinal fasya: Vajinanın posterior apeksi ve rektum ön duvarı arasında levator plak üstünde uzanır. Uterosakral ligamente bağlanır ve serviksi çevreleyen fasyaya yapışarak vajina arka duvarını destekler (8, 19).
- b) Servikal halka: Serviksi çevreler. Kardinal ve uterosakral ligamentler ve ayrıca puboservikal fasya ve retrovajinal fasya için tutunma noktası oluşturur. Çoğunlukla kollejen dokudan oluşmuştur (Şekil 2.6) (8).



Şekil 2.6. Vajina üst duvarının fasyal desteği. PCF: puboservikal fasya, RVF: retrovajinal fasya, CL: kardinal ligament; USL = uterosakral ligament.

2.1.4. Pelvik fasya

Pelvik kasları ve pelvis içindeki organları örten fasyadır. Parietal ve visseral fasya olmak üzere 2 yaprağa ayrılır.

Parietal fasya: Pelviste iliumun periostuna tutunur, kanalis pelviste ve diyafragma pelvisin üst yüzünde devam eder, iskion pubis kolunun altına kadar uzanır. Önde ise pubisin korpusunun arka yüzündeki periostla birleşir. Bu fasya pelviste bulunan büyük damarları sarar ve yukarıya fasya transversalis olarak devam eder. Parietal fasya, Obturator internus, Priformis, Koksigeus, Sfinkter üretra ve Levator ani kaslarının üzerini örter. Diğer kısımlara göre daha kalın olan ve Obturator internus kasının üzerini örten kısmına “fasya obturatoria” denir (15).

Visseral fasya: Pelvisteki organların üzerini örter ve pelvik tabanı destekler. Bu fasyanın pelvisin yan taraflarında kalınlaşan kısımları Uterosakral ligament ve kardinal ligamenti (lig. servikalis transversus) oluşturur. Bunlar uterusu yerinde tutan en önemli bağlardır (15).

Parietal fasya kemiklerle kasların bağlantısını sağlarken, visseral fasya lenfatikleri, sinirleri ve kan damarlarını kaplar ve pelvik organların genişlemesini ve daralmasını sağlar (16).

2.2. Pelvik Taban Disfonksiyonu

Kadınlarda görülen pelvik taban disfonksiyonları pelvik organ prolapsusu (POP), üriner inkontinans, fekal inkontinans, alt üriner sistemin duyusal ve boşaltma anomalileri, defekasyon disfonksiyonu, seksüel disfonksiyon ve kronik ağrı sendromu olmak üzere geniş klinik bir tablodur (3, 22).

2.2.1. Üriner inkontinans

Uluslararası kontinans topluluğunun tanımına göre üriner inkontinans, objektif olarak gösterilebilen sosyal ve hijyenik problemleri beraberinde getiren istemsiz idrar kaçırma durumudur (19).

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-5 kat fazla görülmektedir. Üriner inkontinans ile doğum sayısı, üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyon ve fekal inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Üriner inkontinans yaşlılıkla artan bir insidans göstermesine rağmen yaşlılığın normal bir süreci değildir (20).

Üriner inkontinans yaygındır ve yaşamı tehdit etmemektedir. Fakat bireyde kendini daha depresif, anksiyeteli ve damgalanmış hissetme, umutsuzluk, içe dönüklük, kendine güven kaybı, kendini yalnız hissetme, yaşama sevincinin kaybı, utanma ve cinsel istekte azalma gibi olumsuz psikososyal etkilere sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve maddi olarak yük getirmektedir (23, 24).

Uluslararası kontinans topluluğu üriner inkontinansı son zamanlarda, gerçek stres inkontinans, urge inkontinans, miks üriner inkontinans, overflow (taşma) inkontinans, fonksiyonel inkontinans, üretraya bağlı oluşmayan inkontinans ve belirgin bir patofizyoloji saptanamayanlar olarak sınıflandırmıştır.

1. Gerçek stres üriner inkontinans

Uluslararası Kontinans Derneği, gerçek stres üriner inkontinansı detrüsör kontraksiyonu olmadan, mesane içi basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaşarak istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlamıştır. Bu inkontinanstaki detrüsör kas faaliyeti normal, yetersiz üretra söz konusudur (25, 26). Stres tip inkontinansın en yaygın tipi gerçek stres üriner inkontinans olup olguların %90'ında görülür. Etiyopatogenezinde iki ayrı mekanizma yer alır, biri mesane boynu hipermobilitesi, diğeri ise internal sfinkter yetmezliğidir (27). Birinci mekanizmada

intraabdominal basıncın mesane boynu ve proksimal üretradan daha yoğun olarak mesane gövdesine iletilmesiyle oluşur. Stres inkontinansı oluşturduğu düşünülen ikinci mekanizma ise üretranın sfinkteri yeterli olarak görevini yapamadığı için meydana gelir. İstirahat halinde bile idrar kaçışını önleyemez (28).

2. Urge inkontinans

Urge inkontinans, ani idrar yapma isteğiyle istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Urge inkontinans ürodinamik olarak tespit edilebilen iki disfonksiyon sonucu gelişir. Bunlar; duyusal urgency (mesanenin hipersensitivitesi) ve motor urgency (overaktif detrüsör fonksiyon) dir (29, 30).

Duyusal urgency; Genelde mesane duvarındaki reseptörlerin aşırı hassasiyeti bazen üretrada enfeksiyon, karsinoma, taş gibi patolojiler sebepleri arasındadır. Bu sebeple bireylerde mesane dolunca ya kendiliğinden ya da bir aktiviteye cevap olarak erken ve istemsiz detrüsör kontraksiyonları ortaya çıkar (29).

Motor urgency; Nörolojik hastalıklarla olabileceği gibi asemptomatik de olabilir. Mesane dolum fazında istemsiz detrüsör kontraksiyonu görülür. Üretra normal iken detrüsörün aşırı çalışması söz konusudur. Ani ve önlenemeyen kasılmalar sonucunda mesane içi basıncı üretra içi basıncını aşar. Bu hastalar genellikle ani ve şiddetli idrar yapma isteği ile tuvalete ulaşmadan istemsiz idrar kaybindan yakınrlar (29, 30). Detrüsör kas disfonksiyonu için bilinen bir nörolojik sebep varsa bu durum “nörojenik detrüsör aşırı aktivitesi”, ancak neden bilinmiyorsa durum “idiopatik detrüsör aşırı aktivitesi” olarak adlandırılır. Sonuç olarak urgency üriner inkontinans, aşırı aktif bir mesaneden kaynaklanmaktadır (31).

3. Miks inkontinans

Aciliyet hissi ile birlikte istemsiz idrar kaçırma hali (urge inkontinans) ve öksürme, hapşırma ve fiziksel efor ile idrar kaçırma halinin (stres inkontinans) birlikte görülmesidir (32).

4. Overflow (Taşma) inkontinans

Mesane çıkışında obstrüksiyon, akontraktil mesane (hipotonik detrüsör) nedeniyle mesanenin aşırı gerilmesiyle, mesanenin boşalmasında bozukluk olarak tanımlanır. Detrüsör kas aktivitesi azalarak üretral aktivite artmıştır. Üretral çıkış azaldığı için idrar mesanede birikir, mesane hacmi dolar ve mesane idrarı daha fazla biriktiremez ve taşma gözlenir. Hastada sık ya da sürekli damlama şeklinde idrar kaçırma şikayetlerine yol açar. Diyabet, omurilik yaralanmaları, diabetik nöropati, bazı ilaçların kullanımı ve pelvik prolapsus veya geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı mesane çıkışı obstrüksiyonu sebepleri arasındadır (30).

5. Fonksiyonel inkontinans (ürolojik olmayan nedenler)

Fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışındaki faktörlerden oluşan inkontinanstır. Fonksiyonel inkontinans; kognitif fonksiyonlarda azalma, azalmış mobilite (kronik dejeneratif kas hastalığı, vb.), çevresel sınırlandırmalar, konstipasyon, ilaç yan etkileri (diüretik, kolinerjik, trankilizan, vb.), üriner enfeksiyon, aşırı idrar üretimi ve atrofik üretrit gibi durumlardan oluşabilir. Bu tür inkontinansı olan hasta grubunda ürodinamik çalışmalar ve sistoüretroskopide mesane ve üretra normal olarak tespit edilir (25, 28, 30).

6. Üretraya bağlı oluşmayan inkontinans

Konjenital anomaliler (epispadias, ektopik üreter, mesane ekstrofisi, vb.), üretral veya vezikal fistüller sebepleri arasındadır.

7. Belirgin bir patofizyoloji saptanamayanlar.

Psikojenik inkontinans olarak da adlandırılır (25, 28).

2.2.2. İşeme zorluğu

Normal işemenin gerçekleşebilmesi için pelvik taban ve üretral sfinkter kaslarının gevşemesi ve detrüsör kasının koordineli olarak kontraksiyonu ile mesanenin boşaltılması gerekir. İşeme zorluğu görülen hastalarda ise sıklıkla mesane

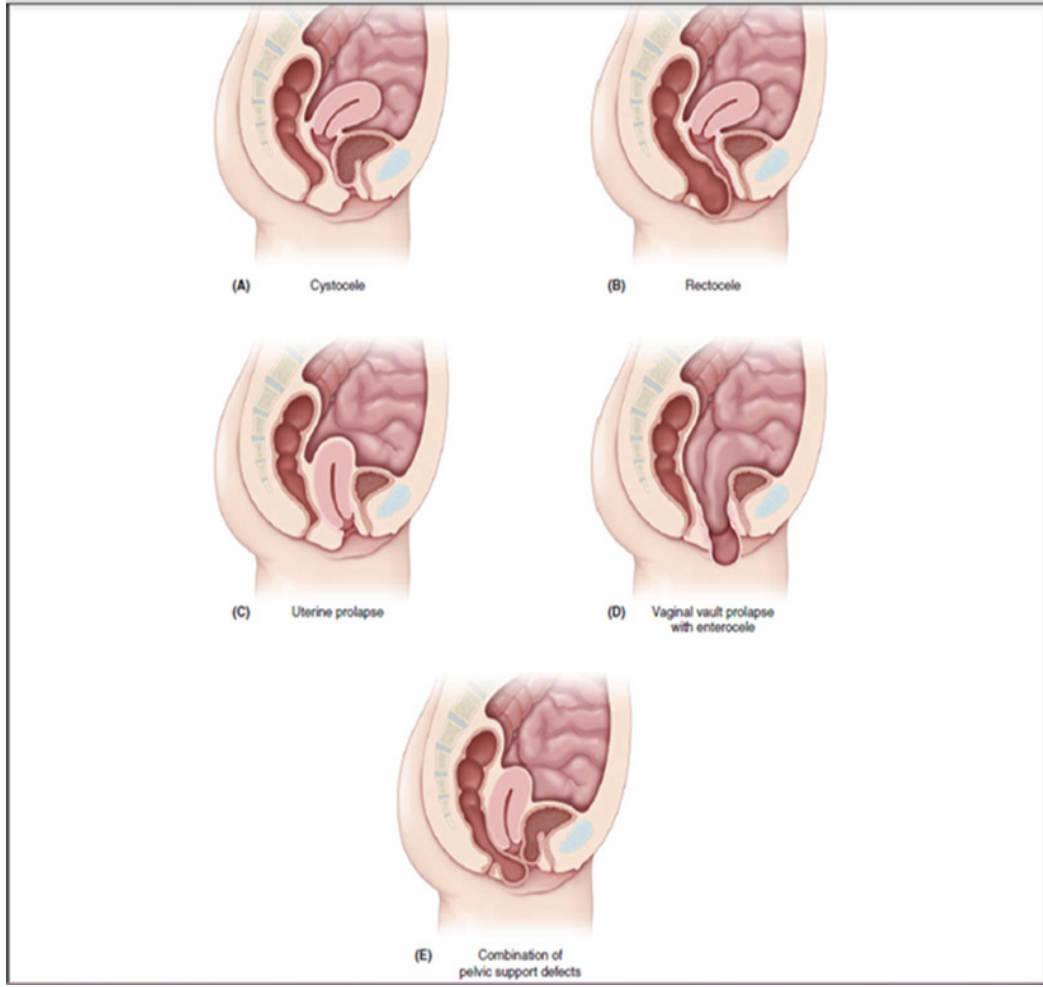
boynunda obstrüksiyon veya bu kaslardaki disfonksiyona bağılı olarak semptomlar görölmektedir (16). İşeme zorluğu pelvik taban disfonksiyonuna veya detrüsrörün yetersiz kontraksiyonuna bağılı görölen boşaltma disfonksiyonu olarak tanımlanır (16). Stres inkontinans, detrüsrör instabilitesi gibi depolama bozuklukları ve uterin veya vajinal prolapsusa göre daha nadir görölür. İdrar akım zayıflığı, tam boşaltamama hissi, işemeyi başlatmada zorluk, işemede zorlanma ihtiyacı gibi semptomlarından en az biri işeme zorluğu olan ürojinekolojik hastaların %70’inde görölmektedir (33). Mesane çıkış obstrüksiyonu kadınlarda yaygın değildir ve büyük çoğunluğu inkontinans cerrahisi veya pelvik cerrahiye bağılıdır. Couillard ve Webster’in belirttiğine göre McGuire işeme disfonksiyonunun sebebinin ileri derecede bir sistosel olması halinde bu durumun detrüsrör instabilitesi ile de ilişkili olabileceğini bildirmiştir (34).

2.2.3. Pelvik organ prolapsusu (POP)

Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Koleji teknik bülteninde POP, pelvisteki organların vajinal kanal içinde ve kanalın dışında aşağıya doğru sarkması olarak tanımlanmıştır (şekil 2.7) (16, 35, 36). Bu yer değiştirmeler genellikle 0 ile 4 arasında sınıflandırılır. Derece arttıkça prolapsın şiddeti de artar; “0” prolapsusun olmadığını, “4” ise total prolapsusu gösterir (16).

POP, bir ya da birden fazla doğum yapan kadınlarda %50’sinde görölmektedir. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada, 45-85 yaş arasındaki kadınlarda %40’ında en az evre 2 POP olduğu bildirilmiştir (37).

Ürogenital prolapsus semptomları yaşamı tehdit etmemekle birlikte psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik durumunu etkileyerek, kadının iş, aile ve cinsel yaşamında sınırlılıklara sebep olur (38).



Şekil 2.7. Pelvik organ defektleri

Pelvik organ prolapsusu; anterior vajinal prolapsus (sistosel, sistoüretrosel), apikal veya uterin prolapsus, posterior vajinal prolapsus (rektosel, enterosel) olarak 3 grupta incelenir.

1. Vajina ön duvarı

Sistosel; mesanenin aşağı doğru yer değiştirmesidir. Sistoüretrosel ise üretrayı da içeren prolapsustur (Şekil 2.8) (18, 22).

2. Uterus ve vajinal apeks

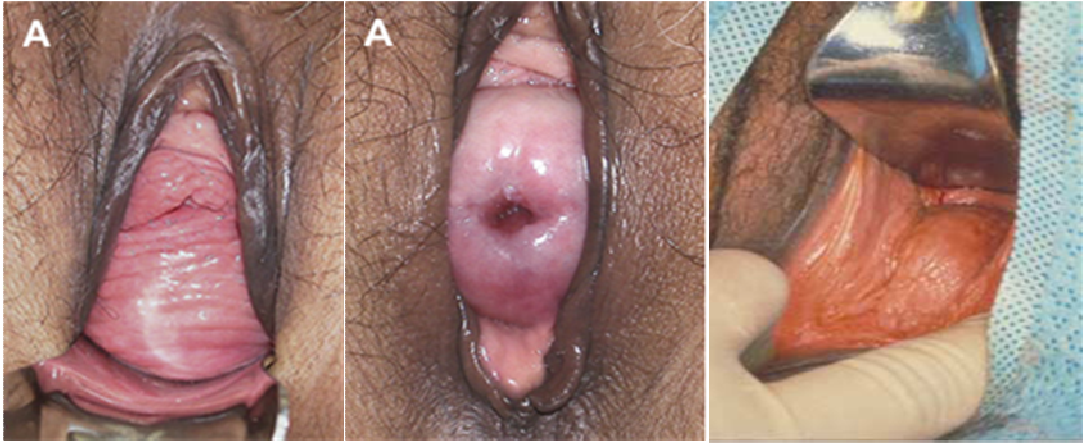
Uterovajinal prolapsus, uterusun normal yerinden aşağı doğru inmesidir. Uterusu alınmış olan hastalarda vajinal apeksin normalden aşağı doğru yer

değiştirmesine vajinal apeks prolapsusu adı verilir ve vajenin içi tamamen dışarı doğru dönerse vajinal eversiyon terimi kullanılır (Şekil 2.9) (18, 39).

3. Vajen arka duvarı

Rektosel, ön rektum duvarı ve üzerindeki vajenin himenal halkanın altına doğru protrude olduğu durumdur (Şekil 2.10) (18, 39).

Enterosel ise, Cul-de-sac (boşluk, çıkmaz) barsaklarda dolar ve vajen arka duvarını dışarı doğru iterse enterosel oluşur. Vajinal lümendeki ince bağırsağın fıtıklaşmasıdır (18, 39).



