



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
MESANE BAĞIRSAK DİSFONKSİYONLARI VE PELVİK TABAN
FİZYOTERAPİSİNDEN FAYDALANMA DURUMLARI**

Buse ULUDAĞ

MUĞLA-2024

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN
MESANE BAĞIRSAK DİSFONKSİYONLARI VE PELVİK TABAN
FİZYOTERAPİSİNDEN FAYDALANMA DURUMLARI**

Buse ULUDAĞ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. İlkin ÇITAK KARAKAYA**

MUĞLA-2024

TEZ ONAYI

Buse ULUDAĞ tarafından hazırlanan “Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Mesane Bağırsak Disfonksiyonları ve Pelvik Taban Fizyoterapisinden Faydalanma Durumları” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Baki Umut TUĞAY	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	

Tez Danışmanı	Prof. Dr. İlkim ÇITAK KARAKAYA	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	

Üye	Dr. Öğr. Üyesi Semiha YENİŞEHİR	(İmza)
	Muş Alparslan Üniversitesi	

Tez savunma tarihi: 26.06.2024

Bu tez Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☒ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

26.06.2024

Buse ULUDAĞ

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Mesane Bağırsak Disfonksiyonları ve Pelvik Taban Fizyoterapisinden Faydalanma Durumları” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

26.06.2024

Buse ULUDAĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin planlanması ve yazılması aşamalarında destek ve yardımını esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. İlkim ÇITAK KARAKAYA'ya,

Tez yazım aşamamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak tezimde ilerlememe yardımcı olan sevgili Dr. Öğr. Üyesi Semiha YENİŞEHİR'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan sevgili eşim Doğuhan ULUDAĞ'a,

Hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, beni büyüten ve sahip olduğum her başarıda emekleri olan rahmetli babam Ünal ÖNÇER ve canım annem Hatice ÖNÇER'e

Teşekkürlerimi sunarım...

NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN MESANE BAĞIRSAK DİSFONKSİYONLARI VE PELVİK TABAN FİZİYOTERAPİSİNDEN FAYDALANMA DURUMLARI

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, nörogelişimsel bozukluğa (NGB) sahip çocuklarda görülen mesane ve bağırsak disfonksiyonu (MBD) tiplerinin ve sıklığının belirlenmesi, bu durumun ebeveyn/bakım verenin yaşam kalitesi ve bakım verme yükü üzerine etkilerinin incelenmesi ve MBD'li çocukların pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumlarının araştırılmasıdır. Çalışmaya, bir Rehberlik ve Araştırma Merkezine başvuran NGB'li çocuğa sahip 137 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların ve NGB'li çocuklarının fiziksel ve sosyodemografik özellikleri kaydedilmiştir. NGB'li çocuklardaki işeme bozukluğu İşeme Bozuklukları Symptom Skoru Ölçeği (İBSS), MBD varlığı Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi (CBBDQ), çocukların yaşam kalitesi Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği – Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ), ebeveynlerin bakım yükleri Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVY), yaşam kaliteleri Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref) ve sağlık arama davranışları Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca katılımcıların MBD için tedavi arayışında olup olmadıkları ve pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumları sorgulanmıştır. Sonuçlar, NGB'li çocuklarda üriner inkontinansın (%91.2) sık görüldüğünü, MBD'ye sahip NGB'li çocukların CBBDQ anket puanlarının daha yüksek olduğunu ($p<0.05$), MBD'li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yüklerinin daha fazla ($p<0.05$) ve yaşam kalitelerinin daha kötü ($p<0.05$) olduğunu göstermiştir. Tüm katılımcılar için pelvik taban fizyoterapisi hakkında bilgi ve farkındalığının geliştirilmesinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Nörogelişimsel bozukluk, çocuk, inkontinans, konstipasyon, fizyoterapi

BLADDER-BOWEL DYSFUNCTIONS AND STATUS OF BENEFITING FROM PELVIC FLOOR PHYSIOTHERAPY IN CHILDREN WITH NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the types and frequency of bladder and bowel dysfunctions (BBDs) in children with neurodevelopmental disorders (NDs), to examine the impact of this condition on the quality of life (QoL) and caregiving burden of the parents/caregivers, and to investigate the status of benefiting from pelvic floor physiotherapy in children with BBDs. A total of 137 volunteer parents of children with a ND who applied to a Guidance and Research Center were included in this study. Physical and sociodemographic characteristics of the participants and their children were recorded. Presence of voiding disorder and BBD was assessed by Voiding Disorders Symptom Score Scale (VDSS) and Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire (CBBDQ), respectively. The QoL of children and parents, as well as caregiving burden and health-seeking behavior of parents were assessed by Quality-of-Life Scale for Children-Parent Form (PedsQL), World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQoL-Bref), Burden of Caregiving Scale (BCS), and Health-Seeking Behavior Scale (HBS), respectively. Participants were also asked about seeking treatment for BBD and their status of benefiting from pelvic floor physiotherapy. The results showed that urinary incontinence (%91.2) was common in children with ND; CBBDQ scores of children with BBD were higher ($p<0.05$) than the others; and the parents of children with BBD had a more severe caregiving burden ($p<0.05$) and more impaired QoL ($p<0.05$) than their counterparts. It was concluded that it is important to improve knowledge and awareness of pelvic floor physiotherapy for all participants.

Keywords: Neurodevelopmental disorder, child, incontinence, constipation, physiotherapy

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Nörogelişimsel Bozukluk.....	3
2.2. Mesane-Bağırsak Disfonksiyonları.....	4
2.3. Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları	4
2.3.1. Depolama Fazı Semptomları	4
2.3.2. İşeme Fazı Semptomları	6
2.3.3. Diğer Semptomlar	6
2.4. Bağırsak Disfonksiyonları.....	7
2.5. Klinik Değerlendirme.....	8
2.6. Tedavi.....	8
2.6.1. Üroterapi.....	8
2.6.2. Pelvik Taban Rehabilitasyonu	9
2.6.3. Farmakolojik Tedavi	11
3. YÖNTEM	13
3.1. Araştırma Modeli	13
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali.....	13
3.3. Veri Toplama Araçları	13
3.3.1. Değerlendirme Formu	13
3.3.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS).....	14
3.3.3. Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi (CBBDDQ).....	14
3.3.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ).....	14
3.3.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVY).....	15

3.3.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (WHOQOL-Bref)	15
3.3.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)	16
3.4. Veri Toplama Süreci	16
3.5. Deneysel Kurgu	16
3.6. İstatistiksel Analiz	17
3.7. Etik Onay	17
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4. BULGULAR	18
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	18
4.2. Katılımcıların Ölçek Puanları	19
4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları İlişkisi	24
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	33
6.1. Sonuçlar	33
6.2. Öneriler	33
KAYNAKLAR	35
EKLER	44
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	44
Ek 2: KURUM İZNİ	45
Ek 3: FORMLAR	46
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	67

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
≥	: Büyük eşit
=	: Eşittir
ark	: Arkadaşları
AÜS	: Alt Üriner Sistem
AÜSD	: Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları
BVY	: Bakım Verme Yüğü
CBBDQ	: Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğı
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DS	: Down Sendromu
FI	: Fekal İnkontinans
ICCS	: International Children's Continence Society
İBSS	: İşeme Bozuklukları Semptom Skoru
MB	: Motor Bozukluk
MBD	: Mesane Bağırsak Disfonksiyonu
MR	: Mental Retardasyon
n	: Sayı
NE	: Nokturnal Enürezis
NGB	: Nörogelişimsel Bozukluk
Ort	: Ortalama
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖG	: Özgöl Öğrenme Güçlüğü
p	: Hesaplanan Yanılma Olasılığı
PEDSQL	: Pediatric Quality of Life Inventory
PTK	: Pelvik Taban Kasları
PTKE	: Pelvik Taban Kas Egzersizi
PTS	: Posterior Tibial Sinir
PTSS	: Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu

r	: Korelasyon Katsayısı
SADÖ	: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği
SP	: Serebral Palsi
SPSS	: Statistical Package for Social Science
SS	: Standart Sapma
SU	: Standart Üroterapi
TENS	: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
Vd	: Ve diğerleri
WHOQOL-Bref	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu



ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 4.1. NGB’li çocukların tanı dağılımı.....	19
Şekil 4.2. İnkontinans tipleri.....	20
Şekil 4.3. Tedavi etki düzeyleri	23
Şekil 4.4. Öğrenim durumuna göre pelvik taban FTR’si farkındalık düzeyi	24



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	18
Tablo 4.2. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması	21
Tablo 4.3. Katılımcıların MBD için tedavi/çözüm arayışında bulunmama nedenleri	22
Tablo 4.4 MBD için ebeveynlerin uyguladığı yöntemler	22
Tablo 4.5. Katılımcıların ölçek puanları ilişkisi.....	25



1. GİRİŞ

Nörogelişimsel bozukluk (NGB), beyin veya merkezi sinir sistemi hasarıyla karakterize, büyümekte olan çocuğun duygu durumunu, öğrenme kabiliyetini ve hafızasını etkileyen anormal beyin fonksiyonu durumudur. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın son baskısının (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) kriterlerine göre nörogelişimsel bozukluklar; otizm spektrum bozuklukları (OSB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), motor bozukluklar (MB), özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG), iletişim bozuklukları, mental retardasyon (MR) ve diğer nörogelişimsel bozukluklar şeklinde sınıflandırılmıştır (APA, 2013). Bu bozukluklar toplumumuzda ciddi bir sağlık problemi olmakla birlikte; dünya genelinde çocukların %2-5'ini etkilemektedir (Study vd., 2017). Yapılan çalışmalar nörogelişimsel bozuklukların erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğü ve yıllar ilerledikçe tanı konan çocuk sayısının arttığını göstermektedir (Aksoy, 2019).

Nörogelişimsel bozukluklar genellikle gebelik veya doğum sırasında oluşmaktadır (Study vd., 2017). Belirtileri erken çocukluk döneminde çoğunlukla okul öncesi dönemde gözükmetedir. Bu bozukluklar, tanılı bireylerin günlük yaşam, toplumsal ve akademik becerilerinde zorluklara sebep olmaktadır (Gal vd., 2011). Bunlara ek olarak International Children's Continence Society (ICCS) tarafından tanımlanan noktürnal enürezis (NE), gündüz idrar kaçırma, fekal inkontinans (FI) ve konstipasyonu içeren mesane bağırsak disfonksiyonları (MBD) nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklarda daha yaygındır (Auistin vd., 2016). Gerek yurt dışında gerekse ülkemizde ilgili popülasyonda görülen MBD tiplerini, şiddetini, çocuğun ve bakım verenin yaşam kalitesine etkilerini inceleyen çalışmalar sayıca kısıtlı olup sonuçları tutarlı değildir. Bununla birlikte, NGB alt gruplarında hangi tip ve şiddette MBD'nin görüldüğüne, bu problemin çocuk ve ebeveyn/bakım verenin yaşam kalitesi ile bakım yüküne etkilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

ICCS, NGB'si olan çocuklarda MBD'ye yönelik olarak üroterapi ve ilaçların temel tedavi yaklaşımları olduğunu ve standart üroterapinin (SU), fonksiyonel bozuklukların çoğu için birinci basamak tedavi yaklaşımını oluşturduğunu

belirtmektedir (Von Gontard, 2013). Üroterapi; konuyla ilgili danışmanlığı, tuvalet ve içme alışkanlıklarına yönelik modifikasyonları, bilişsel-davranışsal müdahaleleri, biyolojik geri bildirim yöntemlerini (biofeedback, alarm tedavisi vs.), gevşeme yöntemlerini içerir (Schäfer vd., 2018). Bu tedavi protokollerine ek olarak kas disfonksiyonun değerlendirilmesi, dışkılamayı kolaylaştırma ve disfonksiyonel işemeyi tedavi etmek için pelvik taban kas gevşemesi veya güçlendirme egzersizlerinin reçetelendirilmesini içeren pelvik taban rehabilitasyonu önemli yer taşımaktadır. Literatürde, MBD'si olan NGB'li çocuklarda multidisipliner (çocuk doktoru, psikiyatrist, fizyoterapist vb) yaklaşımın önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bununla beraber ülkemizde NGB'li çocuğu olan ebeveyn/bakım verenlerin MBD'ye yönelik tedavi yaklaşımları ve pelvik taban fizyoterapisi hakkında farkındalık düzeylerinin ne olduğu ve hangi oranda bu hizmetten faydalanabildikleri konusunda bilimsel bir veriye rastlanmamıştır.

Bu sebeplere dayanarak çalışmamız NGB'li çocuklarda MBD görülme sıklığını, tiplerini, şiddetini belirlemek; MBD'nin çocuğun ve ebeveynin yaşam kalitesi ile bakım yüküne etkisini değerlendirmek; bu çocukların MBD'ye yönelik pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumlarını öğrenmeyi amaçlamaktadır.

Hipotezler

Hipotez 1: NGB'si olan çocuklarda MBD sık görülür.

Hipotez 2: NGB'si olan çocuklarda en sık görülen MBD tipi üriner inkontinanstır.

Hipotez 3: NGB'si olan çocuklarda MBD, çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Hipotez 4: NGB'si olan çocuklarda MBD, ebeveynlerinin yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

Hipotez 5: NGB'si olan çocuklar MBD'ye yönelik olarak en sık medikal tedavi ve davranış tedavisi almaktadır.

Hipotez 6: NGB'li çocuklarda MBD'ye yönelik pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma oranı ve ebeveyn/bakım verenlerin bu konudaki farkındalığı düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nörogelişimsel Bozukluk

Nörogelişimsel bozukluk (NGB), beyin veya merkezi sinir sistemi hasarıyla karakterize, büyümekte olan çocuğun duygu durumunu, öğrenme kabiliyetini ve hafızasını etkileyen anormal beyin fonksiyonu durumudur (APA, 2013). Bu bozukluklar toplumumuzda ciddi bir sağlık problemi olmakla birlikte; dünya genelinde çocukların %2-5'ini etkilemektedir. Nörogelişimsel bozuklukların nedenleri genellikle gebelik veya doğum sırasında oluşmaktadır. Gebelik enfeksiyonu ve annenin alkol tüketimi gibi çeşitli mekanizmalar bu tür gelişimsel bozukluklara neden olabilirken gelişimsel açıdan önemli genlerdeki genetik çeşitliliğin zarar görmesinin büyük bir katkısı vardır (Study vd., 2017). Belirtileri gelişimin erken dönemlerinde, çoğunlukla da okul çağı öncesinde görülmektedir. Bu bozukluklar toplumsal, bireysel, uğraşsal ve eğitsel işlevlerde aksamalara neden olmaktadır (Glissen vd., 2014).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın son baskısının (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) kriterlerine göre nörogelişimsel bozukluklar; otizm spektrum bozuklukları (OSB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), motor bozukluklar (MB), özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG), iletişim bozuklukları, mental retardasyon (MR) ve diğer nörogelişimsel bozukluklar şeklinde sınıflandırılmıştır (APA, 2013). Bu bozukluklardan iki veya daha fazlasının komorbiditesi sıklıkla gözlenmektedir. Özellikle nörogelişimsel bozukluğu olan hastalarda zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozuklukları ve epilepsi kombinasyonu çok sık görülmektedir (Parenti vd., 2020). Epilepsinin otizmlili bireylerde genel nüfusa göre 10-30 kat daha fazla gözlemlendiği bildirilmiştir. Ayrıca otizmlili bireylerin %28-83'ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; %0.7-27 bipolar bozukluk, %17-56'sında obsesif kompulsif bozukluk, %17'sinde travma sonrası stres bozukluğu komorbiditesinin varlığı ortaya konmuştur (Malhotra vd., 2011). Bu örnekler, nörogelişimsel hastalıklar arasında epidemiyolojik açıdan bir bağ olma olasılığını güçlendirmektedir. Komorbid durumların değerlendirilmesi, tespiti ve tedavisi bu bireylerin eğitsel programlarına, öğrenmelerine, hayat kalitelerine önemli derecede katkı sağlamaktadır (Mukaddes ve Ercan, 2018).

2.2. Mesane-Bağırsak Disfonksiyonları

Mesane-bağırsak disfonksiyonu (MBD) tuvalet eğitimi kazanmış çocuklarda üriner enfeksiyon veya nörolojik/anatomik bozukluk olmaksızın mesane dolum ve/veya boşalım bozukluğu olup tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve veziköüreteral reflüye neden olabilen çocukluk çağıının sık bir nefroürolojik sorunudur (Sureshkumar vd., 2009). Herhangi bir eşlik eden bağırsak disfonksiyonu yokluğunda eğer işlev bozukluğu varsa alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) terimi tek başına yeterlidir (Austin vd., 2016). Genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem birbirlerinden ayrı ve bağımsız sistemler olmalarına rağmen, ortak embriyolojik kökene ve sakral innervasyona sahiptirler. Mesane ve bağırsak arasındaki bu ilişki nedeniyle, eşlik eden mesane ve bağırsak bozuklukları MBD olarak tanımlanmıştır (Nevéus vd., 2006).

MBD'nin çocuklarda sık görülen bir durum olduğu ancak tanılmasının aynı oranda yapılamadığı ve MBD semptomlarının pediatrik üroloji konsültasyonlarının yaklaşık %40'ını oluşturduğu tahmin edilmektedir (Dos Santos vd., 2014). Ayrıca MBD, DEHB ve OSB gibi davranışsal ve nöropsikiyatrik bozukluk tanısı alan çocuklarda sıklıkla görülmektedir (Schast vd., 2008).