Şekil 2.8. Sistosel Şekil 2.9. Uterovajinal prolapsus Şekil 2.10. Rektosel

2.2.4. Obstrüktif defekasyon ve konstipasyon

Obstrüktif defekasyon, boşaltmada sıklıkla zorluk, tam boşaltamama hissi, bağırsak hareket bozukluğu, feçesin dijital boşaltımı gibi semptomlarla karakterizedir. Bu rahatsızlığın rektoanal koordinasyon bozukluğu, yetersiz anal gevşeme, bozulmuş rektal daralma ya da paradoksal puborektalisin daralmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (40). Çıkış obstrüksiyonuna yapısal ya da fonksiyonel hastalıklar neden olabilir. Fonksiyonel sebepler arasında rektosel, azalan perine sendromu, rektal ülser, rektal prolapsus, enterosel ve sigmoidosel olabilir. Obstrüktif defekasyon pelvik taban dissinerjisine sebep olabilir (41).

Konstipasyon, sağlık profesyonellerinin görüşüne göre haftada 3 kereden az dışkılama olarak tanımlanırken, hastalar sıklıkla tamamlanmamış boşaltım hissi, sert dışkı, ıkınma ve çaba gerektiren dışkılama olarak tanımlamaktadırlar. Konstipasyon sıklığı toplumdan topluma değişmektedir. Ülkemizde popülasyona dayalı yapılan çalışmaların sonuçlarına göre konstipasyon görülme sıklığı % 22-40 arasında değişmektedir (42).

2.2.5. Anal inkontinans

Anal inkontinans, dışkının katı, sıvı veya gaz olarak istemsiz çıkışı ile sosyal ve hijyenik probleme sebep olan kronik bir rahatsızlıktır. Bugüne kadar bu problemin daha çok yaşlı ve kronik hastalıklarda görüldüğü düşünülürken, şimdi özellikle kadınlar başta olmak üzere tüm yaş gruplarında yaygın olarak grlmektedir. İngiltere Halk Sağlığı Departmanı ‘Kontinansta İyi Uygulamalar’ son zamanlarda anal inkontinansın prevalansını %1 olarak varsaymaktadır (43). Anal inkontinansın prevalansı 45 yaşına kadarki kadınlarda, erkeklere oranla 8 kat daha fazladır. Doğumların genç kadınlarda anal inkontinans için majör risk oluşturduğu düşünülmektedir (44). Anal inkontinans fekal inkontinans ve flatal inkontinans olarak ikiye ayrılmaktadır (45).

Fekal inkontinans, anal sfinkter mekanizması ile katı ve/veya sıvı dışkı eliminasyonunun kontrol yeteneğinin azalması ya da kaybıdır. Fekal inkontinans yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen yaşlı bireylerde yarattığı sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar ve toplumda da bildirilen oranların yüksek olması nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak grlmektedir (46).

Flatal inkontinans ise gazın rektumdan istem dışı kaçışı olup, anal inkontinansın en sık gözlenen tipidir. Yaş, doğum sayısı, histerektomi tarihi, obstetrik sfinkter laserasyonu risk faktörleri arasındadır. Sezaryen doğumların flatal inkontinanstaki koruyucu etkisi gözlenmemiştir (44).

2.2.6. Seksüel disfonksiyon

Seksüel aktivite sırasında kadınların sıklıkla karşılaştıkları duyu ya da fonksiyon bozuklukları disparoni, yüzeysel disparoni, derin disparoni, obstrüktif ilişki ve vajinal gevşeklilik (33):

Disparoni: Vajinal penetrasyon veya ilişki sırasında kalıcı veya tekrarlayan ağrı veya rahatsızlık hissidir.

Yüzeysel disparoni: Vajina girişinde ya da intratiusta ağrı veya rahatsızlık hissidir.

Derin disparoni: Derin penetrasyon sırasında orta veya üst vajinada ağrı veya rahatsızlık şikâyetidir.

Obstrüktif ilişki: Obstrüksiyon sebebiyle ilişkide vajinal penetrasyon yaşayamama şikâyetidir.

Vajinal gevşeklilik: Aşırı vajinal gevşeklilik şikâyetidir.

Disparoni perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda en sık karşılaşılan şikayetler arasındadır. Son yıllarda yapılan derlemelerde disparoni ortalama %2-29 arasında görülmektedir. Postmenopozal kadınlarda disparoni sıklıkla hormonal azalma ile yakından ilişkilidir. Östrojenin azalması vulvar ve vajinal atrofi oluşturarak disparoniye neden olmaktadır. Ayrıca pelvik taban kaslarının zayıflaması da disparoniye sebep olmaktadır. Disparoninin anormal kas aktivitesi ile ilişkisi olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (47).

2.3. Pelvik Taban Disfonksiyonunda Kullanılan Anketler

Pelvik taban disfonksiyonları yaşamı tehdit etmemesine rağmen bireyin sosyal, psikolojik, fiziksel, mesleki ve seksüel fonksiyonlarını etkileyebilir. Pelvik taban disfonksiyonunun ölçülmesi, sınıflandırılması ve tedavi programının belirlenmesi için hastanın subjektif algısını değerlendirmek ve objektif klinik değerlendirme oluşturmak önemlidir (48). Pelvik taban disfonksiyonunu değerlendirmek için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Hastanın medikal hikâyesi standart bir yöntem değildir. İçeriği hasta ve fizyoterapistin göre ve zamana bağlı olarak değişiklik gösterir. Özellikle uzun süre takip edilen hastalarda objektif olmak zor olabilmektedir. Bu sebeple son yıllarda anketler benimsenmeye başlanmıştır. Hastanın sağlık durumunu ve iyi olma algısını değerlendirmenin en geçerli yolu kendi kendine uygulanabilen geçerliği yapılmış anketlerdir. Üstelik diğer değerlendirme metotları hem pahalı hem de zaman almaktadır. Anketler kullanılarak hastalığın varlığı, derecesi ve hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçülebilmektedir (48, 49).

Anketlerin klinik uygulamalarda kullanılabilmesi için 3 önemli özellik göstermesi gerekir. Bunlar; geçerlik, güvenirlik ve duyarlılıktır. Uzun anketler hastalıkları daha detaylı ele almasına rağmen uzun zaman alması, sıkıcı olması ve külfetli olması sebebiyle çok tercih edilmemektedir (5,20). Anketin basit, anlaşılır ve kısa olması da klinikte kullanımını artırmaktadır (49).

Pelvik taban disfonksiyonlarını değerlendiren pek çok anket bulunmaktadır. Bunların çoğunluğunu alt üriner sistem bozuklukları oluşturmaktadır. Fakat son zamanlarda fekal inkontinans ve pelvik organ prolapsusu ile ilgili anketler de geliştirilmektedir. Pelvik taban disfonksiyonu ile ilgili geliştirilen anketler genel olarak 4 kategoriye ayrılır:

1. Semptom anketleri
2. Yaşam kalitesi anketleri
3. Cinsel fonksiyon anketleri
4. Global indeksler (5).

2.3.1. Semptom anketleri

Semptom anketleri özel semptom veya semptom gruplarının varlığını ve semptomun ciddiyetini değerlendirmek için kullanılan bir anket türüdür. Bazı anketler uzun ve kapsamlı iken bazı anketler kısa ve pratiktir (5, 20). Kadınlar için geliştirilmiş pelvik taban disfonksiyonlarını ölçen geçerli ve güvenilir anketler aşağıda Tablo 2.1’de verilmiştir (5):

Tablo 2.1 Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen semptom anketleri

Üriner İnkontinans
Incontinence Severity Index
International Consultation on Incontinence Questionnaire short form
Urogenital Distress Inventory
Urogenital Distress Inventory short form 6
Kings Health Questionnaire
Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire
Fekal İnkontinans
Wexner Scale
Fecal Incontinence Severity Index
Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score
Bütün pelvik taban hastalıkları (POP, Fİ, Üİ)
Pelvic Floor Distress Inventory
Pelvic Floor Distress Inventory short form

Yukarıdaki tabloda verilen anketlerden Incontinence Severity Index’in (50), International Consultation on Incontinence Questionnaire short formun (51), Urogenital Distress Inventory short form 6’nın (52), Kings Health Questionnaire (53)’ın, Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire’in (54), Wexner Scale’nin (55), Fecal Incontinence Severity Index’in (56), Pelvic Floor Distress Inventory’nin (57) Türkçe versiyonları bulunmaktadır.

2.3.2. Yaşam kalitesi anketleri

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin sosyal, fiziksel ve ruhsal sağlık olmak üzere tam olarak iyilik halidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçütleri genel ve duruma

özgü olmak üzere 2'ye ayrılır. Genel sağlık ölçütleri geniş hastalık grupları ve popülasyona uygulanabilir. Farklı hastalık grupları veya hastalıklar arasında kıyaslama yapmaya izin verdiği için avantajlıdır fakat spesifik bir hastalığın tek bir özelliği için duyarlı olmayabilir (5, 20). Genel sağlık ölçütlerinde hastalığa özgü sosyal aktivite, fiziksel fonksiyon, kişisel ilişkiler, çalışma, mentalite, yaşam memnuniyeti, cinsel yaşam, uyku, ağrı, yorgunluk ve canlılık gibi fonksiyonları içeren multidisipliner yaklaşımları içerebilir (5). Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlardaki genel sağlık ile ilgili yaşam kalitesini değerlendiren anketler arasında SF-36 ve Euro Quality of Life bulunmaktadır. Genel sağlık ile ilgili iki yaşam kalitesi anketi de farklı dillere çevrilmiş ve geçerliliği yapılmış kanıta dayalı testlerdir (5).

Duruma özel yaşam kalitesi ölçütleri ise hastalığa özgü tasarlanmış özel soruları içerir ve konuların daha derinlemesine değerlendirilmesini sağlar. Genel sağlık ölçütlerine göre hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri ile ilgili daha duyarlı sonuçlar verir. Dezavantajı ise sadece özel hasta gruplarında kullanılması ve verilerin genel popülasyon ve gruplardaki normlarla kıyaslanamaz olmasıdır (5).

Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda yaşam kalitesini değerlendiren geçerli ve güvenilir anketler Tablo 2.2'de verilmiştir (5).

Tablo 2.2. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen yaşam kalitesi anketleri

Genel yaşam kalitesi anketleri
SF-36 Euro Quality of Life
Duruma özel yaşam kalitesi anketleri
Üriner inkontinans
Incontinence Impact Questionnaire Incontinence Impact Questionnaire short form Incontinence Quality of Life Questionnaire Kings health questionnaire Urge Incontinence Impact Questionnaire
Fekal inkontinans
Fecal Incontinence QOL Scale Manchester Heath Questionnaire
Bütün pelvik taban hastalıkları (UI, AI, POP)
Pelvic Floor Impact Questionnaire Pelvic Floor Impact Questionnaire short form

Yukarıda tabloda gösterilen duruma özel yaşam kalitesi anketlerinden Incontinence Impact Questionnaire-7 (52), Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) (58), Kings Health Questionnaire (53), Fecal Incontinence QOL Scale (56), Pelvic Floor Impact Questionnaire short form (59) anketlerinin Türkçe versiyonları bulunmaktadır.

2.3.3. Cinsel fonksiyon anketleri

Pelvik taban disfonksiyonlarını değerlendirirken cinsel fonksiyonun değerlendirilmesi de önemlidir. 2002’de yapılan sistematik bir derlemede erkek ve kadınlarda kullanılan toplam 14 adet geçerli ve güvenilir cinsel fonksiyon anketi bulunduğu bildirilmiştir. Bu anketlerden iki tanesi yüksek standarda sahiptir. Bunlar McCoy Female Sexuality Questionnaire ve The Female Sexual Function Index’dir. Pelvik organ prolapsusu veya üriner inkontinansı olan kadınlar için duruma özel, geçerli ve güvenilir tek cinsel fonksiyon anketi Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire’dir (5).

PSIQ geçerli ve güvenilir bir ankettir. 30 soru içerir ve Davranışsal/duygusal, fiziksel ve partner ilişkili olmak üzere 3 ana başlığı mevcuttur. Bu anket seksüel olarak aktif üriner inkontinansı veya pelvik organ prolapsusu olan kadınlar için

oluşturulmuş ve bu rahatsızlıkların seksüel fonksiyon üzerine etkisini araştırmaktadır. Bu anketin kısa formu olan PISQ-12 uzun formundan oluşturulmuştur (5, 20). Geçerlik ve güvenirliği yapılmış olan PSIQ-12, Uluslararası Ürojinekoloji Derneği yardımıyla Rogers ve arkadaşları tarafından eksiklikleri üzerinde çalışılarak 2013 yılında PSIQ-UIGA (PSIQ-IR) olarak yeniden gözden geçirilip, yayımlanmıştır (60).

Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen cinsel fonksiyon anketleri aşağıda Tablo 2.3’de verilmiştir (5).

Tablo 2.3. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlar için tavsiye edilen cinsel fonksiyon anketleri

Cinsel fonksiyon anketleri
Female Sexual Function Index
McCoy’s Female Sexual Function Questionnaire
Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire
Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire short form

Yukarıda tabloda verilen cinsel fonksiyon anketlerinden Female Sexual Function Index (61) ve Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire short form (62)’un Türkçe versiyonları bulunmaktadır.

2.3.4. Global indeksler

Global indeksler basit, genellikle tek soruluk, spesifik durumun ciddiyetini veya tedaviye olan cevabını sorgulayan anketlerdir. Adından da anlaşılacağı gibi, global indeksin amacı olgunun her bir komponentini değerlendirmek değil, kompleks bir olguyu genel olarak değerlendirmektir. Global indeksler basit, direk ve yorumlaması kolaydır. Ayrıca global indeksler bireysel açıdan değişimin anlamlılığının tek ve en iyi ölçütüdür. Global indeksler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyebilecek değişiklikleri değerlendirmede diğer metotlara göre daha fazla bilgiyi dikkate alır. Global indekslerin temel dezavantajı katılımcıların belirlenmesinde gerekli olan hastalığın şiddeti ve aşamasını kesin olarak belirlemede bilgi bakımından yetersiz olmasıdır (5).

Yakın bir zaman geçerliği yapılmış üriner inkontinans ile ilgili Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) yedi puanlık global bir ölçektir. PGI-I bir sorudan oluşmuştur ve sorunun konusu tedavi sonrası iyileşme oranıdır. Üriner inkontinans tedavisi sonrasında PGI-I, ped testi, üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi skoru arasında anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu global indeksin hastanın tedaviye cevabının değerlendirilmesini sağlayan geçerli ve güvenilir bir test olduğu bildirilmiştir (5). PGI-I'nın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2003 yılında Yalçın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (63).

Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA) de global anketlerdendir ve geçerli ve güvenilir bir ankettir. “Global” terimi semptomların sonuçlarını detaylı olarak değerlendirmeden şiddetinin ölçülmesi anlamına gelmektedir. GPTRA 9 sorudan oluşmaktadır ve sorular klinikte çok sık karşılaşılan stres üriner inkontinans, sık idrar yapma, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsusu, obstrüktif defekasyon, anal inkontinans ve disparoni gibi pelvik taban disfonksiyonlarını içerir. GPTRA'nın İngilizce, Arapça ve Tayca versiyonları bulunmaktadır (6, 7, 64).

2.4. Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında, ölçeklerin farklı kültürlerde kullanılabilmesi için ölçeğin kullanacağı kültüre uygun olması, yeni kültürdeki psikometrik özelliklerinin (güvenirlik, geçerlik) yeterli düzeyde olması ve ölçeğin yeni kültürdeki psikolojik özellikleri iyi yansıtması gibi konulara açıklık getirmesi gerekir. Ölçek uyarlama çalışmalarının amacı hem hızlı, hem ucuz olması, hem kültürel ve ulusal bir değerlendirmeye olanak sağlaması, hem de güvenilir ve doğru sonuçlar vermesidir (65). Uyarlanan ya da yeni geliştirilen testin 2 temel özelliği bulunması gerekir. Bunlar geçerlik ve güvenirliktir. (66).

2.4.1. Güvenirlik

Aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülen şeyde aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçları vermesidir. Tesadüfi yanılılardan arınmış olmasıdır (67). Aynı bireyin aynı testten farklı zamanlarda aldığı puanları tutarlı ise ya da ölçme aracı neyi ölçüyorsa kararlı bir şekilde ölçüyor ve tutarlı sonuçlar veriyorsa güvenilirirdir ve güvenilir olan test aynı sonuçlar verir (66). Güvenilir bir test geçerli olabilir ya da olamaz fakat güvenilirliği olmayan bir ölçek hiçbir zaman geçerli olamaz (66). Ayrıca güvenilirliği düşük olan bir ölçümün hiçbir bilimsel değeri olmadığını yanında güvenilirliğin yüksek olması da yapılan ölçümün amaca uygunluğunu kesin olarak sağlamaz. Yani güvenilirlik zorunlu fakat yeterli bir koşul değildir (67). Esas olarak güvenilirlik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki maddelerin birbiriyle) olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada kullanılan korelasyon formülleri; Pearson Momentler çarpımı (kappa katsayısı, intraclass korelasyon katsayısı (ICC)), Spearman-Brown ve Kuder Richardson 20, Cronbach alfa katsayısı ve çift seri (bi-serial) teknikleridir (66, 69). Testlerin güvenilirliğinin göstergesi “güvenirlik katsayısı”dır. 0 ve 1 arasında değişim gösterir ve 1’e yaklaştıkça güvenilirliği artar (69).

Yapılan ölçümlerde 3 tür güvenilirlik aranabilir. Bunlar; değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası uyum ve iç tutarlılıktır (66). Herhangi bir ölçek uyarılama çalışmasında bunlardan hangisinin kullanılması gerektiği ile ilgili bir kalıp yoktur. Aynı durumda birden fazla güvenilirlik katsayısı kullanılabilir (66).

2.4.1.1. Değişmezlik

Değişmezlik, test tekrar test ve paralel form güvenilirliği ile belirlenir.