2.3. Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları

ICCS, 2016 yılında pediatri ve adölesanlarda AÜSD ile ilgilenen sağlık profesyonelleri için ortak bir dil oluşturabilmek adına güncel terimlerin yer aldığı bir standardizasyon rehberi yayınlamıştır. Belirgin bir üropati ya da nöropati olmadan, sık idrara çıkma, idrarı tutamama, aciliyet hissi, işemeyi erteleme manevrası, işemeyi başlatmada zorluk, düşük akımda idrar yapma ve idrar yolu enfeksiyonları gibi semptomlarla karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. Hazırlanan rehber göre alt üriner sistem semptomları üç başlık altında incelenmiştir (Austin vd., 2014).

2.3.1. Depolama Fazı Semptomları

Artmış veya azalmış işeme sıklığı

Çocuk sürekli olarak günde sekiz ya da daha fazla kez işiyorsa artmış sıklık olarak ifade edilirken, günde üç ya da daha az işemesi ise azalmış sıklık olarak adlandırılır. İşeme sıklığı tahminleri beş yaş ve sonrası mesane kontrolünün kazanılmasından sonrası için uygundur.

İdrar kaçırma (İnkontinans)

İnkontinans idrarın istemsiz olarak sürekli veya aralıklı kaçırılmasıdır. Sürekli idrar kaçırma genellikle nörolojik hastalıklara eşlik ederken, aralıklı idrar kaçırma enürezis ve gündüz idrar kaçırma olarak ikiye ayrılır (Austin vd., 2014). Uluslararası rehberlere göre beş yaş üzeri çocuklarda konjenital ya da kazanılmış bir santral sinir sistemi hasarı olmadan bir haftada en az iki kez gün boyunca meydana geliyorsa “gündüz idrar kaçırma” olarak tanımlanmıştır (APA, 1995). Gündüz idrar kaçırma çocuklardaki en sık ürolojik sorunlardan biridir. Yedi yaşındaki çocuklarda gündüz ıslatma prevalansı erkeklerde yaklaşık %2-3, kızlarda %3-4’tür (Bolat D., 2011). Son yıllarda yapılan çalışmalarda gündüz idrar kaçırma prevalansının %2.1-19.2 arasında olduğu bildirilmiştir (Lee vd., 2000). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 2033 öğrenciden 169’u gündüzleri idrar kaçırdıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre 967 erkek çocuğun %9.5’i (92 kişi), 1066 kızın ise %7.2’si (77 kişi) gündüzleri idrar kaçırmaktadır (Bolat D., 2011).

Enürezis (Nokturnal Enürezis)

Amerikan Psikiyatri Topluluğu tarafından hazırlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu’ndaki tanı ölçütlerine göre NE beş yaşından büyük çocuklarda uyku sırasında tekrarlayıcı nitelikte istemsiz idrar kaçırılması, bu davranışın üç ay süre ile en az haftada iki kez ortaya çıkması, okul ya da sosyal yaşantı ile ilgili sıkıntı nedeni olması ve bu durumun tıbbi bir hastalığa bağlı olmaması olarak tanımlanır (APA, 1995). Bu durumun en az üç ay devam etmesi ve ayda bir kereden fazla olması enürezis tanısı koymak için yeterlidir (Austin vd., 2016). NE, çocuğun büyümesiyle spontan olarak düzelme eğilimi gösterse bile hastaların önemli bir kısmının adölesan dönemde ve hatta erişkin dönemde de yatak ıslatmaya devam ettiği saptanmıştır. Ayrıca, erkek çocuklarda kız çocuklara oranla daha fazla görülmektedir (Neveus vd., 2017).

Aciliyet hissi

Ani ve beklenmedik bir şekilde gelen işeme ihtiyacı (urgency) olarak tanımlanır. Bireyde acil ve zorlayıcı bir şekilde işeme isteğine neden olur. Genel olarak aşırı aktif mesanenin bir işaretidir. Aciliyet hissinin sebebi mesanenin erken dolum fazındaki düzensiz detrusor kasılmalarıdır.

2.3.2. İşeme Fazı Semptomları

İşemeyi başlatmada zorluk

Çocuğun işemeye hazır olduğu halde işemeyi başlatamamasıdır.

İkınarak işeme

Çocuğun işemeyi başlatmak ve sürdürmek için intraabdominal basıncı artırma ihtiyacı hissetmesi ve bunun için yoğun bir çaba sarf etmesidir.

Zayıf akımlı işeme

Bu terim idrardaki zayıf akımı ifade eder.

Kesikli işeme

Çocuğun işeme sırasında akışın durması ve yeniden başlaması olarak tanımlanır. Tek bir işeme periyodunda birkaç farklı başlatma ve bitirme hamlesi yapar.

Dizüri

Ağrılı ve yangılı işemeyi ifade eder. Bu yanma hissi, işeme fazının başındaysa üretral kaynaklı, sonunda ise mesane kaynaklı olduğu düşünülür.

2.3.3. Diğer Semptomlar

İdrar tutma manevraları

Çocuğun işemeyi ertelemek veya aciliyet hissini bastırmak amacıyla yaptığı tutma manevralarıdır. Yaygın olarak görülen tutma manevraları şunlardır; parmak ucunda ayakta durma, bacakları önde çaprazlama, karnı tutma veya içe çekme, çömelme pozisyonunda ayak topuğuyla perineye ya da genital organlara baskı uygulama şeklinde gözlemlenir.

Üriner retansiyon

Mesanedeki tam doluluk hissine rağmen işeme davranışının gerçekleştirilememesini ifade eder.

Tam boşaltamama hissi

Bu semptomda çocuğun işemeden sonra bile mesanenin tam boşalmadığı hissiyle tekrar tuvalete dönme ihtiyacını temsil eder.

İdrarın püskürtülerek boşaltılması

İdrarın akımının tek bir akış paterni halinde olması yerine dağılarak ya da bölünerek boşaltılmasıdır. Bu durum meatustaki mekanik bir tıkanıklıktan kaynaklanabilir.

İşeme sonrası damlatma

İşeme sonrası damlatma tanımı, çocuğun işmeden hemen sonra istemsizce idrar kaçırdığını ifade ettiğinde kullanılır. Kız çocuklarda vajinal reflü, erkek çocuklarda siringosel ile ilişkili olabilir.

Genital ağrı ve alt üriner sistem (Aüs) ağrısı

Mesane, üretra ve genital bölgedeki ağrı hissini tanımlar (Austin vd., 2016).

2.4. Bağırsak Disfonksiyonları

Bağırsak disfonksiyonu, AÜSD'ye konstipasyon ve fekal inkontinans gibi fonksiyonel bağırsak sorunlarının da eşlik ettiği bozuklukları tanımlar (Halachmi ve Farhat, 2008).

Konstipasyon

Konstipasyon seyrek dışkılama, zor dışkı geçişi veya her iki durumdan kaynaklanan yetersiz dışkılama olarak tanımlanmaktadır. Sert dışkı, aşırı ıkınma, seyrek bağırsak hareketleri, şişkinlik ve karın ağrısı gibi semptomları içerir (Scott vd., 2021). Kronik konstipasyon primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer konstipasyon (fonksiyonel kabızlık), dünya çapında yaygın bir pediatrik sağlık sorunudur ve prevalansı %0.7 ile %29.6 arasında değişmektedir. Tanı koymada 2016 yılında geliştirilen Roma IV tanı kriterleri ve Bristol Dışkı Ölçeği yardımcıdır (Mugie vd., 2011).

Fekal inkontinans

FI, dört yaş ve üzeri çocukların gelişim çağında, uygunsuz bir yere istemli veya istemsiz dışkılama yapması olarak tanımlanır. Çocuklarda FI oranları %1.6 ile %4.4 arasında değişmektedir (Timmerman vd., 2019). Erkek çocukların FI'ye yakalanma olasılığı daha yüksektir (Joinson vd., 2006). Fekal inkontinansın en sık görülme nedeni anal sfinkterin düzgün çalışmamasıdır. Sfinkter kaslarının veya bu kasları kontrol eden

sinirlerin hasar görmesi, kas gücünün azalması, kuvvetli bağırsak kasılmaları ya da bağırsak hissiyatındaki değişikliklerin hepsi fekal inkontinansa neden olmaktadır (Schnelle ve Leung 2010). FI bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyen, tedavi maliyeti yüksek ve ciddi sosyal problemlere neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Kalantar vd., 2002).