Test-tekrar test güvenilirliği: Aynı test ölçeğin, aynı bireylerden oluşan örnekleme, aynı koşullarda iki ayrı durumda uygulanması ve aralarındaki korelasyonun hesaplanmasına dayanır (69). Bu tür teknikteki en önemli ölçüt, iki

ölçüm arasında bırakılacak zamanın iyi ayarlanabilmesidir. Bu yöntemde iki ölçme arasındaki zaman aralığının kısa olması, ezberlemeye sebep olarak yeniden anımsamayı kolaylaştırıp, güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına, zaman aralığının uzun olması ise, ölçülen özellikteki bazı değişimlerle birlikte güvenilirliğin olduğundan düşük çıkmasına neden olabilmektedir (66, 70). Zamana göre değişmezlik ölçütü ile bulunacak güvenilirlik katsayısı için veri türüne göre uygun korelasyon yapılır (66). Bunda çoğunlukla Pearson momentler çarpımı korelasyonu (kappa katsayısı, maddeler arası korelasyon ve toplam skorlar arası korelasyon) kullanılmaktadır (69). Bu hesaplama için, SPSS gibi istatistik paket programları kullanılabilir. Sonuçlar doyurucu olsa bile, ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için her iki testin ortalamaları ve standart sapmaları incelenmelidir. Değişken gerçekten stabil ise, her iki ölçeğin ortalama ve standart sapma değerleri yakın olmalıdır. İkinci ölçümdeki varyans artışı kişilerin duyarlılığının arttığını (test etkisi) gösterir (66).

Parelel form güvenilirliği: Alternatif ya da eşdeğer form güvenilirliği olarak da anılan bu güvenilirlik ölçütü genellikle ölçek oluştururken kullanılan bir yöntem olup; iki form halinde ve eşdeğer nitelikte geliştirilmiş bir ölçeğin aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanmasıyla elde edilen puanlar arası korelasyon hesaplanarak belirlenir (66).

2.4.1.2. Bağımsız gözlemciler arası uyum

Gözlemciler arasındaki uyumu belirleyen güvenilirlik ölçütü, özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı ve birden çok gözlemcinin, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanır. Birden fazla ölçümcü arasında %70 ve daha yüksek ise tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur (66). Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için kullanılan istatistiksel yöntemler Korelasyon, t testi, varyans analizi, kappa analizidir (66). Kendall konkordans katsayısı ve özel varyans çözümlemeleridir (67).

Gözlemciler içi uyum; iki ya da daha fazla sayıda yapılan gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılmasıdır. Ölçümler arası tutarlılığın yüzdesi güvenilirlik araştırmasında en çok kullanılan yöntemdir (66). Gözlemciler içi uyum için cronbach alfa ve kappa analizi kullanılan istatistiksel yöntemlerdendir (66).

2.4.1.3. İç tutarlılık

İç tutarlılık, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerde oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (67). Bir ölçeğin iç tutarlılığı olduğundan bahsedebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir (66).

İç tutarlılığı hesaplama yöntemleri; iki yarım test (split half) tutarlılık katsayısı, madde toplam korelasyon katsayısı ve madde-kalan korelasyon katsayısı, Kuder Richardson 20-21 ve Cronbach alfa katsayısıdır (68). Güvenirlik katsayısının 0.60–1.00 arasında olması gerekmektedir (69).

2.4.1.4. Güvenirlik katsayısının yorumu

Güvenirlik hesaplamaları korelasyon katsayısı ile bulunur ve korelasyon katsayısı “r” olarak ifade edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin “derecesi” ve “yönü” hakkında bilgi vermekte, -1 ile +1 arasında değer almaktadır. Bir ölçmenin güvenilirlik katsayısı değerlendirilirken, bu değer pozitif sınırlar içinde ve oldukça yüksek olması beklenmektedir. Değer +1’e yaklaştıkça, güvenirliliğin yüksek olduğu kabul edilir (66, 67).

2.4.2. Geçerlik

Geçerlik, ölçülmek istenen şeyin amaca uygun olarak ve diğer şeylerle karıştırmadan doğru şekilde ölçülebilmesidir (67). Geçerlik bir ölçüm aracı için

yapılması zorunludur fakat ölçümün her zaman ve her durumda değişkenlik göstereceğinden dolayı ölçeğin her kullanımında yeniden geçerliğinin yapılması gerekir (68). Geçerlilik; içerik, yüz, kriter ve yapı geçerliliği olarak dört şekilde değerlendirilir (70).

2.4.2.1. İçerik geçerliği

Ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme aracına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği soruları ile ilgilidir ve uzman görüşüne göre belirlenir. Bunun için önce bir grup uzman tarafından ölçme amaçları ve bu amaçların gerektirdiği içerik çözümlemeleri yapılarak hazırlanmış soruların bu amaçları ve içeriği temsil edip edemeyeceği tartışılır (67). İçerik geçerliliği ölçülmek istenilen kavramsal yapının temel boyutları ve ölçüm alanının kapsamı yönünden önemlidir. Ancak kavramsal alanın sınırlarını net ve kesin bir şekilde belirlemez (70).

2.4.2.2. Yüz geçerliği

Bir ölçeğin araştırılan yapıyı ölçüp ölçmediğine ilişkin olarak araştırmacının kendisinin ve konuda uzman olan ve olmayan bireylerin görüşlerinin alınmasıyla belirlenir. İstatistiksel bir değerlendirme yapılamaz (70).

2.4.2.3. Kriter geçerliği

En objektif ve en pratik olan bu geçerlik ölçümünde ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir (66). Bu geçerlik ölçütünü değerlendirmek için 2 ölçüt vardır:

Yordama-kestirim geçerliği: Ölçekten elde edilen bir ‘yordayı puan’ ile gelecekteki durumlarla ilgili bir ‘ölçüt’e ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. Bu bir anlamda yapılan ölçek ile ölçölmek istenen şeyin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir (66).

Hem zaman/eşzaman geçerliliği: Yeni uyarlanan ölçeğin ve daha önceden geçerliği yapılmış ölçeğin aynı gruba uyarlanarak bireylerin her iki testten aldığı puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (66).

2.4.2.4. Yapı geçerliği

Ölçek ile ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiğini araştırma sürecidir. Bu süreç, ölçeğin ölçtüğu faktörler incelenerek ya da geçerliği araştırılan ölçeğin diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisini araştırarak oluşturulur (66).

Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için en çok kullanılan iki yöntem faktör analizi ve bilinen grupla karşılaştırmadır. Bunların dışında kullanılan bir diğer sık kullanılan metod hipotez sınaması (mantıksal analiz)’dır (66). Bu yöntemlerin içinde en sık kullanılan yapısal geçerlik metodu faktör analizidir. Faktör analizinin temeli, değişken sayısını azaltmak, değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanılarak bazı yeni yapılar ortaya çıkarmak ve çok sayıda değişkeni birkaç başlık altında toplamaya dayanır (68). Mantıksal analizde ise ölçüm aracının diğer ölçüm aracıyla ilişkisine bakılır. Araştırmacı ilgili kaynaklarla önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkilerin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirerek test eder (66).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Olgular

Araştırmaya Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsus, obstrüktif defekasyon, fekal inkontinans ve dispareni tanısı konulan 152 olgu dahil edildi (Şekil 3.1).

Çalışma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan gerekli izin alındı (Protokol NO. 2014/16). Etik kurul izni ve bilgilendirilmiş olur formu EK-1 ve 2'de sunuldu.

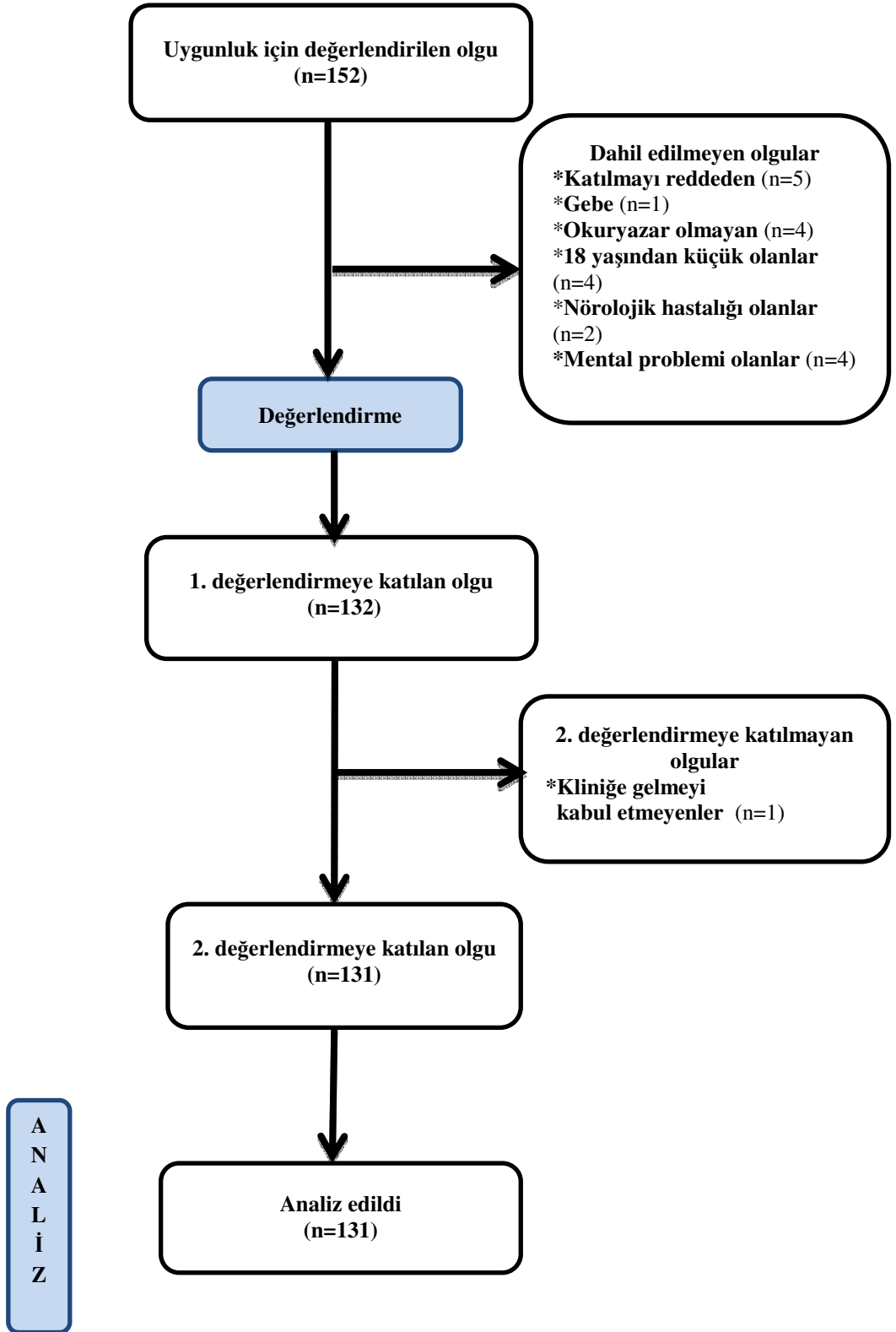
Çalışmaya dahil edilen olgular çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra EK-3'te sunulan değerlendirme formuna bağlı kalınarak değerlendirildi.

3.1.1. Olguların çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Stres üriner inkontinans, sık ve ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsus, obstrüktif defekasyon, fekal inkontinans ve dispareni şikâyetlerinden en az biri olan olgular çalışmaya dâhil edildi.

3.1.2. Olguların çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

- Kooperasyonu ve anlamayı engelleyecek herhangi bir mental problemi olanlar,
- 18 yaşından küçük olanlar,
- Okuma yazma bilmeyenler,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemeyenler,
- Nörolojik hastalığı olanlar,
- Gebe olanlar çalışmaya dahil edilmediler.



Şekil 3.1. Hasta akış diyagramı

3.2. Yöntem

3.2.1. Değerlendirme

Çalışmaya dahil edilen olgulara 1 kez değerlendirme formu uygulandı. Global Pelvik Rahatsızlık Anketi ise 1 hafta arayla 2 kez uygulandı.

Çalışmaya dahil edilen olgulara uygulanan değerlendirme formu aşağıdaki bölümlerden oluştu.

- 1) Anket soruları
- 2) Vücut kütle indeksi
- 3) Prolapsusun değerlendirilmesi
- 4) Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20)
- 5) Pelvik Taban Etki Anketi-7 (PTEA-7)
- 6) Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA)

3.2.1.1. Anket soruları

Anket formunda olguların özelliklerini belirlemek amacıyla şu sorular soruldu;

- Adı-Soyadı
- Doğum Tarihi
- Öğrenim durumu
- Çalışma durumu
- Tıbbi özgeçmiş
- Menstrüel durumu: “Normal-düzenli adet”, “düzensiz adet”, “spontan menopoiz” veya “cerrahi menopoiz” şeklinde kaydedildi.
- Obstetrik hikâye: Olguların gebelik, doğum, düşük ve küretaj sayıları ile doğum şekli (normal doğum ve sezaryen) kaydedildi.
- Sürekli kullanılan ilaçlar

- Konstipasyon durumu: Olguların konstipasyon şikâyeti olup olmadığı önce “var” ve “yok” şeklinde kaydedildi. “Yok” cevabı verenlere “Ne sıklıkta büyük tuvaletinizi yaparsınız?” sorusu ile 3 gün ve daha uzun aralıklarla tuvaletini yapanlara da konstipe olarak kaydedildi.
- Kronik öksürük durumu: Olguların kronik öksürüğü “var veya “yok” şeklinde kaydedildi.

3.2.1.2. Vücut kütle indeksi (VKİ)

Olguların boy uzunlukları ölçülerek metre cinsinden, vücut ağırlıkları ise tartılarak kilogram cinsinden kaydedildi ve Vücut Kütle İndeksi, olguların vücut ağırlıklarının (kg cinsinden) boy uzunluklarının (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplandı (kg/m^2).

3.2.1.3. Prolapsus değerlendirmesi

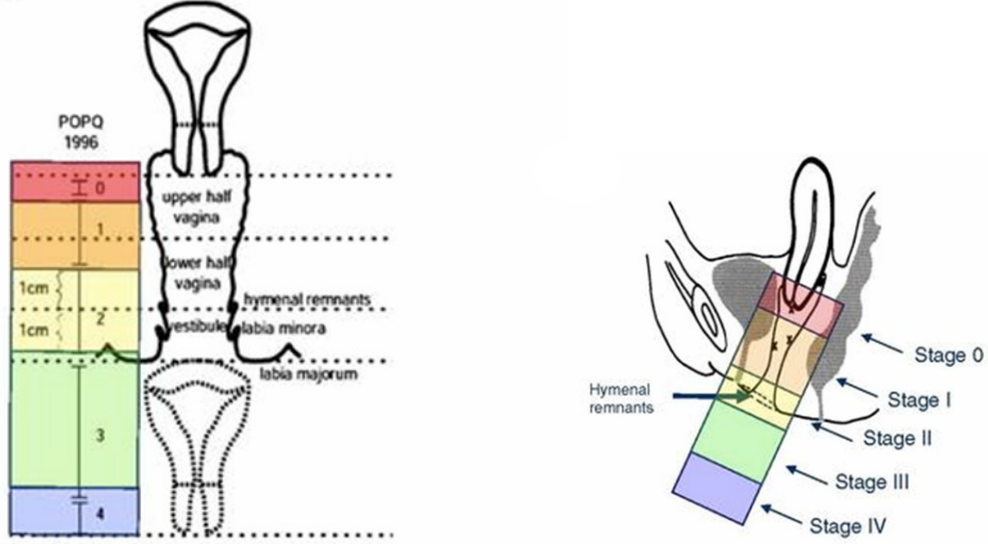
Olguların Pelvik Organ Prolapsus varlığı ve evresini belirlemek için basitleştirilmiş pelvik organ prolapsus sınıflandırma sistemi (B- POP) kullanıldı. B- POP’ un geçerliği 2011 yılında Parekh ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yöntem sırası ile aşağıdaki gibi uygulandı. Test yapılmadan önce olgudan idrarını boşaltması istendi. Daha sonra litotomi pozisyonu alarak olgunun zorlaması ve ıkınması, eğer valsalva yeterli değilse kuvvetli öksürmesi istendi. Himen referans noktasına göre serviks, posterior forniks, ön ve arka vajinal duvar olmak üzere toplam 4 noktadan ölçüm yapıldı. Anterior vajinal segmenti için referans nokta Ba, posterior vajinal segment için Bp, serviks için referans nokta C, apeks/ posterior forniks için D noktasıdır. Eğer birey histerektomi geçirmişse ön ve arka vajinal duvar ve skar ağzı/ apeks olmak üzere 3 nokta referans noktası olarak alındı. Her bir nokta için aşağıdaki gibi prolapsusun evresi derecelendirildi.

Evre 1: Prolapsusun en distal bölümü, himenin 1 cm’den fazla üzerindedir.

Evre 2: Prolapsusun en distal bölümü, himenin 1 cm üzeri ve 1 cm altı arasındadır.

Evre 3: Prolapsusun en distal bölümü, himenin 1cm altından daha fazla dışarı çıkar.

Evre 4: Alt genital yolun tam eversiyonudur (Şekil 3.2) (35, 71, 72).



Şekil 3.2. Pelvik organ prolapsus sınıflama sistemi.

3.2.1.4. Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20)

Olguların pelvik taban fonksiyon bozukluğu sonucu oluşan pelvik organ prolapsus, üriner, kolorekto-anal problemleri ve bunların rahatsızlık derecelerini değerlendiren Pelvik Taban Distres Envanteri, Matthew De Barber ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilen geçerli ve güvenilir bir ankettir. Bu anketin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Toprak ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır (57).

Ölçekte toplam 20 soru bulunmakta ve bu sorular 3 alt faktörden (Pelvik Organ Prolapsus Distres Envanteri-6 (POPDE-6), Üriner Distres Envanteri-6 (ÜDE-6) ve Kolorektoanal Distres Envanteri-8 (KRADE-8)) oluşmaktadır. Sorulan sorulara hastalar şikâyetin kendilerinde bulunup bulunmamasına göre “hayır” (0) ya da “evet” olarak, eğer cevapları evet ise şikâyetin kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini “önemsiz” (1), “az” (2), “orta” (3), “çok” (4) şeklinde derecelendirmektedir. Her alt

faktör puanı 0-100 arasında olan sisteme çevirmek için her alt faktörün ortalaması alınıp 25 ile çarpılır. Ölçeğin toplam puanı 0-300 arasındadır. Her alt faktör için en iyi puan “0”, en kötü puan “100” dür. Anketin tamamından alınabilecek en iyi puan “0”, en kötü puan “300” dür. Bu anket sonucunda elde edilen skor ne kadar büyükse pelvik taban fonksiyon bozukluğunun şikâyet derecesinin o kadar fazla olduğu anlamına gelmektedir (20).

3.2.1.5. Pelvik Taban Etki Anketi (PTEA-7)

Pelvik Taban Etki Anketi, alt üriner sistem bozuklukları, alt gastrointestinal sistem bozuklukları ve pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda bu rahatsızlıkların yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için klinisyenler ve araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır. Bu anket Matthew De Barber ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (73). Bu anketin Türkçe’ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Balkanlı Kaplan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (59).

Ölçekte toplam 21 soru bulunmaktadır ve bu sorular 3 alt faktörden (Üriner etki anketi (UEA-7), Kolorektal-anal Etki Anketi (KRAEA-7) ve Pelvik Organ Prolapsus Etki Anketi (POPEA-7)) oluşmaktadır. Sorulan sorularda kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini “hiç” (0), “nadiren” (1), “orta derece” (2), “oldukça fazla” (3) şeklinde derecelendirmektedir. Her alt faktör puanı 100’lük sisteme çevirmek için her alt faktörün ortalaması alınıp 100/3 ile çarpılır. Ölçeğin toplam puanı 0-300 arasındadır. Her alt faktör için en iyi puan “0”, en kötü puan “100” dür. Anketin tamamından alınabilecek en iyi puan “0”, en kötü puan “300” dür. Bu anket sonucunda elde edilen skor ne kadar büyükse pelvik taban fonksiyon bozukluğunun şikâyet derecesinin o kadar fazla olduğu anlamına gelmektedir (73).

3.2.1.6. Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA)

Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi pelvik taban fonksiyon bozukluğuna bağlı en sık görülen stres üriner inkontinans, sık ve ani idrar yapma hissi, urge

inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsus, obstrüktif defekasyon, fekal inkontinans ve dispareni problemlerini ve bunların rahatsızlık derecelerini değerlendirir (6). GPTRA Peterson, Karp, Aguilar ve Davila tarafından 2010 yılında geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bir ankettir (7). Bu anketin Arapça uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Bazi ve ark. (6) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Ayrıca bu anketin Tayca uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Manonai ve ark. (64) tarafından 2015 yılında yapılmıştır. GPTRA'nın Türkçe versiyon çalışması için ölçek sahibi Thais V. Peterson'dan mail yoluyla izin alındı.

Ölçek toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Sorulan sorulara olgular şikâyetin kendinde bulunup bulunmamasına göre “evet” ya da “hayır” (0) olarak, eğer cevapları evet ise şikâyetinin kendisini ne kadar rahatsız ettiği ise “hiç” (1), “çok az” (2), “bir miktar” (3), “oldukça” (4), “çok fazla” (5) şeklinde derecelendirildi. Her soruya 1 ile 5 arasında puan verildi. Puanlama sistemi her soruya aynı ağırlığı vermektedir. Toplam puan 0 ile 45 arasındadır. Skorun 0 ile 100 arasında puanlanması için, toplam skorun ortalaması alınıp 20 ile çarpıldı. Puanın yüksek olması şikâyetin fazla olduğunu göstermektedir. (7).

3.2.2. Türkçe'ye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği

Çalışmamızda pelvik taban fonksiyon bozukluğu ile görülen semptomları ve bunların ciddiyetini değerlendirmek için kullandığımız GPTRA'nın önce Türkçe'ye uyarlaması yapıldı. Daha sonra olgulara uygulanarak geçerlik ve güvenilirliği yapıldı.

3.2.2.1. Türkçe'ye uyarlanması

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında bu protokol aşağıdaki sıra ile uygulandı (Şekil 3.3) (73, 74).

1. Aşama: Ölçeğin uyarlama yapılacak (hedef) dile çevrilmesi

Çevirinin ilk aşaması kaynak dilin hedef dile çevrilmesiydi. Her iki dili bilen, alan ile ilgili bilgisi olan ve öncelikli olarak ana dili hedef kültürün dili olan Y. B. ve N. Ö. tarafından ölçek hedef dile çevrildi. Çevirmenler mümkün olduğunca kısa ve anlaşılır cümleler kullandı. Çeviri kaynak dildeki ölçeğin yapısı ve formatına uygun olarak çevrildi.

2. Aşama: Hedef dile çevrilen ölçeğin jüri tarafından görüşülmesi

Bu aşamada her iki dili bilen (hem İngilizce hem Türkçe) küçük bir jüri oluşturuldu. Bu aşamanın amacı; jürideki uzmanların bir araya gelerek ayrı ayrı hedef dile çevirdikleri ölçeğin yetersiz terim ve ifadelerini belirleyerek çözümlemektir. Bu aşamanın sonucunda hedef dile çevrilen ölçeğe son hali verildi.

3. Aşama: Ölçeğin hedef dilden orijinal dile çevrilmesi

İlk olarak çevirmenler tarafından hedef dile çevrilen ve daha sonra jüride son hali verilen ölçek konu ile ilgili hiçbir bilgisi olmayan çevirmen A. B. tarafından tekrar hedef dilden orijinal dile çevrildi. Çevirmenin bilgisinin olmaması yanlışlığı önlemek ve çeviride beklenmedik anlamların ortaya çıkmasını önlemek içindi. Böylece hataları vurgulama olasılığı arttı ve fark minimuma indirildi.

Ölçekler arasında herhangi bir uyumsuzluk ve farklılık ile karşılaşılsaydı, önceki aşamalardan hangisi gerekirse o aşama tekrar edilirdi. Bu durum memnun edici sonuca ulaşana kadar sürerdi. Bu çalışmada böyle bir sorunla karşılaşılmadı.

4. Aşama: Uzman komitenin görüşmesi

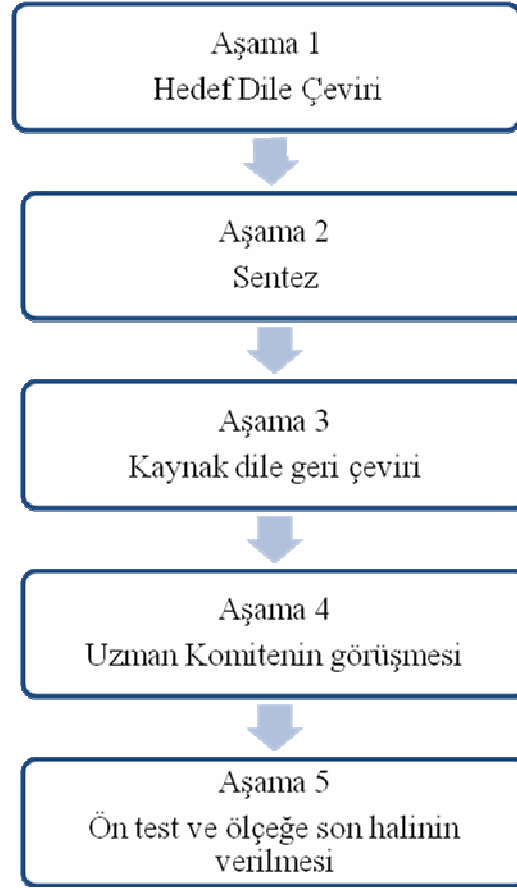
Bu aşamada B. D. , H. C. , Y. B. , N. Ö. ve H. D.'dan oluşan sağlık profesyonelleri tarafından, kültürel denkliğin sağlanması ve hedef dil ve kaynak dil arasındaki farkın en aza indirilmesi için görüşme yapıldı. Aynı anlama gelen kelimeler, gramer ile ilgili problemler, konuşma dili ve deyimlerle ilgili zorluklar ve hedef kültürün yaşam tarzına uygun kelimelerin kullanımı tartışıldı ve ölçeğe pilot çalışma uygulanmadan önceki son hali verildi.

5. Aşama: Çevrilen ölçeğin test edilmesi ve uyarlanmış ölçeğe son halinin verilmesi

Orijinal dile çevrilen ölçek ile orijinal ölçeğin eşitliği belirlendikten sonra, hedef dile çevrilmiş olan ölçek, pelvik taban disfonksiyonu olan 30 kişilik bir popülasyona uygulandı. Bu popülasyon 18 yaş ve üzeri, farklı sosyo-ekonomik düzeyi olan, okuma yazma bilen ve anlama problemi olmayan olgulardan oluştu. Bu olgulara ölçekte anlamakta zorlandıkları, karmaşık ifadeler olup olmadığı soruldu ve anlaşılmayan kelimeler açıklanıp tekrar edildi. Olguların kelimelerle ilgili önerileri dikkate alınarak not edildi. Ölçekteki ifadeler hedef kültürde daha çok kullanılan ifadelerle değiştirildi.

Vajina kelimesinin yanına hazne ifadesi parantezde eklendi, rektum ifadesi “makat” kelimesi ile ve “seks” kelimesi de “cinsel ilişki” kelimesi ile değiştirildi.

Tüm kültürel adaptasyon prosedürleri tamamlanıp, düzeltmeleri yapıldıktan sonra ölçeğe son hali verildi.



Şekil 3.3. Kültürlerarası adaptasyon sürecinin aşamalı grafiği

3.2.2.2. Güvenirlik

3.2.2.2.1. Test tekrar test güvenirliği

Güvenirlik yöntemlerinden test tekrar test güvenirliği, ölçeğin aynı gruba tekrar uygulandığında tutarlı sonuçlar verebilmesi ve zamana göre değişmezlik göstermesidir (66). Bunun için aynı gruba, aynı koşullarda iki ayrı uygulama yapıldı. Uygulamalar arasındaki süre, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, ölçülecek özellikteki değişmeler olmasına müsaade edilmeyecek kadar kısa olması gerektiği için süre 1 hafta olarak belirlendi. Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi 1 hafta arayla 2 kez aynı gruba uygulandı. İlk test ile tekrar test puanları arasındaki korelasyon ne kadar yüksekse ölçme aracının güvenirliğinin o kadar yüksek olduğu

kabul edilir (69). Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek niteliği taşıdığı için güvenilirliğin bulunmasında Spearman rank korelasyon katsayısı kullanıldı (66).

3.2.2.3. Geçerlik

3.2.2.3.1. Kriter geçerlik

Bir ölçüm aracının geçerliği, başka bilinen ve kabul edilmiş ölçümlerle karşılaştırılarak tespit edilebilir. Geliştirilen ölçekle elde edilen sonuçların standart ölçüm puanlarıyla karşılaştırılmasıdır. Bu ölçütün geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmış bir ölçüt olması önemlidir. Yeni anket ile kriter (ölçüt) arasında yüksek bir korelasyon varsa, yeni anketin kriter geçerliğe sahip olduğu söylenebilir. (66, 70). Bu çalışmada ölçüt geçerliği için Pelvik Taban Distres Envanteri (PTDE-20) ve PTEA-7 kullanıldı ve GPTRA ile korelasyonuna bakıldı.

3.3. Verilerin Analizi

Elde edilen verilere ait tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde (%) frekanslar halinde verildi. Ölçeğin tekrarlanabilirliğini analiz etmek için aynı ölçeğin iki farklı zamanda uygulanmasıyla elde edilen ölçümler arasındaki ilişkiler Spearman rank korelasyon katsayısı ile incelendi. Ayrıca ölçeğin toplam puanları arasındaki uyum ise sınıf içi korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. İç tutarlılığı ölçmede maddeler arası korelasyon katsayıları, madde-toplam puan korelasyonu katsayıları, maddeler arası cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Kriter geçerliliğini sınamak için, GPTRA toplam puanı ile PTDE-20 ve PTEA-7 toplam puanları ve alt boyutları arasındaki Spearman rank korelasyon dereceleri hesaplandı. Ayrıca GPTRA ölçeğinin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla doğrulamalı faktör analizleri yapıldı. Bütün hesaplamalar 131 kişi üzerinden yapıldı. İstatistiksel

anlamlılık düzeyi olarak $p \leq 0.05$ alındı ve hesaplamalarda PASW (SPSS, ver. 18) programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsusu, obstrüktif defekasyon, fekal inkontinans ve disparoni tanısı konulan 131 olgu dahil edildi. Çalışmada yer alan olgulara 1 kez değerlendirme formu uygulandı. Global Pelvik Rahatsızlık Anketi ise 1 hafta arayla 2 kez uygulandı.

4.1. Olguların sosyo-demografik özellikleri

Araştırmaya dahil edilen olguların fiziksel özellikleri Tablo 4.1’de gösterildi. Tüm olguların yaş ortalaması 46.83 ± 11.19 yıl, vücut ağırlığı ortalaması 76.58 ± 14.86 kg, boy uzunluğu ortalaması 1.59 ± 0.07 m ve vücut kütle indeksi ortalaması 30.41 ± 6.33 kg/m² olarak hesaplandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Olguların fiziksel özellikleri.

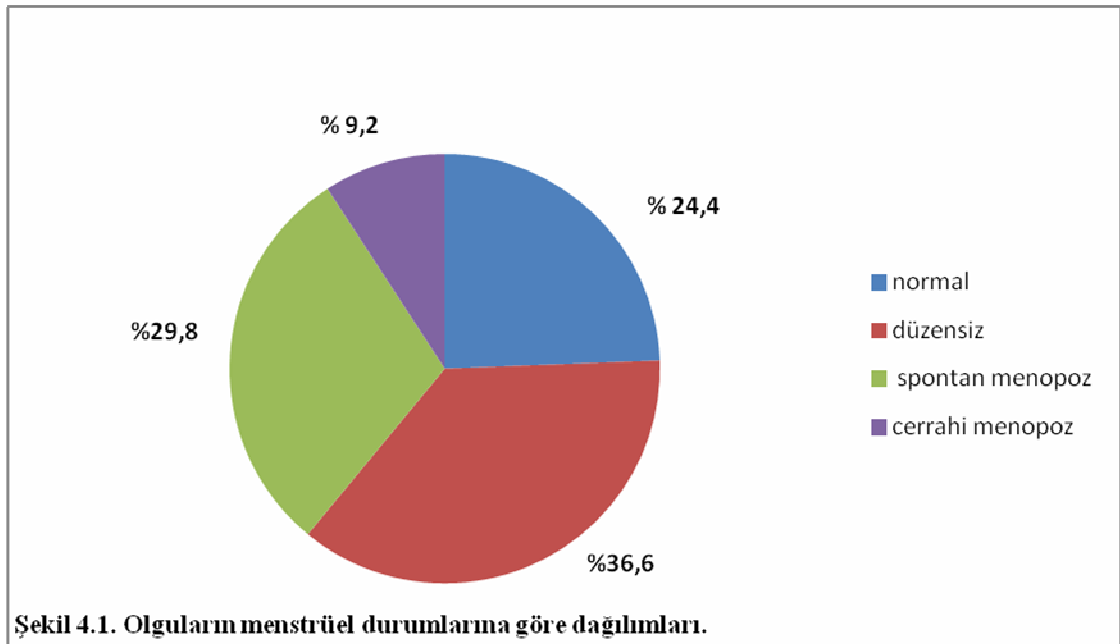
Fiziksel Özellikleri (n=131)	En küçük	En büyük	Ortalama	Standart Sapma
Yaş (yıl)	20.00	82.00	46.83	11.19
Boy uzunluğu (m)	1.40	1.75	1.59	0.073
Vücut ağırlığı (kg)	46.00	120.00	76.58	14.86
VKI (kg/m ²)	17.37	52.32	30.41	6.33

Olguların eğitim durumlarına ve mesleklerine göre dağılımları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.2’de gösterildi.

Tablo 4.2. Olguların eğitim durumu ve mesleklerine göre dağılımı

		Sayı (n)	%
Eğitim	Okuryazar	6	4.6
	İlköğretim	94	71.8
	Lise	20	15.3
	Üniversite	11	8.4
Meslek	Ev hanımı	102	77.9
	Memur	11	8.4
	Emekli	6	4.6
	İşçi	12	9.2

Olguların menstrüel durumlarına göre dağılımları yüzde (%) olarak Şekil 4.1’de gösterildi. Bu grafiğe göre 32 olgunun düzenli, normal siklusu olduğu; 48 olgunun düzensiz siklusu olduğu; 39 olgunun spontan olarak menopoza girdiği; 12 olgunun ise cerrahi operasyon ile menopoza girdiği görüldü.



Olguların gravida, para, abortus, küretaj ve yaşayan çocuk sayılarının dağılımları sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.3’te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Olguların obstetrik hikayesinin dağılımı.