2.5. Klinik Değerlendirme

Hikaye, fizik muayene, idrar akım hızı ölçümü (üroflowmetri), ultrason ve işeme günlüğünden oluşan non-invaziv bir tarama, tanı koymak için esastır. Alt üriner sistem disfonksiyonu olan çocuklarda tanıda temel olan hikaye ve fizik muayenedir (Austin vd., 2016). Hikayede ailesel bozukluklar, nörolojik veya konjenital anormallikler, geçirilmiş üriner sistem enfeksiyonları ve geçirilmiş ilişkili ameliyatlar sorgulanmalıdır. Bunlara ek olarak bağırsak fonksiyonları sorgulanmalı; kabızlık, dışkı kaçırma veya iç çamaşırı kirletme gibi durumların varlığı araştırılmalıdır (Buettcher vd., 2021). Çocuğun işeme sıklığı, işeme miktarı ve sıvı içme alışkanlıklarını belirlemek için de işeme günlüğü mutlaka uygulanması gereken bir takiptir. Ultrasonografi, mesane volümünü hesaplar ve dolayısıyla işeme öncesi ve sonrası rezidü idrar ölçümünde yararlıdır (Yeung vd., 2007). Üroflowmetri , idrar akım hızının birim zaman içerisindeki değişiminin ölçülmesi ve iki boyutlu bir grafik şeklinde görselleştirilmesine dayanan bir ölçüm yöntemidir ve çocuklarda işeme paterninin değerlendirilmesine yardımcıdır (Austin vd., 2014).

2.6. Tedavi

Çocuklarda MBD tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar kullanılır. İlk basamak olarak kullanılan yöntem üroterapidir ve olguların yarısından fazlasında tek başına yeterli olur (Allen vd., 2007).

2.6.1. Üroterapi

Üroterapi, AÜS işlevinin cerrahi ve farmakolojik olmayan tedavisi anlamına gelir. Tek bir tedavi modelinin kullanılması yerine birçok konservatif tedavi modelinin aynı anda kullanılmasıdır. Üroterapi standart ve spesifik müdahaleler olmak üzere ikiye ayrılır. SU girişimsel değildir. Aşağıdaki bileşenleri kapsar:

1. Normal AÜS işleviyle ilgili çocuğun hangi bakımdan normal işlevden sapma gösterdiği ile ilgili açıklamaları içeren bilgilendirme.
2. Problemlerle ilgili olarak yapılması gerekenler konusunda, yani düzenli işeme alışkanlıkları, sağlıklı işeme duruşu ve tutma hareketlerinde kaçınma vb. konusunda yönergeler.
3. Sıvı alımı ve kabızlığın önlenmesi vb. ile ilgili yaşam tarzı değişiklikleri.
4. Mesane günlükleri ya da sıklık-miktar çizelgeleri kullanılarak semptomların ve işeme alışkanlıklarının kaydedilmesi.
5. Bakım veren kişinin düzenli takibi aracılığıyla destek ve teşvik sağlanması (Tekgül vd., 2011).

SU yanında, bazı spesifik girişimler vardır. Spesifik üroterapi müdahaleleri arasında pelvik taban rehabilitasyonu, nöromodülasyon (transkutanöz parasakral veya posterior tibial sinir stimülasyonu (PTSS)), temiz aralıklı kateterizasyon, kognitif davranışsal terapi ve psikoterapi yaklaşımları yer almaktadır (Gondim vd., 2018).

2.6.2. Pelvik Taban Rehabilitasyonu

Çocuklarda pelvik taban kaslarının (PTK) temel işlevleri arasında abdominal ve pelvik organ desteği, mesane ve bağırsak kontinansının kontrolü, diyafram ve abdominal kasların koordineli aktivitesi ile karın içi basıncın üretimi, solunum esnasında diyafram ile koordineli hareket ederek karın içi basıncı sabit tutmak ve postüral destek yer almaktadır (Gordon ve Reed, 2020). Detrusör kontraksiyonu esnasında PTK'lerin ve üretral sfinkterlerin gevşemesiyle işeme meydana gelmektedir. İşeme esnasında bu kasların koordinasyonu, uygun yer ve zamanda işemenin gerçekleştirilebilmesi için gereklidir. Defekasyon ise anal sfinkterin ve PTK'lerin aynı anda gevşemesi ile gerçekleşmektedir. PTK'ler ve abdominal kaslar, işemeye benzer olarak defekasyonda da uygun yer ve zamanda eylemin gerçekleşmesini istemli olarak kontrol etmektedir (Nørgaard, 1989).

Pelvik taban kas egzersizi (PTKE) uluslararası ürojinekoloji birliği ve uluslararası inkontinans derneği tarafından pelvik taban kaslarının kuvvetini, dayanıklılığını, gücünü, gevşemesini veya bu parametrelerin bir kombinasyonunu iyileştirmeye yönelik bir egzersiz olarak tanımlanmaktadır (Bø vd., 2017).

Biofeedback

Pelvik taban kas egzersizine ek bir tedavi yöntemi olan biofeedback, terapi sırasında pelvik tabanın kasılmalarının doğruluğu hakkında hastalara görüntülü ve sesli uyarı verir. Bu teknikle hasta, pelvik taban kaslarını tanıyarak geçici olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir (Onur ve Bayrak, 2015). Hastaların doğru PTK kontraksiyonu yapabilmeleri halinde EMG-biofeedback ile maksimum istemli kontraksiyon kuvveti, kontraksiyonun uzunluğu (endurans), kontraksiyonun koordinasyonu, tekrarlı kontraksiyonları yapabilme becerisi, istemli kontraksiyon sonrası gevşeyebilme becerisi değerlendirilebilir. Biofeedback eşliğinde veya tek başına PTK eğitimi üriner inkontinans, fekal inkontinans, idrar yapma zorlukları, konstipasyon, pelvik ağrı durumlarında endikedir (Bø ve Benedetto, 2010). Vasconcelos ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, işeme disfonksiyonu olan 56 çocukta biofeedback tedavisinden sonra inkontinans epizodları, tekrarlı idrar yolu enfeksiyonu ve işeme sonrası mesanede kalan idrar miktarında önemli bir azalma bildirilmiştir.

Nöromodülasyon

Pelvik tabanın elektrik stimülasyonu ile uyarılması tekniği, nöromodülasyon olarak adlandırılır. Nöromodülasyon, AÜSD semptomlarını ve pelvik ağrıyı yönetmek için klinikte yaygın olarak kullanılır. Nöromodülasyon, üriner problemler kadar fekal inkontinans ve konstipasyonda da başarıyla kullanılmıştır (Burgers vd., 2013). Nöromodülasyonun Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu (TENS), PTSS, sakral implant olmak üzere farklı modaliteleri vardır (Fuentes vd., 2019).

Transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu

TENS, deri üzerinden cilt altına elektrik akımı ileterek sinir uyarımı sağlayan bir tedavi modalitesidir. AÜSD tedavisinde sakral kökün yüzeysel elektrotlar ile transkutanöz olarak uyarılmasıyla uygulanır. Parasakral (S2-S4) bölgeye elektrotların karşılıklı bilateral olarak yerleştirilmesiyle uygulanır. Genellikle 10-25 Hz frekansında ve 100-700 mikrosaniye atım durasyonunda alçak frekanslı akımlar kullanılır. Akım şiddeti genellikle etkili bir motor stimülasyon yaratacak ve hastada rahatsızlık yaratmayacak düzeye yavaş yavaş artırılır. Etki mekanizması için tartışılan 3 farklı teori mevcuttur;

1. Düşük mesane dolum hacimlerinde; hipogastrik siniri direkt inerve, sempatik lifleri aktive ederek,
2. Maksimum mesane doluluğunda, spinal korddaki pudental sinir çekirdeklerini stimüle ederek,
3. Detrüsörün supraspinal inhibisyonu (Klingler vd., 2000).

Posterior tibial sinir stimülasyonu

Posterior Tibial Sinir (PTS), pelvik taban kasları, mesane, sfinkterler ve detrüsör kasının inervasyonunun köken aldığı L4-S3 bölgesinden köken alır ve medial malleolun üç-dört cm yukarısında yüzeyelleşir. PTSS, perkütan ve transkütan olmak üzere iki farklı yolla uygulanır (Govier vd., 2001). Perkütan posterior sinir stimülasyonu, minimal invaziv bir yöntemdir. Medial malleolun üç-dört cm üstüne iğne elektrot implante edilerek PTS'nin stimülasyonu amaçlanır. Transkutanöz PTSS, non-invaziv bir uygulamadır ve iğne elektrot yerine aynı bölgede deri üzerine yüzeyel elektrot yapıştırılmasıyla PTS'nin stimülasyonu amaçlanır (Al-Danakh vd., 2022).

2.6.3. Farmakolojik Tedavi

Üroterapi veya davranışsal terapinin yetersiz kaldığı durumlarda farmakolojik tedaviden faydalanılmaktadır. Aşırı aktif mesane probleminde kullanılan antimuskarinik ilaçlar en sık kullanılan ilaç grubudur. Muskarinik reseptörlerin bloke olması ve dolum fazında spontan oluşan kas aktivitesinin durdurulmasıyla, önlenemeyen ya da beklenmeyen detrüsör aşırı kontraksiyonlarında ve kasılma sıklığında azalma hedeflenir (Lai vd., 2002). Botulinum toksin; özellikle nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonunda ve tedaviye dirençli detrüsör aşırı etkinliğinde tercih edilir (Van Kampen vd., 2004). Antimuskarinik ilaçlar, botulinum toksin-A, antikolinerjik ilaçlar, alfa adrenerjik antagonistler, profilaktik antibiyotikler, desmopressin çeşitli ürolojik problemlerin tedavisinde kullanılan başlıca farmakoterapi yöntemlerindendir (Örgülü, 2018).

Yukarıda açıklandığı gibi gerek yurt dışında gerekse ülkemizde ilgili popülasyonda görülen MBD tiplerini, şiddetini, çocuğun ve bakım verenin yaşam kalitesine etkilerini inceleyen çalışmalar sayıca kısıtlı olup sonuçları tutarlı değildir. Bununla birlikte, NGB alt gruplarında hangi tip ve şiddette MBD'nin

görüldüğüne, bu problemin çocuk ve ebeveyn/bakım verenin yaşam kalitesi ile bakım yüküne etkilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde de NGB'li çocuğu olan ebeveyn/bakım verenlerin MBD'ye yönelik tedavi yaklaşımları ve pelvik taban fizyoterapisi hakkında farkındalık düzeylerinin ne olduğu ve hangi oranda bu hizmetten faydalanabildikleri konusunda bilimsel bir veriye literatürde rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı NGB'li çocuklarda MBD görülme sıklığını, tiplerini, şiddetini belirlemek; MBD'nin çocuğun ve ebeveynin yaşam kalitesi ile bakım yüküne etkisini değerlendirmek; bu çocukların MBD'ye yönelik pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumlarını incelemektir.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma prospektif, kesitsel ve tek merkezli tasarıma sahiptir.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi/Araştırma Materyali

Veriler Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezi'ne başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü ebeveynlerden toplanmıştır.

Çalışma için gerekli olan örneklem büyüklüğü G*Power (3.1.9.6 versiyonu) programı kullanılarak t testi senaryosuna göre %95 güç, 0.05 hata payı ile çalışma sırasında %20'lik olası kayıp da göz önünde bulundurularak dahil edilme kriterlerine uyan minimum 118 katılımcı sayısı olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri

1. 5-12 yaş arası NGB'si olan çocuğa sahip olmak
2. Türkçe okuyup yazabilmek
3. Anket sorularını anlayacak düzeyde bilişsel ve kognitif fonksiyona sahip olmak

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri

1. NGB'li çocuğa bizzat bakım vermiyor olanlar
2. Teşhis konulmuş bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak
3. Oryantasyon, bilişsel, mental vs probleme sahip olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Değerlendirme Formu

Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ve cinsiyetleri (kadın/erkek) kaydedilmiştir. Sosyodemografik özellikler olarak; medeni durumu (evli, bekâr, boşanmış/dul), öğrenim durumu (ilkokul, ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve üstü), meslek, gelir-gider dengesi (eşit, gelir fazla, gider fazla) ve çocuk sayıları sorgulanmıştır.

Katılımcılara, ek olarak bakım verilen çocuğun yaş (yıl), cinsiyet (kız/erkek), öğrenim durumu (okula gitmiyor, kreş, okula gidiyor), MBD varlığı (var/yok) ve tanıları (otizm, ÖÖG, SP, MR, MB, DEHB ve DS) sorgulanmıştır. Bunun dışında bakım verenlerin MBD için çözüm arayışları, bilinen tedavi yöntemleri ve pelvik taban rehabilitasyonu hakkında bilgileri toplanmıştır.

3.3.2. İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS)

İBSS ölçeği 2005 yılında Akbal ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte semptomlara yönelik 13 ve yaşam kalitesine yönelik 1 soru yer almaktadır. Toplam puan 0-35 arasındadır. Yaşam kalitesi sorusu puanlamanın dışında tutulduğunda, 8.5 ve üzerinde puan alanlarda skorlamanın özgüllüğü ve duyarlılığı %90 olarak saptanmıştır. Total puanı ≥ 8.5 olan çocuklarda işeme anormalliklerinin olduğunu, dolayısıyla bu puanlama yönteminin çocuklarda fonksiyonel işeme bozukluğunun tanı, tedavi ve takibinde güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir (Akbal vd., 2005).

3.3.3. Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi (CBBDQ)

CBBDQ, 5-12 yaşları arasındaki mesane bağırsak disfonksiyonu olan çocukların değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir formdur. Orijinal versiyonu Aydın ve arkadaşları tarafından başarıyla çevrilmiş ve Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu anket, on maddelik mesane alt ölçeği (Cronbach α 0.74) ve sekiz maddelik bağırsak alt skalasına (Cronbach α 0.71) ait verileri içermektedir. Sorgu formunda 18 soru mevcuttur ve bunlar aile tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Ebeveynlerden 0-4 numaralı kutucuğu işaretleyerek beşli Likert ölçeği kullanarak belirtilerin son aylardaki varlığını belirtmeleri istenmiştir. “0” “semptom yok”, “4” “semptomların hemen hemen her gün ortaya çıktığı” anlamına gelir (Aydın vd., 2020). Van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML ve arkadaşları tarafından ölçüm özelliklerinin incelendiği çalışmada kesme puanı (cut-off) 11 olarak belirlenmiştir (Van Engelenburg- van Lonkhuyzen vd., 2024).

3.3.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ)

Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 1999 yılında Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Çakın Memik tarafından 8-18 yaş grupları için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve Türkçe'ye “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği” adıyla çevrilmiştir (Çakın Memik, 2005). Bu ölçek fiziksel işlevselliği ölçen 8, duygusal işlevselliği ölçen 5, sosyal işlevselliği ölçen 5, okuldaki işlevselliği

değerlendiren 5 madde içeren toplam 23 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekteki maddelerde bahsedilen konunun ebeveyn veya çocuk tarafından son bir ayda ne kadar sorun olduğunun belirlenmesi istenmektedir. Cevaplar 5’li sıralı ölçekle verilmektedir (0=hiçbir zaman, 1=nadiren, 2=bazen, 3=sıklıkla, 4=hemen her zaman). Maddelerin puanlanması tersten yapılmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan verilmektedir. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Sonuçta toplam puan ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi olarak kabul edilmektedir (Varni vd., 2001). Ulaşılabilir ve kullanıma açık bir anketir.

3.3.5. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVY)

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş (Zarit vd., 1980) ve 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan 22 ifadeden oluşan bir ölçektir. Ölçek “asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman” şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test tekrar test güvenirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Puanın yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci ve Erdem, 2008).

3.3.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı-Kısa Form (WHOQOL-Bref)

WHOQOL-Bref ölçeğı, yapılan pilot çalışmalar sonucu 100 soruluk WHOQOL-100 ölçeğı arasından seçilen 26 sorudan oluşturulmuştur. Biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru, fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlar olmak üzere 4 alandan meydana gelmiştir. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları Eser ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, fiziksel yaşam kalitesi 0.76, psikolojik yaşam kalitesi 0.67, sosyal

yaşam kalitesi 0.56 ve çevresel yaşam kalitesi 0.74 olarak elde edilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği 0.51 ile 0.81 arasında değişmektedir (Eser vd., 2006).

3.3.7. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)

Sağlık arama davranışı, insanların mevcut ve potansiyel sağlık problemlerine ilişkin uygun çözümü bulmak için gerçekleştirdikleri eylemleri ifade etmektedir. Ölçek, yetişkinlerin sağlık arama davranışını gösteren 12 madde ve 3 faktörden oluşmaktadır. Online arama, geleneksel arama ve profesyonel arama boyutlarından oluşmaktadır. Online arama 6 maddeden (Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım, hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim, hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim, hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım, hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim, hastalığımla ilgili online olarak dergi ve kitaplarda tarama yaparım), profesyonel arama 3 maddeden (Hastalandığımda hemen aile hekimine başvuru yaparım, hastalığımla ilgili aile hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim, hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim) ve geleneksel arama 3 maddeden (Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım, hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim, daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim) oluşmaktadır (Kıraç, 2021). Ulaşılabilir ve kullanıma açık bir ankettir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Verilerin toplanması için katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Çalışmada kullanılacak olan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış anketler katılımcılara yüz yüze anket şeklinde uygulanması planlanırken, ebeveynlerin vakit sıkıntısından dolayı Google Form üzerinden uygulanmıştır. Elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programında kayıt altına alınmıştır.

3.5. Deneysel Kurgu

Çalışma Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uygun olan NGB'li çocuğa sahip katılımcılar ile gerçekleşmiştir. Katılımcıların ve NGB'li çocukların fiziksel ve sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Ölçekler MBD'li ve MBD'siz çocuğa sahip olan ebeveynlere Google Form üzerinden uygulanmıştır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 28.00 (Mac versiyon) kullanılmıştır. Numerik veriler ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ SS), kategorik veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde gösterilmiştir. Gruplara ait karşılaştırmalar Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır. İncelenen parametreler arası ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Araştırmanın yürütülebilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 28.12.2023 tarih 230118 protokol, 162 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-1).