		Sayı (n)	%
Gravida	0	11	8.4
	1	15	11.5
	2	46	35.1
	3	29	22.1
	4	12	9.2
	5	10	7.6
	6	3	2.3
	7	4	3.1
	8	1	0.8
Para	0	11	8.4
	1	16	12.2
	2	54	41.2
	3	30	22.9
	4	10	7.6
	5	5	3.8
	6	4	3.1
	7	1	0.8
Abortus	0	98	74.8
	1	21	16.0
	2	8	6.1
	3	2	1.5
	4	2	1.5
Küretaj	0	82	62.6
	1	30	22.9
	2	13	9.9
	3	4	3.1
	4	2	1.5
Yaşayan çocuk sayısı	0	12	9.2
	1	20	15.3
	2	56	42.7
	3	26	19.8
	4	13	9.9
	5	2	1.5
	6	2	1.5

Olguların 49’unda (%37.4) kronik öksürük şikâyeti ve 57’sinde (%43.5) konstipasyon şikâyeti olduğu belirlendi. 26 (%19.8) olgunun sigara kullandığı ve içilen ortalama sigara miktarının 9.88 ± 7.89 adet olduğu saptandı. 131 kadın içinde alkol kullanan bulunmadı. Olguların kronik öksürük durumları, konstipasyon şikayetleri ve sigara kullanım dağılımı Tablo 4.4’te gösterildi.

Tablo 4.4. Olguların kronik öksürük, konstipasyon ve sigara kullanımı durumlarına göre dağılımı.

		Sayı (n)	%
Kronik öksürük	Var	49	37.4
	Yok	82	62.6
Konstipasyon şikâyeti	Var	57	43.5
	Yok	74	56.5
Sigara kullanımı	Evet	26	19.8
	Hayır	105	80.2

Vücut kütle indeksi 30 kg/m² ve üzerinde olanlar obez olarak kabul edildi. Buna göre olguların 66'sının (%50.4) obez olduğu belirlendi. Olguların obezite durumları Tablo 4.5'te verildi.

Tablo 4.5. Olguların vücut kütle indeksine göre dağılımı.

	Sayı (n)	%
VKİ < 30	65	49.6
VKİ ≥ 30	66	50.4

Olguların pelvik taban şikâyetlerinin dağılımı Tablo 4.6'da verildi. Olguların 99'unda (%75.6) stres üriner inkontinans; 83'ünde (%63.4) sık ve ani idrar yapma hissi; 87'sinde (%66.4) urge inkontinans; 10'unda (%7.6) işeme zorluğu; 67'sinde (%51.1) pelvik organ prolapsus varlığı; 57'sinde (%43.5) obstrüktif defekasyon; 27'sinde (%20.6) anal inkontinans; 38'inde (%29) disparoni şikâyeti tespit edildi.

Tablo 4.6. Olguların pelvik taban şikâyetlerinin dağılımı.

Şikâyetler		Sayı (n)	%
Stres inkontinans	Var	99	75.6
	Yok	32	24.4
Sık ve ani idrar yapma	Var	83	63.4
	Yok	48	36.6
Urge inkontinans	Var	87	66.4
	Yok	44	33.6
İşeme zorluğu	Var	10	7.6
	Yok	121	92.4
Pelvik organ prolapsusu	Var	67	51.1
	Yok	64	48.9
Obstrüktif defekasyon	Var	57	43.5
	Yok	74	56.5
Anal inkontinans	Var	27	20.6
	Yok	104	79.4
Disparoni	Var	38	29.0
	Yok	93	71.0

Olguların Pelvik organ prolapsus varlıklarının B-POP ile elde edilen evrelerinin dağılımı sayı (n) ve yüzde (%) olarak Tablo 4.7’de gösterildi. Olgularda pelvik organ prolapsus varlığı durumunda sistosel, rektosel ve uterovajinal prolapsus şikâyetlerinin olduğu görüldü. Bunların yanı sıra 131 bireyin hiçbirinde üretrosel ve enterosel görülmedi. Tüm olguların içerisinde sistosel şikâyeti olan 65 kişi, olmayan 66 kişi olarak tespit edildi.

Tablo 4.7. Pelvik organ prolapsus evrelerine göre dağılımı.

		Sayı (n)	%
Sistosel	0	66	50.4
	1	25	19.1
	2	31	23.7
	3	7	5.3
	4	2	1.5
Rektosel	0	112	85.5
	1	6	4.6
	2	10	7.6
	3	3	2.3
	4	0	0
UVP	0	114	87.0
	1	5	3.8
	2	8	6.1
	3	3	2.3
	4	1	0.8
B-POP	0	65	49.6
	1	22	16.8
	2	33	25.2
	3	9	6.9
	4	2	1.5

4.2. Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Güvenirlik Bulguları

Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin güvenilirliğine ilişkin bulguları hesaplamak için; zamana bağlı değişimindeki tutarlılıkta test tekrar test güvenilirliğine ve ölçeğin alt birimlerinin birbiriyle tutarlılığında ise iç tutarlılığa bakıldı.

4.2.1. Test tekrar test güvenilirliği

Testin güvenilirliğini analiz etmek için aynı ölçeğin bir hafta arayla uygulanmasıyla elde edilen ölçümler arasındaki ilişkiler araştırıldı. Bu amaçla hem

iki farklı zamandaki madde cevapları arasındaki hem de bu maddelerin toplamıyla elde edilen toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları hesaplandı. Ayrıca toplam puanlar intraclass korelasyon katsayısı hesaplanarak ölçeğin test tekrar test güvenilirliği incelendi. Birinci ve ikinci madde ölçümleri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.8’de verildi. Tablo incelendiğinde maddelerin her birinin ve toplam puanlarının birinci ve ikinci ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek korelasyon bulundu.

Tablo 4.8. GPTRA ölçeğinin maddelerin ve toplam puanların birinci ve ikinci ölçümleri arasındaki korelasyonlar (tekrarlanabilirlik özelliği).

	1.soru 2.ölçüm	2.soru 2.ölçüm	3.soru 2.ölçüm	4.soru 2.ölçüm	5.soru 2.ölçüm	6.soru 2.ölçüm	7.soru 2.ölçüm	8.soru 2.ölçüm	9.soru 2.ölçüm	GPTRA 2.ölçüm
1.soru 1.ölçüm	0.981 [*]									
2.soru 1.ölçüm		0.985 [*]								
3.soru 1.ölçüm			0.993 [*]							
4.soru 1.ölçüm				0.979 [*]						
5.soru 1.ölçüm					0.920 [*]					
6.soru 1.ölçüm						0.985 [*]				
7.soru 1.ölçüm							0.993 [*]			
8.soru 1.ölçüm								0.990 [*]		
9.soru 1.ölçüm									0.992 [*]	
GPTRA 1.ölçüm										0.996 [*]

* : p < 0.0001

Ayrıca birinci ve ikinci ölçümler sonucunda hesaplanan toplam GPTRA puanları arasındaki uyum intraclass r ile incelendi ve uyum katsayısı 0.998 ($p < 0.0001$) bulundu. Bu sonuçta Tablo 4.8’de gösterilen korelasyonları destekleyen bir sonuç olup birinci ve ikinci ölçüm toplamlarının uyumunun çok yüksek olduğunu göstermektedir.

4.2.2. İç tutarlılık

İç tutarlılık; maddeler arası korelasyon katsayıları, madde-toplam puan korelasyonu katsayıları ve maddeler arası cronbach alfa katsayısı kullanılarak hesaplandı.

Birinci ölçüm sonucunda madde puanları arasında toplanabilirlik özelliği (iç tutarlılık) cronbach alfa katsayısıyla incelendi ve bu katsayının değeri 0.61 olarak hesaplandı. Bu sonuç maddelerin toplanabilirlik özelliğinin olduğunu yani iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Ayrıca birinci ölçüm sonucunda madde puanlarına ilişkin tanımlayıcı değerler (ortalama ve standart sapma), maddelerle madde toplamları arasındaki korelasyon katsayıları ve her bir madde sırasıyla yok-var sayıldığında cronbach alfa katsayısındaki değişim Tablo 4.9’da verildi. Tablo incelendiğinde 5, 6, 8 ve 9. soru değerleri ile toplam puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ve bu maddeler ölçekten çıkarıldığında cronbach alfa katsayısında bir düşme gözlenmedi. Bu sonuçlar söz konusu dört maddenin ölçek yapısına anlamlı düzeyde katkı sağlamadığını veya bu sorulardaki disfonksiyona sahip olgu sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini göstermektedir. Ancak diğer beş maddenin ölçek toplam puanla anlamlı bir ilişkisi olduğu bulundu ve bu maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda ise iç tutarlılık değerinin düştüğü gözlemlendi.

Tablo 4.9. Birinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin iç tutarlılık sonuçları.

	Ortalama	Standart sapma	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach α Değeri
1.soru değeri	2.9542	1.95669	0.305	0.579
2.soru değeri	2.4809	1.97036	0.550	0.505
3.soru değeri	2.2748	2.04583	0.613	0.481
4.soru değeri	2.6336	2.10204	0.442	0.537
5.soru değeri	0.3206	1.14534	0.102	0.618
6.soru değeri	0.4122	1.18886	0.128	0.614
7.soru değeri	1.4580	2.03152	0.341	0.569
8.soru değeri	0.9313	1.77673	0.112	0.627
9.soru değeri	1.6336	1.71512	0.000	0.650

Birinci ölçüm sonucunda elde edilen madde puanları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.10’da verildi. Koyu renkle işaretlenen korelasyon değerlerinin istatistiki olarak anlamlı ilişkiyi gösterdiği görüldü.

Tablo 4.10. Birinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin puanları arasındaki korelasyonlar.

	2.soru 1.ölçüm	3.soru 1.ölçüm	4.soru 1.ölçüm	5.soru 1.ölçüm	6.soru 1.ölçüm	7.soru 1.ölçüm	8.soru 1.ölçüm	9.soru 1.ölçüm
1.soru 1.ölçüm	0.215	0.249	0.211	0.113	-0.008	0.307	0.088	-0.049
2.soru 1. ölçüm		0.717	0.477	0.190	0.082	0.204	0.058	-0.009
3.soru 1.ölçüm			0.642	-0.031	0.111	0.214	0.113	0.029
4.soru 1.ölçüm				-0.104	0.079	0.184	0.063	-0.061
5.soru 1.ölçüm					-0.024	0.112	0.068	0.096
6.soru 1.ölçüm						0.205	0.094	-0.057
7.soru 1.ölçüm							0.030	0.095
8.soru 1.ölçüm								-0.029

İkinci ölçüm sonucunda madde puanları arasında toplanabilirlik özelliği (iç tutarlılık) cronbach alfa katsayısıyla incelendi ve bu katsayının değeri 0.607 olarak hesaplandı. Bu sonuç maddelerin toplanabilirlik özelliğinin olduğunu yani iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca ikinci ölçüm sonucunda madde puanlarına ilişkin tanımlayıcı değerler (ortalama ve standart sapma), maddelerle madde toplamaları arasındaki korelasyon katsayıları ve her bir madde sırasıyla yok-var sayıldığında cronbach alfa katsayısındaki değişim Tablo 4.11’de verildi. Tablo incelendiğinde 5, 6, 8 ve 9. soru ile toplam puan arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ve bu maddeler ölçekten çıkarıldığında cronbach alfa katsayısında bir düşme gözlenmedi. Bu sonuçlar söz konusu dört maddenin ölçek yapısına anlamlı düzeyde katkı sağlamadığını veya bu sorulardaki disfonksiyona sahip olgu sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini göstermektedir. Ancak diğer beş maddenin ölçek toplam puanla anlamlı bir ilişkisi olduğu bulundu ve bu maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda ise iç tutarlılık değerinin düştüğü gözlemlendi.

Tablo 4.11. İkinci ölçüm sonuçlarına göre ölçek maddelerinin iç tutarlılık sonuçları.

	Ortalama	Standart sapma	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Silinirse Cronbach α Değeri
1.soru 2.ölçüm	2.9313	1.93824	0.330	0.568
2.soru 2.ölçüm	2.4809	2.00135	0.561	0.495
3.soru 2.ölçüm	2.2901	2.07731	0.599	0.479
4.soru 2.ölçüm	2.7023	2.11840	0.437	0.533
5.soru 2.ölçüm	0.2977	1.12109	0.055	0.621
6.soru 2.ölçüm	0.4122	1.22707	0.142	0.608
7.soru 2.ölçüm	1.4427	2.03870	0.331	0.567
8.soru 2.ölçüm	0.9466	1.78159	0.134	0.617
9.soru 2.ölçüm	1.6336	1.69255	-0.038	0.653

İkinci ölçüm sonucunda elde edilen madde puanları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.12’de verildi. Koyu renkle işaretlenen korelasyon değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı ilişkiyi gösterdiği görüldü.

Tablo 4.12. İkinci ölçüm sonuçlarına göre madde puanları arasındaki korelasyonlar.

	2.soru 2.ölçüm	3.soru 2.ölçüm	4.soru 2.ölçüm	5. soru 2.ölçüm	6.soru 2.ölçüm	7.soru 2.ölçüm	8.soru 2.ölçüm	9.soru 2.ölçüm
1.soru 2.ölçüm	0.251	0.261	0.237	0.109	0.006	0.306	0.092	-0.059
2.soru 2.ölçüm		0.710	0.466	0.159	0.097	0.213	0.085	-0.038
3.soru 2.ölçüm			0.628	-0.094	0.104	0.207	0.135	0.002
4.soru 2.ölçüm				-0.089	0.065	0.161	0.075	-0.086
5.soru 2.ölçüm					-0.006	0.063	0.077	0.017
6.soru 2.ölçüm						0.197	0.116	-0.038
7.soru 2.ölçüm							0.045	0.096
8.soru 2.ölçüm								-0.055

4.3. Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Geçerlik Bulguları

Geçerliliğini değerlendirmek için Pelvik Taban Distres Envanteri (PTDE-20) ve Pelvik Taban Etki Anketi (PTEA-7) kullanıldı.

4.3.1. Yüz geçerliliği ve içerik geçerliliği

Global pelvik taban rahatsızlık ölçeği daha önce kullanılmış bir ölçek olup, ilk geliştirildiği araştırmada maddelerinin “ölçeğin ölçmeyi hedeflediği şeyi ölçüp ölçemeyeceği” uzmanlar tarafından değerlendirilmiş ve görünüş geçerliliğinin olduğu açıklanmıştır.

İçerik geçerliliği Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinde bulunan 9 sorunun ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu araştırıldı ve bunun için alınan uzman görüşleri değerlendirildi. Bu değerlendirme sonucuna göre içerik geçerliliğinin olduğu açıklandı. Bu geçerlilik türleri için bir istatistiksel değerlendirme yapılmaz sadece uzman görüşlerine göre karar verilir ve bu da ölçek çalışmasına başlamadan yapıldı. Ölçüm aracı, ölçüm amacıyla ilgili olmayanlardan arınmıştır.

4.3.2. Kriter geçerliliği

Kriter geçerliliğini ölçmek için, Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin toplam puanı ile PTDE-20 ve PTEA-7 toplam puanları ve alt boyutları arasındaki korelasyon dereceleri hesaplandı. Tablo 4.13’de GPTRA puanı ile (hem birinci hem de ikinci ölçümdeki toplam puanlar) diğer ölçek toplam puanları ve alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyonlar yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde, GPTRA toplam puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. GPTRA toplam puanları ile alt boyut toplam puanları arasındaki ilişkilerin de anlamlı olduğu saptandı. Bu sonuçlar GPTRA ölçeğinin kriter geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

Tablo4.13. GPTRA’ nin ilk ve son ölçümlerindeki toplam puanı ile PTDE-20 ve PTEA-7’nin alt boyut toplamaları arasındaki korelasyonlar.

		POPDE-6	KRADE-8	ÜDE-6	PTDE-20	ÜEA-7	KRAEA-7	POPEA-7	PFIQ7
GPTRA 1.ölçüm	r	0.594	0.548	0.833	0.860	0.728	0.501	0.228	0.802
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.009	0.000
GPTRA 2.ölçüm	r	0.588	0.544	0.838	0.860	0.726	0.486	0.232	0.794
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.008	0.000
POPDE-6	r		0.545	0.451	0.799	0.401	0.464	0.453	0.673
	p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
KRADE-8	r			0.316	0.728	0.232	0.806	0.121	0.625
	p			0.000	0.000	0.008	0.000	0.170	0.000
ÜDE-6	r				0.797	0.777	0.240	0.031	0.624
	p				0.000	0.000	0.006	0.723	0.000
PTDE-20	r					0.628	0.582	0.280	0.814
	p					0.000	0.000	0.001	0.000
ÜEA-7	r						0.219	0.057	0.756
	p						0.012	0.518	0.000
KRAEA-7	r							0.047	0.685
	p							0.596	0.000
POPEA-7	r								0.376
	p								0.000

4.3.3. Yapı geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizleri yapıldı. Böylece Global pelvik taban rahatsızlık anketinin literatürde tanımlandığı gibi tek faktör (tek boyut) ile açıklanıp açıklanmadığı incelendi. Ayrıca boyut içindeki maddelerin boyut ile ilişkileri de değerlendirildi.

GPTRA ölçeğine doğrulayıcı faktör analizi uygulandığında ölçeğin tek boyutu olmadığı ve dört alt boyuttan oluştuğu görüldü. Aşağıdaki Tablo 4.14’de bu boyutların varyansları (öz değerleri) verildi. 9 sorudan oluşan ölçek dört alt boyuta ayrıldı yani 9 madde dört alt boyuta dağıtıldı. Boyut sayısını belirlemede öz değerleri 1 den büyük olan boyut sayısı dikkate alındı.

Tablo 4.14. GPTRA’nın doğrulayıcı faktör analizi.