Çalışmanın Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nde yapılabilmesi için Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezi'nden 27.04.2023 tarihli 75104460 sayılı karar ile gerekli çalışma izni alınmıştır (Ek-2).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkezde gerçekleşmiş olup elde edilen sonuçlar genelleme açısından sınırlıdır. Ebeveynlerin zaman sıkıntısından dolayı yüz yüze anket şeklinde uygulanması planlanan araştırma Google Form üzerinden yapılmıştır. Çalışmada MBD'li ve MBD'siz gruplar homojen dağılmamıştır. Ebeveynlerin pelvik taban FTR'si farkındalığını inceleyen bir ölçek kullanılamamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

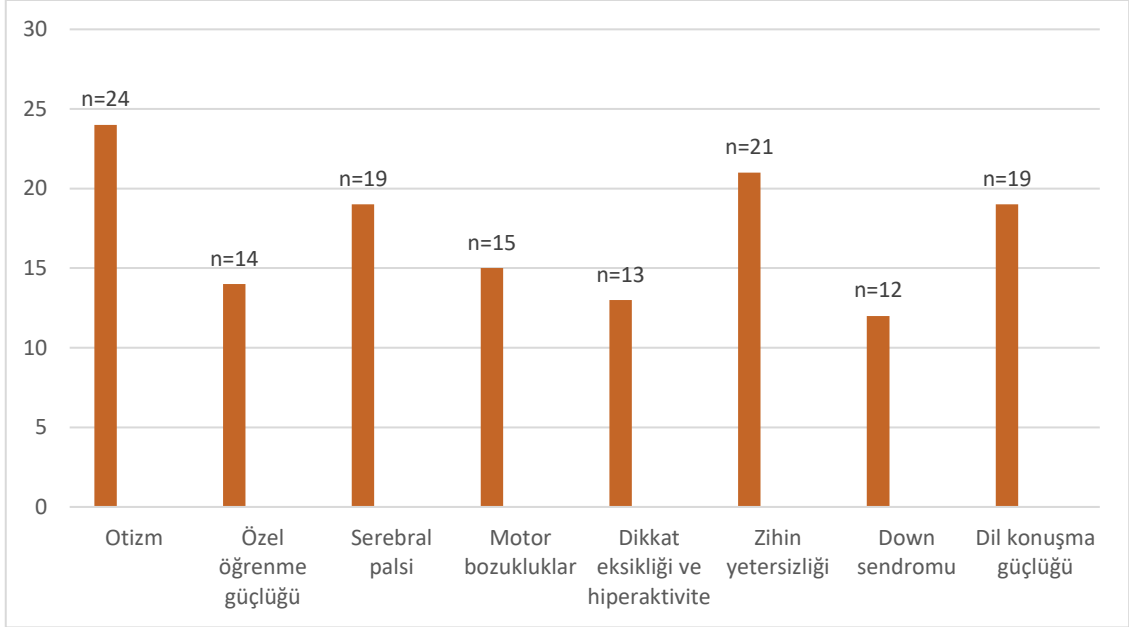
Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, toplam 137 katılımcıdan çoğunluğun kadın (%59.1) ve evli olduğu (%86.9); yaklaşık üçte ikisinin (%70.8) düşük eğitim düzeyine ($\leq$ lise) ve birden fazla çocuğa (%65) sahip olduğu ve ekonomik düzeylerinin düşük-orta (gelir $\leq$ gider) olarak tanımlanabileceği görülmüştür (%84.7) (Tablo 4.1). Yaş ve meslek bilgisi 34 katılımcı tarafından doldurulmuş olup yaş ortalamasının 35.09 ± 5.91 yıl (27-50 yaş) olduğu; %26.47'sinin ev hanımı/ emekli/ çalışmayan, %38.23'ünün işçi/ esnaf, %35.3'ünün ise memur/ sağlık çalışanı/ öğretmen/ avukat/ mühendis olarak çalıştığı görülmüştür.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	81	59.1
	Erkek	56	40.9
Medeni Durum	Evli	119	86.9
	Bekar	7	5.1
	Diğer	11	8.0
Eğitim Durumu	Okur yazar	6	4.4
	İlkokul	23	16.8
	Ortaokul	23	16.8
	Lise	45	32.8
	Üniversite	36	26.3
	Lisansüstü	4	2.9
Çocuk Sayısı	1	48	35.0
	2	49	35.8
	3	27	9.7
	4 veya daha fazla	13	19.5
Ekonomik Durum	gelir<gider	41	29.9
	gelir=gider	75	54.7
	gelir>gider	21	15.3

Katılımcıların bakım verdikleri NGB'li çocuklarının (n=137) 70'inin kız (%51.1) ve 67'sinin erkek (%48.9) olduğu görülmüş ve yaşlarının ortalaması 7.96 ± 2.17

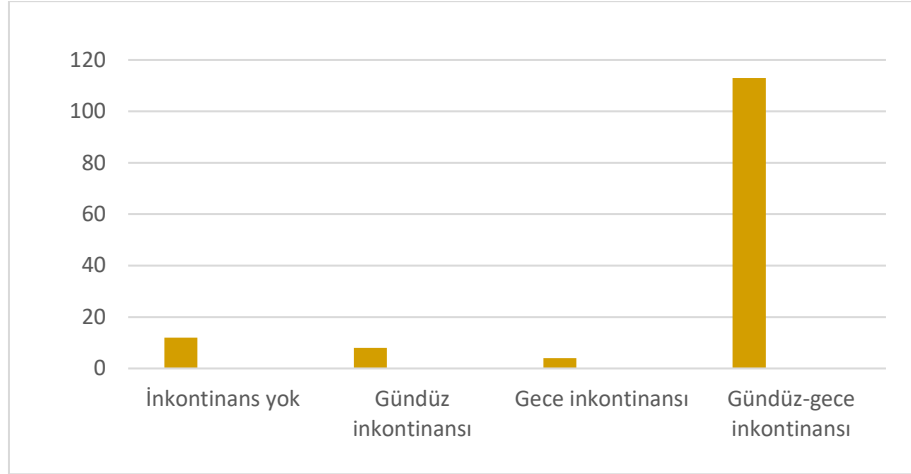
yıl (5-12 yaş) olarak hesaplanmıştır. NGB'li çocukların 34'ünün (%24.81) okula gitmediği, 35'inin (%25.54) kreş/anaokuluna ve 68'inin (%49.63) ise ilköğretim okullarına gittikleri görülmüş; sahip oldukları NGB tanı dağılımları Şekil 4.1'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. NGB'li çocukların tanı dağılımı

4.2. Katılımcıların Ölçek Puanları

İBSS ölçeğinin sonuçlarına göre NGB'li çocukların semptom puan ortalamaları 15.45 ± 5.3 olarak hesaplanmış ve toplam puanı ≥ 8.5 olan 125 NGB'li çocukta işeme bozukluğu semptomu olduğu görülmüştür (Akbal vd., 2014). İşeme bozukluğuna sahip 125 NGB'li çocuktan; %5.8'i (n=8) gündüz, %2.9'u (n=4) gece ve %82.5'i (n=113) hem gündüz hem gece üriner inkontinansa sahiptir (Şekil 4.2). Konstipasyon varlığını sorgulayan ölçeğin 13. sorusuna göre NGB'li çocukların %64.2'sinde (n=88) konstipasyonun var olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.2. İnkontinans tipleri

Mesane ve bağırsak disfonksiyonlarını belirleme de kullanılan CBBDQ anketine göre toplam puanı ≥ 11 olan 119 NGB’li çocuk MBD’li grup olarak sınıflanmıştır. MBD’li çocukların ($n=119$) mesane ve bağırsak alt ölçek puanları ile toplam puanlarının MBD’siz çocuklara göre ($n=18$) daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

NGB’li çocukların yaşam kalitelerini incelemeye kullanılan ÇİYKÖ toplam ve alt ölçek puanlarına göre MBD’li ($n=119$) ve MBD’siz grupların ($n=18$) fiziksel, psikososyal ve genel (toplam) yaşam kaliteleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Ebeveynlerin yaşam kalitelerini incelemeye kullanılan WHOQOL-Bref ölçeğinden alınan puanlar MBD’li ve MBD’siz gruplar arasında karşılaştırıldığında MBD’siz çocuğa sahip olan ebeveynlerin algılanan sağlık ve sosyal ilişki puanları ile toplam yaşam kalitesi puanlarının MBD’li gruptan daha yüksek olduğu ($p<0.05$), dolayısıyla genel olarak yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