Boyut	Boyut öz değeri	Toplam varyansı açıklama payı (%)
1	2.519	27.985
2	1.248	13.865
3	1.111	12.346
4	1.012	11.240
5	0.972	10.798
6	0.877	9.743
7	0.586	6.506
8	0.456	5.069
9	0.220	2.450

9 maddenin GPTRA ölçeğine ait seçilen dört alt boyuttaki döndürülmüş yük değerleri Tablo 4.15’de verildi. Tabloda koyu renkle işaretlenmiş katsayılar ilgili maddenin o sütunda yer alan boyut içine girdiğini gösterir. Bu sonuca göre ölçeğin birinci boyutunda 2, 3 ve 4. soru değerleri yer almaktadır. İkinci boyutunda 1 ve 5. soru değerleri yer almaktadır. Üçüncü boyutta 6 ve 7. soru değerleri yer almaktadır. Dördüncü boyutta 8 ve 9. değerler yer almaktadır. Seçilen boyutlarda madde skor değerleri Tablo 4.16’da yer almaktadır.

Tablo 4.15. GPTRA ölçeğine ait seçilen 4 alt boyuttaki döndürülmüş yük değerleri.

	Boyutlar			
	1	2	3	4
1. soru	0.314	0.493	0.175	-0.138
2.soru	0.813	0.235	0.013	0.019
3.soru	0.907	0.040	0.092	-0.008
4.soru	0.825	-0.119	0.082	-0.069
5.soru	-0.077	0.810	-0.089	0.077
6.soru	.004	-0.161	0.835	-0.160
7.soru	0.207	0.344	0.667	0.216
8.soru	0.021	0.353	0.113	-0.638
9.soru	-0.037	0.213	0.060	0.752

Tablo 4.16. Seçilen boyutlarda madde skor değerleri.

	Komponent			
	1	2	3	4
1.soru	0.073	0.363	0.068	-0.132
2.soru	0.356	0.114	-0.110	0.039
3.soru	0.406	-0.057	-0.038	0.029
4.soru	0.382	-0.175	-0.025	-0.025
5.soru	-0.095	0.667	-0.131	0.031
6.soru	-0.095	-0.191	0.737	-0.113
7.soru	-0.011	0.197	0.538	0.219
8.soru	-0.061	0.303	0.044	-0.608
9.soru	-0.016	0.138	0.067	0.696

TARTIŞMA

Bu çalışma, pelvik taban disfonksiyonunu global olarak değerlendiren GPTRA'nın Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile yapıldı. Pelvik taban rahatsızlıklarında en sık karşılaşılan stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsusu, obstrüktif defekasyon, anal inkontinans ve disparoni semptomlarının değerlendirilmesinde GPTRA geçerli ve güvenilir bulundu ve Türk toplumunda kullanılması için uygun bir ölçüm aracı olduğu saptandı.

5.1. Pelvik taban disfonksiyonu olan kadınların sosyo-demografik özellikleri

Kadınlarda, pelvik taban disfonksiyonu yaygın olarak görülmektedir. Pelvik taban disfonksiyonu ile cinsiyet, yaşlanma, gebelik, parite ve doğum şekli arasında güçlü bir ilişki vardır (76). Kronik konstipasyon, obstrüktif defekasyon, obezite, kronik akciğer hastalıkları da risk faktörleri arasındadır (77, 78).

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Üİ prevalansını Koçak ve arkadaşları (79) 18 yaş ve üstü kadınlarda %23.9, Kök ve arkadaşları (80) 20 yaş üzeri kadınlarda %37.11, Onur ve arkadaşları (81) %46.3 oranında bulmuşlar. Maral ve ark. 65 yaş ve üzerindeki kadınların 15-24 yaş aralığında olanlara göre 6.24 kat daha fazla Üİ sorunu yaşadıklarını saptamışlar (82). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda anal inkontinans prevalansı yaşları 15 ile 34 arası olan kadınlarda %3.5 olarak bildirilmiş. Bor ve arkadaşları tarafından yapılmış olan başka bir çalışmada, 55-74 yaş arası bireylerde fekal inkontinans sıklığının %5.2 olduğu, yaşın ilerlemesi ile bu sayının arttığı, 75 yaş ve üzeri bireylerde de %13.2'ye ulaştığı gösterilmiş (83). İlçe ve arkadaşları (46) 65 yaş ve üzeri bireylerde fekal inkontinans

prevalansını %29.1 bulmuşlar. Kepenekçi ve ark. (78) yaş, parite ve doğum şeklinin en önemli risk faktörü olduğu ve yaş ilerledikçe pelvik taban disfonksiyonlarının artabileceğini fakat hem yaşlı hem genç popülasyonda görülebileceğini belirtmişler. Bu çalışmada da pelvik taban disfonksiyonu olan olguların yaş aralığı 20-82 yıl, yaş ortalaması da 46.83 yıl olarak bulundu. Yaş aralığının geniş olması, pelvik taban disfonksiyonunun hem genç hem de yaşlılarda görülebileceğini göstererek literatürle benzerlik göstermektedir.

Menopoz over fonksiyonlarının tamamen durmasından sonra gelişen ve östrojen eksikliği sonucu oluşan fizyolojik bir süreçtir. Bununla birlikte kas iskelet sisteminde oluşan değişikliklerle üretral kapanma basıncında azalma, üetrovezikal açıda farklılıklar ve vajinal ve üretral mukozadaki somatik değişimlerle kadınlarda Üİ gelişimine sebep olabilir (84). Literatürde postmenopozal dönemde üriner inkontinans prevalansı %32 gösterilirken, Şentürk ve ark. (84) yaptığı çalışmada prevalansı %45.3 olarak bulmuştur. Brown ve arkadaşları (85) ise urge inkontinansın postmenopozal kadınlarda daha sık görüldüğünü ve üriner inkontinans oranını %56 olarak rapor etmiştir. Pelvik taban disfonksiyonlarından en az birini bulunduran bu çalışmada 51 kadının menopoz döneminde olduğu tespit edildi. Bu kadınların 39'unun spontan olarak menopoza girdiği, 12 kadının ise cerrahi olarak menopoz dönemine girdiği belirlendi. Bu da menopoz döneminde pelvik taban disfonksiyonlarının görülme oranının arttığını göstermektedir.

Pelvik taban disfonksiyonları ile ilişkili risk faktörleri arasında kronik öksürük konusundaki çalışmalarda farklı görüşler bulunmaktadır. Shariat ve ark. (86) kronik öksürük şikâyeti olan ve olmayan bireyler arasında stres inkontinans sıklığı açısından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığını bildirmiştir. Fornell ve ark. ise (87) kronik bronşitin üriner inkontinansla güçlü bir ilişkisi olduğunu tespit etmiş, fakat çalışmasını sadece yaşlı gruplar arasında yapmıştır. Bu çalışmada da pelvik taban disfonksiyonlarından en az birine sahip bireylerin %37.4'ünde kronik öksürük şikayeti olduğu kaydedildi.

Yapılan son epidemiyolojik çalışmalarda pelvik taban disfonksiyonu olan kadınlarda obezite bir risk faktörü olarak görülmektedir. Whitcomb ve ark.(88) obez gruplar arasında yaptığı çalışmada pelvik taban disfonksiyon prevalansını obez bireylerde %44, ciddi obez bireylerde ise %53 olarak tespit etmişler. Lawrence ve ark. (89) ise obez ve diyabetli kadınlarda daha yüksek oranda pelvik taban disfonksiyonu olduğunu ve SÜİ oranı 3.67, Aİ 2.09, Aşırı aktif mesane ise 2.97 iken, obez olmayan kadınlarda oranı SÜİ 1.15, Aİ 1.33, Aşırı aktif mesane ise 1.45 olarak tespit etmiştir. Bu çalışmada pelvik taban disfonksiyonlarından en az birine sahip bireylerin %50.4'ünün obez olduğu tespit edildi.

Pelvik taban disfonksiyonları üriner ve anal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, disparoni, işeme ve defekasyon disfonksiyonunu içeren birbiriyle ilişkili geniş klinik bir tablodur (78).

Koçak ve ark. (79) yaptığı çalışmada %33.1 stres inkontinans, %25.6 urge inkontinans, %41.3 de miks üriner inkontinans tespit etmişler. Bu çalışmada ise stres inkontinans %75.6, sık ve ani idrar yapma hissi %63.4, urge inkontinans %66.4 olarak saptandı.

Kepenekçi ve ark. (78) obstrüktif defekasyon prevalansını %26.8 olarak bildirmişler. Bu çalışmada ise %43.5 olarak tespit edildi.

Ülkemizde disparoni prevalansı Doğan'ın çalışmasında %47.2, Esin ve Bulduk'un çalışmasında %27, Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada %7.8 olarak saptanmış. Efe'nin gebelerde yaptığı çalışmada %46.8'inin değişik derecelerde disparoni yaşadığını bildirmiştir (90). Bu çalışmada ise disparoni prevalansı %29 olarak tespit edildi.

Lukacz ve ark. çalışmasında anal inkontinans prevalansını %25 olarak, Kepenekçi ve ark. %19.8 olarak tespit etmişler. Bu çalışmada ise prevalans %20.6 olarak bulundu ve literatürle benzerlik göstermektedir.

Hendriks ve ark. (91) tarafından yapılan çalışmada yaşları 50-79 arasında olan kadınların %41'inde prolapsus görülmüş ve bu hastaların da %34'ünde sistosel, %19'unda rektosel, %14'ünde uterin prolapsus olduğu saptanmış. Swift ve ark. (92) yaşları 18-83 arasında olan 1004 kadın arasında yapmış oldukları bir çalışmada %24'ü normal destek, %38'inde evre I, %35'inde evre II, %2'sinde evre III pelvik organ prolapsus bulmuş. Aytan ve ark. (93) ise ülkemizde yaptıkları çok merkezli çalışmalarında hastaların %27.1'inde evre 2 ve üzeri prolapsus tespit etmiş. Bu çalışmada pelvik taban disfonksiyonlarından en az birine sahip bireylerin %51.1'inde prolapsus varlığı tespit edildi.

Haylen ve ark. (94) işeme zorluğu prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada ürojinekolojik hastaların %24'ünde işeme zorluğu saptamış. Yine Haylen ve ark. (95) yaptığı başka bir çalışmada ise prevalansı %39 olarak tespit etmişler. Bu çalışmada ise işeme zorluğu prevalansı %7.6 olarak tespit edildi. Bildiğimiz kadarıyla literatürde Türk kadın popülasyonunun işeme zorluğu prevalansını araştıran çalışmalar bulunmamaktadır.

5.2. Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği

Son yıllarda pelvik taban disfonksiyonlarının tanısı ve şiddetinin belirlenmesinde ve uzun süre takip edilen hastalarda objektif olabilmek için geçerli ve güvenilir anketler benimsenmeye başlanmıştır. Sağlık alanında yapılan çok uluslu ve kültürel araştırma projelerinin sayısının artmasıyla, geçerli ve güvenilir anketlerin kullanım ihtiyacı da hızla artmaktadır (75). Anketlerin diğer dil ve kültürlerde kullanımı için çeviri ve adaptasyon yapılmasının üç temel nedeni vardır. Birincisi kişilerin seçtikleri ya da bildikleri dilde değerlendirilmesine izin verilerek eşitliğin sağlanması, ikincisi ulusal ve uluslararası düzeyde ulusal, etnik ve kültürel gruplar arasında karşılaştırmalı çalışmaları kolaylaştırmak, üçüncüsü ise maliyetleri azaltmak ve yeni testlerin geliştirilmesinde zamandan tasarruf elde etmektir (96).

Aynı dil ve aynı kültüre sahip topluluklar için adaptasyon ve çeviri çalışmasına gerek duyulmamaktadır, aynı kültüre ait toplumlarda ise çeviri yeterlidir. Fakat farklı kültür ve dillere sahip toplumlarda adaptasyon ve çeviri çalışmasının yapılması zorunludur. Çünkü farklı toplumların sağlık sorunlarını tarif etme biçimleri, algıları ve sağlık bakımından beklentileri farklılık göstermektedir (75, 97).

Bu çalışmada Türk toplumu ile Amerika toplumu arasında hem dilsel hem de kültürel farklılıklar olması sebebiyle hedef ve kaynak arasındaki eşitliği sağlayabilmek için içeriğe dayalı kültürel adaptasyon çalışması yapıldı. Ayrıca ölçeğin kullanılabilmesi için gerekli olan geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı.

Son yıllarda pelvik taban disfonksiyonları ile ilgili pek çok anket geliştirilmiştir. Bu anketler genellikle tek bir hastalığı değerlendirmektedir. Birçok hastalığı değerlendiren çok boyutlu ölçekler uzun ve zaman yönünden dezavantaj sağlamaktadır. Pelvik taban disfonksiyonlarının beraber görülmesi ve karmaşık etkileri sebebiyle genel geçerli ve güvenilir anketlerin kullanımı gerekmektedir (7).

Üriner Distres Envanteri ve İnkontinans Etki anketine dayanılarak geliştirilen PFDE ve PTEA spesifik yaşam kalitesini değerlendiren 2 önemli ölçektir. Kısa formları da vardır ve yaygın olarak kullanılmaktadır (7). Fakat araştırma ve kliniklerde kullanmak için daha kısa, yorumlanması kolay, global indekslerin Türkçe'ye kazandırılması da gerekmektedir. GPTRA, Peterson, Karp, Aguilar ve Davila tarafından 2010 yılında geçerliği ve güvenirliği yapılmış global bir ankettir (7). Bu anketin Arapça uyarlaması, geçerliği ve güvenirliği Bazi ve ark. (6) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Bu çalışmayla da anketin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenirliği yapıldı.

Bazi ve ark. (6) GPTRA'nın adaptasyon, geçerlik ve güvenirlik çalışmasında anketi pelvik taban disfonksiyonu olanlar ve olmayanlara uygulamışlar. GPTRA'nın pelvik taban disfonksiyonlarının tanımlanmasında ve şiddetinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu, kolay anlaşılır, zaman yönünden 5

dakikayı aşmayan ve Arap toplumlarında uygulanabilir bir ölçek olduğunu tespit etmişler.

GPTRA'nın Türkçe'ye uyarlamasında 5 aşamalı standart prosedür kullanıldı. Daha sonra geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı.

Güvenirlik çalışması için test tekrar test güvenirliğine ve iç tutarlılığına bakıldı. Test tekrar test güvenirliği için GPTRA 1 haftalık arayla aynı gruba 2 kez uygulandı. Maddelerin her birinin birinci ve ikinci ölçümleri arasında yüksek korelasyonun olduğu saptandı. Bu sonuçta, GPTRA'nın test tekrar test güvenirliğine sahip olduğunu göstermektedir. Peterson ve ark. (7) yaptığı orijinal ölçekte de Intraclass r (ICC) 0.941 olarak bulunmuş ve yüksek test tekrar test güvenirliğine sahip olduğunu bildirmişler. Bazi ve ark. (6) ise Arapça versiyonunda ICC değerini 0.7'nin üzerinde bulmuş ve iyi bir test tekrar test güvenirliğine sahip olduğunu rapor etmişler.

İç tutarlık, soruların kendi arasındaki ilişkisini gösteren bir ölçüm olup, cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmektedir. Cronbach alfa kat sayısı, 0.00-0.40 arasında ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise ölçek düşük güvenirliğe sahip, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arası yüksek güvenirliğe sahip anlamına gelmektedir (69). Bu çalışmada birinci ölçüm sonucunda madde puanları arasında toplanabilirlik özelliğindeki (iç tutarlılık) cronbach alfa katsayısının değeri 0.61 olarak, ikinci ölçüm sonucunda madde puanları arasında toplanabilirlik özelliğinin cronbach alfa katsayı değeri de 0.607 olarak hesaplandı. Bu sonuç maddelerin toplanabilirlik özelliğinin olduğunu yani GPTRA'nın iç tutarlılığına sahip ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Fakat 5, 6, 8 ve 9. soru ile toplam puan arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ve bu maddeler ölçekten çıkarıldığında cronbach alfa katsayısında bir düşme gözlenmedi. Bu sonuçlar söz konusu dört maddenin ölçek yapısına anlamlı düzeyde katkı sağlamadığını veya bu sorulardaki disfonksiyona sahip olgu sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini göstermektedir. İleri evrede prolapsus olgu sayısının az olmasının da bunu etkileyen sebepler arasında olacağı düşünülmektedir. Ancak diğer beş maddenin ölçek toplam

puanla anlamlı bir ilişkisi olduğu bulundu ve bu maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda ise iç tutarlılık değerinin düştüğü gözlemlendi. Sorular birbirinden farklı rahatsızlıkları tanımladığı için bazı maddelerin birbiriyle ilişkisinin olmayabileceği ve iç tutarlığın düşük çıkabileceği söylenebilir.

Peterson ve ark. (7) iç tutarlık sonuçlarında üriner semptomları 0.74, genital prolapsusu 0.74 ve defekasyon disfonksiyonlarını 0.70 olarak tespit etmişler. Disparonide ise çok küçük bir grup olduğu için iç tutarlığı belirleyememişler. Sonuç olarak, GPTRA'nın iç tutarlığa sahip olduğunu belirtmişler. İç tutarlılıkta her sorunun farklı rahatsızlığı temsil etmesi sebebiyle düşük olmasının beklenildiğini fakat uzun anketlerin iç tutarlığının yüksek olmasından dolayı tercih edilmesinin uygun olmadığını belirtmişlerdir. Bazi ve ark. ise (6) güvenilirlik çalışmasında test tekrar test güvenilirliğini kullanmış fakat iç tutarlığa bakmamışlardır. İç tutarlılığı incelememe sebebi olarak 2, 3 ve 4. soruların aşırı aktif mesaneyi temsil etse de birbiriyle tutarlı korelasyonlarının olmadığını, diğer soruların da birbirinden bağımsız olması ve iç tutarlığının düşük çıkmasının güvenilirliği yanıltabilmesi olarak açıklamışlardır.

Geçerlik çalışması için önce yüz ve içerik geçerliği incelendi. Yüz geçerliği ölçeğin ölçmeyi hedeflediği şeyi ölçüp ölçemeyeceğinin uzmanlar tarafından değerlendirilerek belirlenmesidir. Peterson ve ark. GPTRA'nın madde içeriklerini uzmanlar tarafından inceledikten sonra yüz geçerliğinin olduğunu tespit etmişler (7). İçerik geçerliliği ise ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleterek, anlamlı bir bütün oluşturmaktır. Bu geçerlik için istatistiksel çalışma yapılamaz (66). Bu çalışmada kadın sağlığında çalışan uzman fizyoterapistler ve uzman doktordan oluşan komitenin görüşleri alınarak ölçeğin amacına uygun olduğu ve içerik geçerliğine sahip olduğu belirlendi.

Kriter geçerliğini ölçmek için, GPTRA'nın hem birinci hem ikinci ölçümdeki toplam puanı ile PFDE-20 ve PTEA-7 toplam puanları ve alt boyutları arasındaki korelasyon dereceleri hesaplandı. GPTRA toplam puanları ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulundu ve GPTRA'nın kriter geçerliğe sahip olduğu görüldü.

Peterson ve ark. da GPTRA'nın kriter geçerliğini hesaplamak için PTDE-20 ve PTEA-7 kısa formlarını kullanmışlar ve GPTRA ile PTDE-20 ve PTEA-7 arasında yüksek derece korelasyon olduğunu bulmuşlar ve GPTRA'nın kriter geçerliğe sahip olduğunu tespit etmişler.

Ölçeğin yapısal geçerliğini incelemek için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanamayacağını değerlendirilmesidir (66). Boyut sayısını belirlemede öz değerleri 1 den büyük olan boyut sayısı dikkate alındı. Bunun sonucunda anketin tek boyutu olmadığı ve dört alt boyuttan oluştuğu görüldü. Birinci boyutta 2, 3 ve 4. soru değerleri, ikinci boyutunda 1 ve 5. soru değerleri, üçüncü boyutta 6 ve 7. soru değerleri, dördüncü boyutta da 8 ve 9. soru değerleri yer almaktadır. Bu çalışma GPTRA için faktör analizinin yapıldığı ilk çalışmadır. Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda kesin bir sınır olmamakla birlikte, genellikle 0.30 ya da 0.40 olması gerektiği belirtilmektedir (97). GPTRA maddelerinin faktör yüklerinin yüksek değere (0.49-0.91) sahip olması nedeni ile ölçekten hiçbir soru çıkarılmamıştır. Bu sonuç soruların skorlarının yapı geçerliğini desteklemektedir.

5.3. Çalışmanın Limitasyonları ve Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilimine Katkıları

Çalışmanın limitasyonu tek merkezli olması idi. Bölgeler arasında kültürel farklılıklar olabileceği ve soruları anlama ve yorumla açısından farklılık görülebileceği için, diğer bölgelerde de GPTRA'nın kullanılarak uygunluğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Diğer bir limitasyon ise evre 4 prolapsus olgularının sayısının az olmasıydı. Bu durum iç tutarlık sonuçlarını etkilemiştir.

Bu ölçeğin güçlü yanları sosyoekonomik açıdan çeşitli bireylerde uygulanabilirliğinin olması ve rahatsızlıkları net olarak yansıtabilmesidir.

Bu ölçek, Kadın Sağlığı alanında klinik ya da akademik çalışan fizyoterapistlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin pelvik taban disfonksiyon varlığı ve şiddetinin belirlenmesinde kullanabilecekleri geçerli ve güvenilir bir ankettir. Ayrıca GPTRA, araştırmalarda ve yoğun çalışılan kliniklerde hasta tarafından anlaşılması kolay ve kısa sürede tamamlanabilen bir ölçektir.

Pelvik taban disfonksiyonlarında sıklıkla karşılaşılan stres üriner inkontinans, sık idrar yapma hissi, ani idrar yapma hissi, urge inkontinans, işeme zorluğu, pelvik organ prolapsus, obstrüktif defekasyon, anal inkontinans ve dispareni semptomlarının değerlendirilmesinde ve şiddetinin belirlenmesinde kullanılan GPTRA'nın Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği Kadın Sağlığı alanında çalışan fizyoterapistler tarafından literatüre kazandırıldı.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. GPTRA'nın Türkçe versiyonunun test tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu bulundu.
2. GPTRA'nın Türkçe versiyonunun iç tutarlığa sahip olduğu bulundu.
3. GPTRA'nın Türkçe versiyonunun yüz ve içerik geçerliği uzman görüşler tarafından uygun bulundu.
4. GPTRA'nın Türkçe versiyonunun kriter geçerliği için PTDE-20 ve PTEA-7 ile korelasyonları incelendi ve kriter geçerliğine sahip olduğu saptandı.
5. GPTRA'nın Türkçe versiyonunun yapı geçerliğinin 4 boyuta sahip olduğu bulundu. GPTRA maddelerinin faktör yüklerinin yüksek değere sahip olması nedeni ile ölçekten hiçbir soru çıkarılmadı.
6. GPTRA kullanımı kolay, uygulama süresi kısa ve değerli global bir ankettir.
7. GPTRA kliniklerde ve araştırmalarda rahatlıkla kullanılabilir ve hastaların kendilerini değerlendirmesine de izin verir.
8. GPTRA'nın farklı bölgelerde, daha büyük örneklem gruplarına uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması ile yaygınlaştırılmasının sağlanması önerilebilir.
9. GPTRA'nın ilerde yapılan çalışmalarda duyarlılığının araştırılması önerilebilir.
10. GPTRA'nın Türkçe versiyonu Türk toplumunda uygulanabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

KAYNAKLAR

1. **Aydur E, Şimşir A.** Pelvik organ prolapsusunun anatomisi ve patofizyolojisi. Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni, **2011**; 1(2): 5-8.
2. **Bilgiç D, Kızılkaya Beji N.** Ürojinekoloji hastalarında cinsel fonksiyon değerlendirmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, **2012**; 9(3): 142-152.
3. **Özengin, N.** Pelvik Organ Prolapsuslu Olan Kadınlarda Stabilizasyon Egzersizleri İle Elektromyografik Biofeedback Eğitiminin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Abant Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, **2012**: 104.
4. **Çelik DB, Beji NK.** Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, **2012**; 20(1): 69-79.
5. **Barber MD.** Questionnaires for women with pelvic floor disorders. International Urogynecology Journal, **2007**; 18: 461-465.
6. **Bazi, T, Kabakian-Khasholian T, Ezzeddine D, Ayoub H.** Validation of an Arabic version of the Global Pelvic Floor Bother Questionnaire. International Journal of Gynecology and Obstetrics, **2013**; 121: 166-169.
7. **Peterson VT, Karp RD, Aguliar CV, Davila WG.** Validation of global pelvic floor symptom bother questionnaire. Int Urogynecology J, **2010**; 21: 1129-1135.
8. **Papa Petros PE.** The female pelvic floor function, dysfunction and management according to the integral theory. 2nd Ed., Germany: Springer, **2006**.
9. **Sapsford R.** Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. Man Ther, **2004**; 9(1): 3-12.
10. **Herschorn S.** Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol, **2004**; 6: 2-10.
11. **Klutke CG, Siegel CL.** Functional female pelvic anatomy. Urol Clin North Am, **1995**; 22(3): 487-98
12. **İstanbulu O.** Pelvik taban anatomisi. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, **2009**; 2(1): 1-4.
13. **Köker İ.** Kadın hastalıkları ve doğum temel bilgileri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2006**.
14. **Standring S.** Grays Anatomy. 40th Ed., Spain: Churchill Livingstone, **2008**.
15. **Sancak B, Cumhur M.** Fonksiyonel Anatomi: Baş-Boyun ve İç organlar. 2. Baskı, Ankara: Odtü Yayıncılık, **2008**.
16. **Berek JS.** Novak's gynecology. 13th Ed., United States: Lippincott Williams & Wilkins, **2002**: 41-60.
17. **Ashton-Miller JA, Delancey JOL.** Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann. NY. Acad. Sci., **2007**; 1101: 266-296.

18. **Corton MM.** Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am*, **2009**; 36: 401-419.
19. **Güner H.** Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. 2. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2008**.
20. **Toprak Ş.** Pelvik Taban Distres Envanteri-20'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliliği. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010: 92.
21. **DeLancey JOL, Wei JT.** Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **2004**; 47(1): 3-17.
22. **Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al.** The Standardization of Terminology for Researchers in Female Pelvic Floor Disorders. *Int. Urogynecol. J*, **2001**; 12: 178-186.
23. **Özerdoğan NÖ.** Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**; 13(51):87-94.
24. **Başak T, Kök G, Güvenç G.** Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International Council of Nurses*, **2013**; 60(4): 448-460.
25. **Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen (Chairman) JT.** The standardization of terminology lower tract function. *Neurourology and Urodynamics*, **1988**; 7: 403-427.
26. **Bakar Y, Çınar Özdemir Ö, Özengin N, Duran B.** The use of extracorporeal magnetic innervation for the treatment of stress urinary incontinence in older women: a pilot study. *Arch Gynecol Obstet*, **2011**; 284:1163-1168.
27. **Güner H.** Ürojinekoloji. 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., **2000**: 11-18.
28. **Mutlu S.** Üriner inkontinanslı hastalarda anamnez ile ürodinami bulgularının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, **2005**; 80.
29. **Akbayrak T.** Üriner inkontinans'ta fizik tedavi ve rehabilitasyonun etkinliği., Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1997**: 97.
30. **Kurul Ş.** Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve sübjektif parametrelerin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, **2013**: 177.
31. **Kaya S.** Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda mesane eğitimi ile birlikte pelvik taban kas eğitiminin etkinliğinin araştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**: 108.
32. **Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, Beksac S.** Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*, **2015**; 26: 285-293.
33. **Haylen BT, Ridder D, Freeman MR, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al.** An international urogynecological association (iuga)/international continence society (ics) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*, **2010**; 21: 5-26.
34. **Kaya S.** İdiopatik detrüör aşırı aktivitesi olan hastalarda farklı tedavi modalitelerinin karşılaştırılması: fizik tedavi ve rehabilitasyon, medikal tedavi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2008**: 121.

35. **Beckmann CRB, Ling FW, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP.** Obstetrics and Gynecology. 6thEd. , China: Lippincott Williams & Wilkins, **2010**: 259-268.
36. **ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology.** ACOG Practice Bulletin No. 85: Pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol, **2007**; 110(3): 717-29.
37. **Hagen S, Stark D, Maher C, Adams EJ.** Conservative management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Syst Rev, **2006**; 18(4): CD003882.
38. **Seven M, Akyüz A, Açikel CH.** Ürogenital prolapsus yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. TAF Prev Med Bull., **2008**; 7(4): 317-322.
39. **Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Danforth D.** Danforth Gynecology. 9th Ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, **2003**: 437-447.
40. **Pager CK, Solomon MJ, Rex J.** Patient's perceptions of biofeedback therapy for obstructive defaecation. Blackwell Science Ltd. Colorectal Disease, **2002**; 4: 135–140.
41. **Pucciani F, Reggioli M, Ringressi MN.** Obstructed defaecation: what is the role of rehabilitation? The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, **2011**; 14: 474–479.
42. **Gürşen C.** Kronik konstipasyonu olan bireylerde konnektif doku masajının etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**: 105.
43. **Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Thompson PJ, Coomarasamy A, Khan KS.** Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. Int. Urogynecol. J, **2006**; 17: 407–417.
44. **Steinberg AC, Collins SA, O'Sullivan DM.** The impact of flatal incontinence on quality of life. Am. J. Obstet. Gynecol, **2009**;201: 539.e1-3.
45. **Fenner D.** Anal incontinence: relationship to pregnancy, vaginal delivery, and cesarean section. Elsevier, **2006**; 30(5): 261-266.
46. **İlçe A, Ayhan F.** Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: bilgilendirme ve eğitim. Anatol. J. Clin. Investig, **2011**; 5(1):15-23.
47. **Schvartzman R, Bertotto A, Schvartzman L, Wender MCO.** Pelvic Floor Muscle Activity, Quality of Life, and Sexual Function in Peri and Recently Postmenopausal Women With and Without Dyspareunia: A Cross-Sectional Study. Journal of sex & marital therapy, **2014**; 00(0): 1-12.
48. **Sanchez-Sanchez B, Torres Lacomba M, Yuste-Sanchez MJ, Navorro Brazales B, Pacheco-da-Costa S, Gutierrez-Ortega C. et al.** Cultural adaptation and validation of the pelvic floor distress inventory short form(PFDI-20) and pelvic floor impact questionnaire short form (PFQI-7) Spanish version. European journal of obstetrics gynecology& and reproductive biology, **2013**; 170: 281-285.
49. **Gotoh M.** Quality of life assessment for patients with urinary incontinence. Nagoya J. Med. Sci. , **2007**; 69: 123-131.
50. **Uyar Hazar H, Şirin A.** İnkontinans şiddet indeksinin geçerlik ve güvenilirliği çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, **2008**; 9(3): 5-8.
51. **Çetinel B, Özkan B, Can G.** ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. Türk Üroloji Dergisi, **2004**; 30(3): 332-338.

52. **Cam Ç, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A.** 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*, **2007**; 26: 129-133.
53. **Akkoç Y, Karapolat H, Eyigor S, Yesil H, Yüceyar N.** Quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders: reliability and validity of the Turkish version of King's Health Questionnaire. *Neurol. Sci*, **2011**; 32: 417-421.
54. **Gökkaya CS, Öztekin ÇV, Doluoğlu ÖG, Güzel Ö, Erşahin V, Özden C ve ark.** Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksinin Türkçe versiyonunun geçerliliğinin değerlendirilmesi. *J. Clin. Anal. Med.* **2012**;3(4): 415-8.
55. **Cam Ç, Selcuk S, Asoglu MR, Tug N, Akdemir Y, Ay P.** Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. *Int. Urogynecol. J*, **2011**; 22: 1375-1379.
56. **Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Bor S.** Validity and Reliability of a Turkish Version of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. *Wound Ostomy Continence Nurs.* **2009**;36(5):532-538.
57. **Toprak Celenay S, Akbayrak T, Kaya S, Ekici G, Beksac S.** Validity and reliability of the Turkish version of the Pelvic Floor Distress Inventory-20. *Int. Urogynecol. J*, **2012**; 23: 1123-1127.
58. **Eyigor S, Karapolat H, Akkoc Y, Yesil H, Ekmekci Ö.** Quality of life in patients with multiple sclerosis and urinary disorders: Reliability and validity of Turkish-language version of Incontinence Quality of Life Scale. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, **2010**; 47(1): 67-72.
59. **Balkanlı Kaplan P, Süt N, Kayaoğlu Süt H.** Validation, cultural adaptation and responsiveness of two pelvic-floor-specific quality-of-life questionnaires, PFDI-20 and PFIQ-7, in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. **2012**; 162: 229-233.
60. **Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R, Kammerer-Doak DN, Pauls RN et. al.** A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J* **2013**; 24: 1091-1103.
61. **Verit FF, Verit A.** Validation of the Female Sexual Function Index in Women with Chronic Pelvic Pain. *J Sex Med.*, **2007**; 4:1635-1641.
62. **Cam Ç, Sancak P, Karahan N, Sancak A, Celik C, Karateke A.** Validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **2009**; 146: 104-107.
63. **Yalcin I, Bump R.** Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol* **2003**;189: 98-101.
64. **Manonai J, Wattanayingcharoenchai R.** Relationship Between Pelvic Floor Symptoms and POPQ Measurements. *Neurourology and Urodynamics*, 2015; 1-4.
65. **Deniz KZ.** Psikolojik Ölçme Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2007**; 40(1): 1-16.
66. **Gözüm S, Aksayan S.** Kültürlerarası ölçek uyarlaması için Rehber II: Psikometrik özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, **2003**; 5(1) : 3-14.

67. **Karasar N.** Bilimsel Araştırma Yöntemi-Kavramlar-İlkeler-Teknikler. 18.baskı, Ankara: Nobel Yayınları, **2008**: 136-156.
68. **Can T.** Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe'ye Uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, **2010**: 90s.
69. **Şenocak MŞ.** Temel Kavramlar ve Klinik Biyoistatistik. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınları, **2009**:161-209.
70. **Çakmur H.** Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. TAF Prev Med Bull, **2012**; 11(3): 339-344.
71. **Parekh M, Swift S, Lemos N, Iskanderet M, Freeman B, et al.** Multicenter inter-examiner agreement trial for the validation of simplified POPQ system. Int. Urogynecology J, **2011**; 22: 645–650.
72. **Swift S, Morris S, McKinnie V, Freeman R, Petri E, Scotti RJ, et al.** Validation of a simplified technique for using the POPQ pelvic organ prolapse classification system. Int. Urogynecology Journal, **2006**; 17: 615–620.
73. **Barber MD, Walters MD, Bump RC.** Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). American Journal and Gynecology, **2005**; 193: 103–113.
74. **Bracken BA, Barona A.** State of the art procedures for translating, validating and using psychoeducational tests in crosscultural assessment. *School Psychology International*, **1991**; 12(1–2): 119–132.
75. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB,** Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. SPINE Volume 25, **2000**; 24, 3186–3191.
76. **MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D.** The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. British Journal of Obstetrics and Gynecology, **2000**; 107: 1460-1470.
77. **Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T.** Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. Hacettepe üniversitesi tıp fakültesi, kadın hastalıkları ve doğum Anabilim dalı, **2005**; 2(5): 37-42.
78. **Kepenekçi İ, Keskinçilç B, Akınsu F, Çakır P, Elhan AH, Erkek AB ve ark.** Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age,mode of delivery and parity. Diseases of the colon & rectum volüme, **2011**; 54(1): 85-94.
79. **Koçak İ, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beşer E.** Female urinary incontinence in thewest of turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. European Urology, **2005**; 48: 634–641.
80. **Kök G, Şenel N, Akyüz A.** GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, **2006**; 48: 132-136.
81. **Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Açık Y.** Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. International Journal of Urology, **2009**; 16: 566–569.
82. **Maral I, Özkardeş H, Peşkırcıoğlu L, Bumin MA.** Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study. Journal of urology, **2000**; 165: 408-12.