BVY ölçeği puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında, MBD’li çocuğu olan ebeveynlerin bu ölçekten daha yüksek puan aldıkları ($p<0.05$), dolayısıyla bakım verme yüklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Ebeveynlerin sağlık arama davranışlarını incelemek amacıyla kullanılan SADÖ puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında gerek çevrimiçi platformları gerek profesyonelleri gerekse geleneksel yöntemleri kullanarak gerçekleştirilen sağlık arama davranışlarının gruplar arasında benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	MBD’li	MBD’siz	Mann-Whitney U	
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	U	p
	(n=119)	(n=18)		
İBSS-sembtom	15.26 $\pm$ 5.63	16.72 $\pm$ 1.78	808.500	0.093
İBSS-hayat kalitesi	1.41 $\pm$ 0.80	0.17 $\pm$ 0.38	229.500	0.000
İBSS-toplam	16.67 $\pm$ 5.53	16.89 $\pm$ 1.75	969.500	0.516
CBBQ-mesane	16.62 $\pm$ 5.92	2.89 $\pm$ 3.23	28.000	0.000
CBBQ-bağırsak	11.21 $\pm$ 4.73	2.00 $\pm$ 1.97	46.500	0.000
CBBQ-toplam	27.83 $\pm$ 9.59	4.89 $\pm$ 3.31	0.000	0.000
ÇİYKÖ-fiziksel	72.54 $\pm$ 11.93	77.78 $\pm$ 14.50	973.000	0.525
ÇİYKÖ-psikososyal	73.67 $\pm$ 9.45	74.82 $\pm$ 10.75	1034.000	0.807
ÇİYKÖ-toplam	73.27 $\pm$ 8.80	75.85 $\pm$ 11.57	1021.000	0.747
BVYÖ-toplam	27.61 $\pm$ 15.61	20.44 $\pm$ 15.61	750.000	0.038
WHOQOL-Bref				
Algılanan sağlık	5.45 $\pm$ 1.45	6.61 $\pm$ 1.54	555.000	0.001
Çevresel puan	23.57 $\pm$ 4.70	25.67 $\pm$ 4.54	793.000	0.074
Bedensel puan	21.23 $\pm$ 3.79	22.72 $\pm$ 4.00	878.500	0.216
Ruhsal puan	17.75 $\pm$ 3.12	19.44 $\pm$ 3.13	769.000	0.050
Sosyal ilişkiler	8.87 $\pm$ 2.28	10.06 $\pm$ 1.92	720.500	0.023
Genel yaşam kalitesi	79.27 $\pm$ 13.78	86.94 $\pm$ 13.43	698.000	0.017
SADÖ-online	15.13 $\pm$ 4.19	16.94 $\pm$ 5.39	785.500	0.068
SADÖ-profesyonel	11.53 $\pm$ 2.33	11.22 $\pm$ 3.12	1053.50	0.908
SADÖ-geleneksel	9.92 $\pm$ 2.45	9.56 $\pm$ 2.75	938.000	0.387

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, U: Mann Whitney Testi değeri, P: İstatistiksel anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların MBD’ye yönelik tedavi arayışları ile pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumunu incelemek adına araştırmacılar tarafından geliştirilen bir form kullanılmıştır. MBD için tedavi arayışları sorgulanan MBD’li grup katılımcılarının %29.4’ü (n=35) “pediatrist”, %5’i (n=6) “fizyoterapist”, %4.2’si “diğer” ve %61.3’ü (n=73) “hayır” olarak cevaplamıştır. Katılımcıların MBD için

tedavi arayışında bulunmama nedenleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Katılımcıların en fazla durumun normal/doğal olduğunu düşünme, kime/nereye gideceğini bilememe ve tedavi seçeneğine yönelik doktor önerisinin bulunmaması nedeniyle tedavi/çözüm arayışında bulunmadıkları görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların MBD için tedavi/çözüm arayışında bulunmama nedenleri

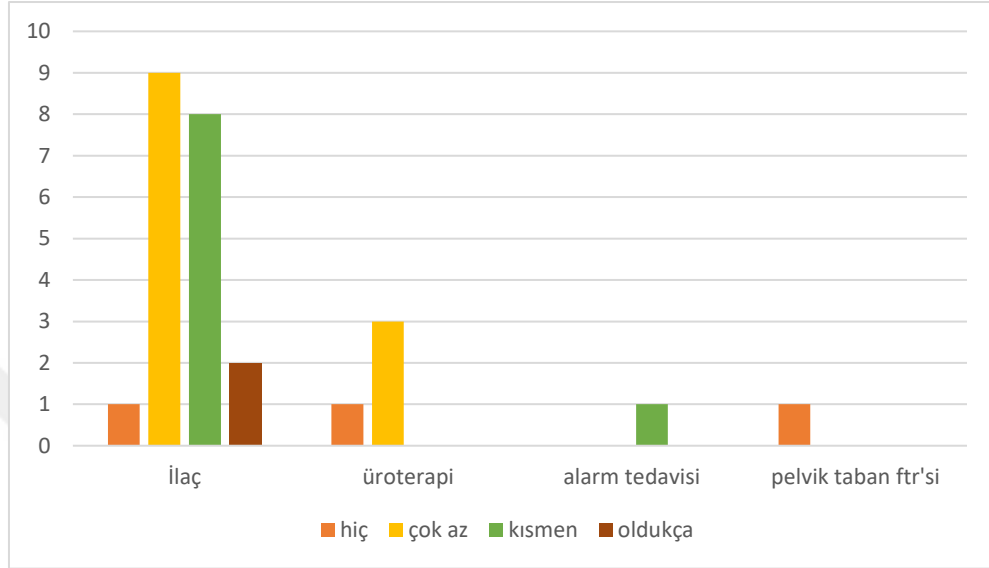
	Sayı (n)	Yüzde(%)
Durumun doğal/normal olduğunu düşünüyorum.	21	17.6
Bir tedavi/çözümü olduğunu bilmiyorum.	20	16.8
Kime/nereye gideceğimi bilmiyorum.	21	17.6
Çocuğumun mahrem bölgelerine herhangi bir uygulama yapılmasını istemiyorum.	2	1.7
Ulaşım sorunu yaşıyorum.	2	1.7
Kendi yöntemlerimi yeterli buluyorum.	15	12.6
Böyle bir doktor önerisi almadım.	21	17.6
Zamanım/enerjim yok.	2	1.7
Maddi durumum elverişsiz.	9	7.6
Herhangi bir yöntemin etkili olacağına inanmıyorum.	6	5.0

MBD'li grup ebeveynlerinin kendilerince neler uyguladıkları sorgulandığında alt bağlama ve düzenli aralıklarla veya sık sık tuvalete götürme, cevapların yaklaşık üçte ikisini oluşturmuştur (%66.3) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 MBD için ebeveynlerin uyguladığı yöntemler

	Sayı (n)	Yüzde(%)
Alt bağlama	47	39.5
Düzenli aralıklarla veya sık sık tuvalete götürme	26	21.8
Mümkünse evden çıkmama	6	5.0
Sıvı tüketimini sınırlama	13	10.9
Bitkisel çaylar içirme	1	0.8
Ağır kaldırmasını engelleme	5	4.2
Fiziksel aktivitelerini kısıtlama	8	6.7
Sosyal aktivitelerini kısıtlama	11	9.2
Dışarı çıkarken yedek kıyafet bulundurma	1	0.8
Ayaklarını sıcak tutma/ısıtma	1	0.8

MBD’li çocuğa sahip ebeveynlerin tedavi şekli olarak %16.8’i (n=20) ilaç, %0.8’i (n=1) alarm tedavisi, %3.4’ü (n=4) üroterapi ve %0.8’i (n=1) pelvik taban FTR’si aldığını belirtmiş; %78.2’si (n=93) ise tedavi almadıklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin tedavi etki düzeyine verdikleri yanıtlar Şekil 4.3’te gösterilmiştir.

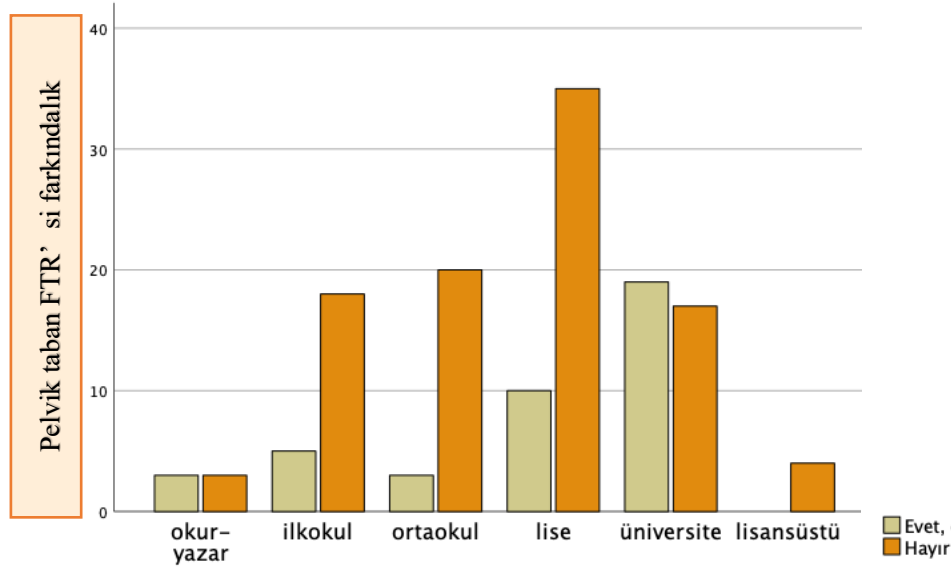


Şekil 4.3. Tedavi etki düzeyleri

Katılımcıların pelvik taban FTR’si farkındalık düzeylerini sorgulamak için yöneltilen soruya ebeveynlerin yaklaşık üçte ikisi (%70.8) yöntemi duymadıklarını; MBD’li grup ebeveynlerinin %84’ü ise (n=100) pelvik taban FTR’sinin önerilmediğini belirtmiştir. Düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin (%70.8) pelvik taban FTR’si bilgi ve farkındalık düzeyleri daha az bulunmuştur ($p<0.05$).