83. **Yıldız D.** Fekal inkontinanslı hastalarda iki farklı bakım ürününün perineal dermatit oluşumuna etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2007**; 207.
84. **Şentürk Ş, Kara M.** Menepoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. Van Tıp Dergisi, **2010**; 17(1):7-11.
85. **Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog R, Varner E, Posner SF.** Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. Obstetrics and Gynecology, **1999**; 94(1): 66-70.
86. **Shariat SF, Zimmern PE, Hilton K.** Prospective questionnaire-based evaluation of the prevalence of urinary incontinence in women with chronic cough. Urol Int, **2009**; 83: 181–186.
87. **Fornell EU, Wingren G, KjølheDE P.** Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. Acta Obstet Gynecol Scand, **2004**; 83: 383–389.
88. **Whitcomb EL, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Luber KM.** Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. Int Urogynecol J, **2009**; 20: 289–294.
89. **Lawrence JM, Liu IA, Lukacz ES, Nager CW, Luber KM.** Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women. Diabetes Care, **2007**; 30: 2536–2541.
90. **Nazik E, Eryılmaz G.** Kadında Disparoni ve Hemşirelik Yaklaşımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, **2011**; 4(1): 211-215.
91. **Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A.** Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol, **2002**;186:1160-66.
92. **Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al.** Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. Am J Obstet Gynecol **2005**;192:795-806.
93. **Aytan H, Ertunc D, Tok EC, Yaşa O, Nazik H.** Prevalence of pelvic organ prolapse and related factors in a general female population. J Turk Soc Obstet Gynecol, 2014; 3: 176-180.
94. **Haylen BT.** Voiding Difficulty in Women. Int. Urogynecol. J., **2000**; 11:1–3.
95. **Haylen BT, Krishnan S, Schulz S, Verity L, Law M, Zhou J, Sutherst J.** Has the true prevalence of voiding difficulty in urogynecology patients been underestimated? Int Urogynecol J, **2007**; 18: 53–56.
96. **Hambleton RK, Kanjee A.** Increasing the validity of cross-cultural assessments: use of improved methods for test adaptations. European journal of psychological assessment, **1995**; 11(3): 147-157.
97. **Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M, Ebenbichler G, Wölfl G, Fialka-Moser V.** Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris Questionnaire for German-speaking patients with low back pain. Spine Volume, **1999**; 24(11): 1099-1103.
98. **DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ et al.** A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability. Journal of Nursing Scholarship, **2007**; 39(2): 155-164.

ETİK KURUL ONAYI



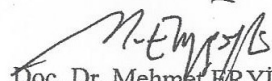
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Y. Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN¹
Arş. Görv. Hanife DOĞAN¹
Doç. Dr. Yeşim BAKAR¹
Prof. Dr. Bülent DURAN²
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu¹
İzzet Baysal Tıp Fakültesi²

Sayın Y. Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN
Arş. Görv. Hanife DOĞAN
Doç. Dr. Yeşim BAKAR
Prof. Dr. Bülent DURAN

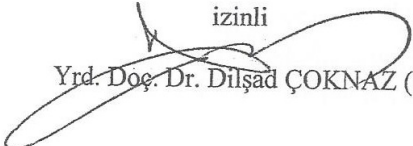
“Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği” konulu araştırmanızla ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2014/16) Kurulumuzun 06.03.2014 tarihli ve 2014/16 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

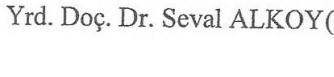

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)


Doç. Dr. Akay EREN (Üye)

izinli

Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)


Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhal DEMİRCİ (Üye)



BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği”dir.

1. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bu araştırmanın amacı, araştırmaya katılmanın sizin idrar kaçırma/sık ve ani idrar yapma hissi/işeme zorluğu/rahim sarkması/gayta kaçırma veya ağrılı cinsel ilişki ile ilgili şikayetlerinizin tespit edilmesi ve tedavinizin planlanabilmesi yönünden yaşam kalitenize olumlu etkiler oluşturmaktır.

Neden ben seçildim?

Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldınız. Uygulama süresince tedavi ve değerlendirmeler için yardımınıza ihtiyaç duyulmaktadır. Sizinle birlikte 108 kişi aynı uygulamaya tabi tutulacaktır.

2. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Uygulamanın istediğiniz anında, diğer katılımcıları etkilemeden araştırmadan ayrılmak istediğinizi uygulayıcıya herhangi bir neden veya koşul belirtmeden ifade edebilir ve ayrılabilirsiniz. Araştırmada size verilen konular veya uygulamalar dışında herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde araştırmayı bırakmanız da mümkündür. Bu konuda size olumsuz dönecek herhangi bir sorumluluğunuz yoktur. Çalışmayı bırakmanız durumunda hastanede aldığınız tedavi hiçbir şekilde etkilenmeyecektir.

3. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırmaya katılmanız durumunda gördüğünüz tedavide hiçbir değişiklik olmadan size 2 anket uygulanacaktır.

4. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Bu araştırmada tedavinize hiçbir müdahale olmayacaktır. Araştırma kapsamında size anket soruları sorulacaktır. Bu sorular günlük yaşamınızı ilgilendiren sorular olacaktır. Sorularla ilgili herhangi bir zarar beklenmemektedir ancak sorulara cevap vermeme hakkınız bulunmaktadır.

5. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın sizin idrar kaçırma/sık ve ani idrar yapma hissi/işeme zorluğu/rahim sarkması/gayta kaçırma veya ağrılı cinsel ilişki ile ilgili şikayetlerinizin tespit edilmesi ve tedavinizin planlanabilmesi yönünden yaşam kalitenize olumlu etkiler oluşturabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarımızın gelecekte topluma veya bilime faydalarının olacağı düşünülmekte ve sizin ile benzer sorunları yaşayan hastaların değerlendirmesinde kullanılacak bir yöntem sunabileceği düşünülmektedir.

6. Araştırma masrafları:

Bu araştırma bünyesinde size uygulanacak testler ve tedavi yöntemleri için sizden bir ücret talep edilmeyecek ve bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumundan ücret alınmayacaktır. Masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacak sizden herhangi bir şekilde ek ücret talep edilmeyecektir.

7. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Araştırmada ters giden herhangi bir durum olursa, araştırma sorumlusu tarafından danışmanlık verilecek olup, her türlü sorumluluk araştırmacıya aittir. Ayrıca uygulama hastane içerisinde yapılacağı için herhangi bir istenmeyen durumla karşılaşılması durumunda hemen doktorunuzla irtibata geçilip durum hakkında bilgisine başvurulacaktır.

8. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Gizlilik: Formda araştırma süresince elde edilen tüm bilgilerin ve kişisel detayların gizli kalacak olup, bilgiler kodlu olarak toplanacaktır. Sonuçlarınız bireyler olarak değil anonim numaralandırılmış havuz usulü değerlendirilip tek bir sonuç elde edilecektir.

Bilgilere giriş: Verileniz araştırmacılar tarafından erişilebilir olacaktır. Aynı veriler isim belirtilmeden farklı çalışmalarda kullanılıp gene isim verilmeksizin sonuçlar eğitim amaçlı kullanılabilir.

9. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma hakkında sonrasında bilgi almanız ve grup sonuçlarını görmemiz mümkündür. Araştırma sonunda, araştırma sonucu ile bilgi talep etmeniz durumunda, elde edilen bilimsel bilgiler paylaşılabilir.

10. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları, İstatistiksel Yöntemlerle analiz edip, işlenecek ve bunun sonucunda elde edilen bilgiler makaleye dönüştürülüp literatüre kazandırılacaktır.

11. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05075346142 no.lu telefondan Araştırma görevlisi Hanife DOĞAN'a başvurabilirsiniz.

12. Teşekkür:

Araştırmanıza katıldığınız ve çalışmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği		
	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	--

Değerlendirme Formu

Adı-Soyadı:	Tarih:
Yaş:	Kontrol Tarihi:
Boy uzunluğu:	Doktor:
Eğitim Düzeyi:	Tel:
Meslek:	Adres:
Vücut ağırlığı:	

Teşhis

Stres üriner inkontinans	
Sık ve ani idrar yapma hissi	
Urge inkontinans	
İşeme zorluğu	
Pelvik organ prolapsusu	
Obstrüktif defekasyon	
Fekal inkontinans	
Disparoni	

Şikâyet ve Hikâye:

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

Notlar:

Menstrual durum: Normal, düzenli adet
Düzensiz adet
Menopoz: spontan/cerrahi (vajinal/abdominal)
Menopoza girdiği yıl:
HRT ve süresi:

Obstetrik hikâye:

G: P: A: DC: Y:

Doğum Tarih Doğum tip Yırtık/epizyotomi Cinsiyet Doğum ağırlığı

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Sürekli alınan veya şu anda kullanılan ilaçlar

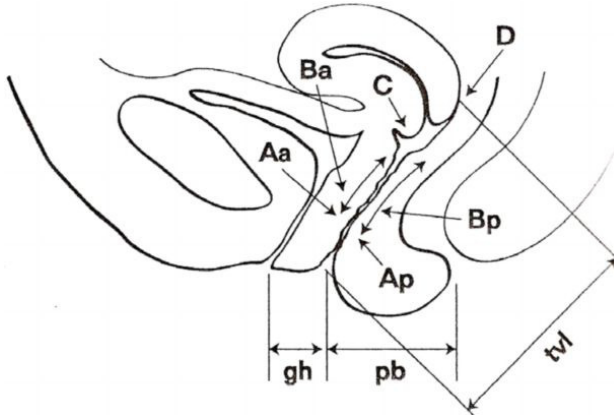
Adı Miktar Etkisi

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ne kadar sıklıkla büyük tuvaletinizi yaparsınız?	
Kronik öksürüğünüz var mı?	
Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız günde kaç tane içiyorsunuz?	
İçki kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız haftada ne kadar içiyorsunuz?	

POP-SS Değerlendirmesi

Ön duvar Aa	Ön duvar Ba	Serviks veya Kaf C
Genital açıklık Gh	Perine cismi Pb	Total vajinal uzunluk tvI
Arka duvar Ap	Arka duvar Bp	Arka forniks D



Evre 0	Prolapsus gösterilmemiştir. Aa, Ap, Ba, Bp noktaları -3 cm'dedir ve C noktası tvI ve tvI - 2 cm arasındadır.
Evre 1	Prolapsusun en alt noktası hymen seviyesinden 1 cm'den daha üsttedir.
Evre 2	Prolapsusun en alt noktası hymen seviyesinin 1 cm üst veya altındadır.
Evre 3	Prolapsusun en alt noktası hymen seviyesinden 1 cm'den daha fazla alttadır fakat tvI - 2 cm' den fazla değildir
Evre 4	Vajenin tam veya tama yakın eversiyonu. Prolapsusun en alt noktası $\geq$ tvI - 2 cm

POP-Q	1	2	3	4
SİSTOSEL				
ÜROTRESEL				
REKTOSEL				
ENTEROSEL				
UVP				

PELVİK TABAN DİSTRES ENVANTERİ- 20

Pelvik Organ Prolaps Distres Envanteri 6 (POPDI-6)

1. Karnınızın alt bölgesinde sıklıkla baskı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

2. Kasık bölgesi ve aşağısında sıklıkla ağırlık veya sıkıntı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

3. Vajinal bölgenizde sıklıkla bir şişkinlik veya dışarı çıkan bir şey görüyor veya hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

4. Büyük tuvaletinizi başlatmak veya tamamlamak için vajina veya makat çevresine itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

5. İdrarınızı yaptıktan sonra tamamlanmadığı hissini sıklıkla yaşıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

6. İdrar yapmanızı başlatmak veya tamamlamak için parmaklarınızla vajinal bölgedeki şişkinliğinize itme yapmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

Kolorektal-Anal Distres Envanteri 8 (KRADE-8)

7. Büyük tuvaletinizi yapmak için fazla ıkınma ihtiyacı hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

8. Büyük tuvaletiniz bittiğinde barsaklarınızın tamamen boşaltmadığını hissediyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

9. Büyük tuvaletiniz normal iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkınızı kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

10. Büyük tuvaletiniz yumuşak veya sıvı iken, kontrolünüz dışında sıklıkla dışkınızı kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

11. Kontrolünüz dışında sıklıkla barsaktan gaz kaçırıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

12. Büyük tuvaletinizi yaparken sıklıkla ağrınız oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

13. Kuvvetli sıkışma hissi yaşıyor ve büyük tuvaletinizi yapmak için banyoya koşturmak zorunda kalıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐1

☐2

☐3

☐4

Önemsiz

Az

Orta

Çok

14. Büyük tuvaletinizi yapma süresince veya sonrasında barsağınızın bir parçası makattan dışarı çıktı veya dışa doğru şişkinleşti mi?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

Üriner Distres Envanteri 6 (ÜDE-6)

15. Sık sık idrara çıkmayı sıklıkla yaşıyor musunuz?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

16. Sıkıştığınızda sıklıkla idrar kaçırıyor musunuz diğer bir deyişle acil banyoya gitme ihtiyacınız oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

17. Öksürme, hapsirme veya gülme ile birlikte sıklıkla idrar kaçırmanız oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

18. Az miktarda (damlalar tarzında) idrar kaçırmanız sıklıkla oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

19. İdrar torbanızı boşaltmada zorluk sıklıkla oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

20. Alt karın veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık sıklıkla oluyor mu?

☐Hayır; ☐Evet

0

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Önemsiz	Az	Orta	Çok

PELVİK TABAN ETKİ ANKETİ (PTEA)

0: etkilenmedi 1: biraz etkilendi 2: orta derecede etkilendi 3: oldukça fazla etkilendi

	İdrar Kaçırma (UEA-7)	Barsak Şikayetleri (KRAEA-7)	Pelvik Organ Sarkması (POPEA-7)
1. Günlük ev işlerinizi yapmanızda problem yaratıyor mu? (yemek pişirmek, çamaşır, ev temizliği gibi)	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
2. Yürümek, yüzmek veya diğer egzersizler gibi fiziksel aktiviteleri yapmanıza engel oluşturuyor mu?	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
3. Eğlence aktivitelerine (sinema, konser, tiyatro gibi) katılmanıza engel oluyor mu?	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
4. 30 dakikadan uzun sürecek bir yolculuk yapmanıza engel teşkil ediyor mu?	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
5. Evin dışındaki sosyal aktivitelere (günler, toplantılar) katılmanızda problem yaratıyor mu?	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
6. Duygusal sağlığınızda problem yaratıyor mu? (sinirlilik, depresyon gibi)	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla
7. Hayal kırıklığına uğramanıza neden oluyor mu?	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla	☐ Hiç ☐ Nadiren ☐ Orta derecede ☐ Oldukça fazla

GLOBAL PELVİK TABAN RAHATSIZLIK ANKETİ

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.

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

Pelvic floor bother questionnaire

1134

Int Urogynecol J (2010) 21:1129–1135

Appendix

PELVIC FLOOR BOTHER QUESTIONNAIRE

Date: ____/____/____

Instructions: The following is a questionnaire about your pelvic health. All information is strictly confidential. Please mark (X) in the box that best describes your symptoms in the last month

MR#:

1. Do you experience urine leakage (incontinence) related to physical activity, such as coughing, sneezing, laughing, lifting or changing position? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
2. Do you experience frequent urination (needing to urinate more often than usual; including the need to get up two or more times during the night because of a need to urinate)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
3. Do you experience an abnormal strong feeling of urgency to urinate (sudden, compelling urge to void)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
4. Do you experience urine leakage associated with the feeling of urgency (involuntary loss of urine occurring while suddenly having a strong urge to urinate)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
5. Do you experience difficulty or discomfort in passing your urine? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
6. Do you experience the feeling of a bulge in the vagina (either the bladder, uterus, vagina or rectum)? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
7. Do you experience difficulty in completely emptying your bowels, such as needing to press near your vagina or rectum with your fingers to complete a bowel movement? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
8. Do you experience accidental leakage of fecal matter or gas? ☐ Yes ☐ No If yes, how much does it bother you? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot
9. Are you sexually active? ☐ Yes ☐ No If yes, does pain or discomfort curtail your ability to enjoy sex? ☐ Not at all ☐ Only a little bit ☐ Somewhat ☐ A moderate amount ☐ A lot

ÖZGEÇMİŞ

Hanife Doğan 07.06.1987 tarihinde Konya’da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Konya’da tamamladı. 2007 yılında girdiği Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü’nden Haziran 2011’de mezun oldu. 2011-2013 tarihleri arasında özel bir hastanede fizyoterapist olarak çalıştı. 2013 yılından beri Karabük Üniversitesinde araştırma görevlisi olarak çalışıyor. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde 2013 yılında yüksek lisans eğitimine başladı. 2013 yılından beri yüksek lisans eğitimine devam ediyor.