Ebeveynlerin öğrenim durumları ve pelvik taban FTR’si farkındalık düzeyleri (evet/hayır) olguların tamamının (%70.8) pelvik taban FTR’sini doktordan duyduklarını göstermiştir. Öğrenim durumu ve pelvik taban FTR’si farkındalık ilişkisi Şekil 4.4’te gösterilmiştir.

MBD’li grup ebeveynlerinin yaklaşık üçte biri pelvik taban FTR etki derecesini “orta düzey” olarak belirtmiş ve %51.3’ü uygulayıcısı için “diğer” olarak cevap vermiştir.



Şekil 4.4. Öğrenim durumuna göre pelvik taban FTR'si farkındalık düzeyi

4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları İlişkisi

Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde NGB'li çocukların MBD puanını gösteren CBBDQ ile yaşam kalitelerini değerlendiren ÇİYKÖ arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.189$, $p=0.027$) (Papageorgiou S. N, 2022). NGB'li çocukların MBD puanı ve ebeveynlerin bakım verme yüklerini değerlendiren BVY arasında zayıf ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.259$, $p=0.002$). Ebeveynlerin bakım verme yükleri ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, ebeveynlerin yaşam kalitesini gösteren WHOQOL-Bref arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.217$, $p=0.011$). MBD puanı ile ebeveynlerin yaşam kalitesi arasında zayıf ve negatif yönde bir ilişki bulunmuş olup ($r=-0.316$, $p<0.001$) MBD puanının artışıyla, ebeveynlerin bakım verme yüklerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür ($p<0.05$). Çocukların yaşam kalitesi düzeyleri ile ebeveynlerin bakım verme yükleri arasında orta ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.543$, $p<0.001$). Yaşam kalitesi azalan NGB'li çocukların ebeveynlerinin bakım verme yüklerinin ve sağlık arama davranışlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların ölçek puanları ilişkisi

	r	p
CBBDQ-ÇİYKÖ	-0.189	0.027
CBBDQ-BVY	0.259	0.002
CBBDQ-WHOQOL Bref	-0.316	<0.001
ÇİYKÖ-BVY	-0.543	<0.001
ÇİYKÖ-SADÖ	-0.177	0.038
BVY-SADÖ	0.168	0.050
BVY-WHOQOL Bref	-0.217	0.011

R: Spearman korelasyon katsayısı, P: İstatistiksel anlamlılık düzeyi, CBBDQ: Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi, ÇİYKÖ: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, BVY: Bakım Verme Yüklü Ölçeği, WHOQOL-Bref: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SADÖ: Sağlık Arama Davranışı Ölçeği.

5. TARTIŞMA

NGB’li çocukların MBD’lerini ve pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumlarını araştırmayı amaçlayan bu çalışmada, NGB’li çocuklarda MBD’nin sık görüldüğü, bu durumun çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, en sık medikal tedaviye başvurulduğu ve NGB’li çocukların MBD’ye yönelik pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumları ile ebeveynlerinin bu konudaki farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların fiziksel ve sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğun kadın ve evli olduğu, düşük eğitim düzeyine ve birden fazla çocuğa sahip oldukları, ekonomik düzeylerinin ise düşük-orta (gelir≤gider) olduğu saptanmıştır. Literatürde NGB’li çocukların ebeveynleriyle yapılan çalışmalar ele alındığında yapılan çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun kadın olduğu görülmüştür. NGB’li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi ve stres düzeylerinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların %62.7’si (Faden vd., 2023), OSB’li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada ebeveynlerin %89.5’i (Kuhlthau vd., 2014) kadınlardan oluşmuştur. Literatür örneklerine benzerlik gösteren bu bulgu gerek yurt içinde gerekse yurt dışında NGB’li çocuklara bakım veren veya onlara refakat eden ebeveynin/kişinin başlıca anneler/kadınlar olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin bakım verdikleri NGB tanılı çocukların yaklaşık üçte birinin OSB ve zihin yetersizliği tanılarına sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamıza dahil edilen 5-12 yaş aralığındaki NGB’li çocukların cinsiyet dağılımları yaklaşık olarak eşittir ve üçte ikisinin okula gittiği tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda NGB’li çocukların benzer yaş aralığına sahip olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak DEHB belirtileri olan çocuklarda AÜSD’nin incelendiği bir çalışmaya 5-13 yaş aralığındaki çocuklar (Vasconcelos vd., 2021), Bosch ve arkadaşlarının (2021) okul çağındaki çocuklarda NGB’nin prevalansını araştırmayı amaçladıkları çalışmaya 5-17 arasındaki çocuklar dahil edilmiştir. DS’li çocuklarda MBD prevalansını araştıran bir çalışma ise 4-18 yaş aralığındaki çocuklar ile yapılmıştır (Choi, C Lee, Y Lee ve Jung, 2019). Elbasan ve arkadaşlarının (2013) rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilen NGB’li çocukların durumlarını ortaya koymak amacıyla

yaptıkları çalışmada araştırmaya dahil edilen çocukların cinsiyet dağılımlarının yaklaşık olarak eşit olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda çocukların tamamına yakınının (%91.2) işeme bozukluğuna sahip olduğu ve AÜSD'nin sık görüldüğü saptanmıştır. Mayo (1992) tarafından yapılan bir çalışmada SP'li çocuklarda inkontinans, idrar yapmada zorluk ve idrar yolu enfeksiyonları gibi AÜS şikayetlerinin sık olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda NGB'li çocuklarda %5.8'inin gündüz, %2.9'unun gece ve %82.5'inin hem gündüz hem gece üriner inkontinansının olması ICCS tarafından tanımlanan üriner inkontinansın NGB'li çocuklarda daha yaygındır görüşüne paraleldir (Austin vd., 2016; Von Gontard, 2013; Niemczyk vd., 2018).

Borzykowski ve arkadaşlarının SP'li çocuklarda AÜSD'yi incelemeyi amaçladıkları çalışmada üriner inkontinans %74, işeme sıklığı %56 ve aciliyet hissi %37 oranında bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamıza benzer olup, işeme bozukluklarının NGB'li çocuklarda sık görülme nedeni tam olarak bilinmemektedir (Morris-Rosendahl DJ ve Crocq MA, 2020). Bu durumun gelişim geriliği, sinir sisteminin mesane ile beyin arasındaki kontrolünü tam olarak sağlayamaması, mesane kontrolünün gelişmemesi veya mesane/pelvik taban kaslarının aşırı aktif/pasif olması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda NGB'li çocukların %64.2'sinde konstipasyon varlığı saptanmıştır. Nörolojik probleme sahip çocuklarda yürütülen bir çalışmada gelişim geriliği olan DS, OSB ve SP'li çocuklarda konstipasyonun sık görüldüğü belirtilmiştir (Acar Arslan, 2020). Al-Beltagi (2021) tarafından yapılan çalışmada OSB'li çocuklarda başta konstipasyon olmak üzere bağırsak disfonksiyonlarının %46 ile %84 arasında olduğu belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmalar, araştırmamıza benzer olarak NGB'li çocuklarda konstipasyonun sık karşılaşılan bir problem olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamız NGB'li çocuklarda MBD'nin sık görüldüğünü (%86.8) ortaya koymuştur. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda DEHB, OSB ve ÖÖG gibi NGB tanısı alan çocuklarda benzer olarak MBD'nin sık görüldüğü belirtilmiştir (Schast vd., 2008). Wang ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmaya NGB tanısına sahip 61 çocuk dahil edilmiş olup ÖÖG (%43) ve DEHB (%29) tanılı çocuklarda

MBD'nin, normal gelişim gösteren çocuklara kıyasla daha sık görüldüğü bulunmuştur. DS'li Koreli çocuklar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada da DS'li çocukların MBD açısından yüksek risk taşıdıkları belirtilmiştir (Choi, C Lee, Y Lee ve Jung, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini kişinin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri açısından standartlarını, beklentilerini ve kaygılarını yaşamı ile ilişkilendirdiği algı olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2023a). Bu çalışmada ebeveynlerin yaşam kalitesi WHOQOL-Bref ölçeği, NGB'li çocukların yaşam kalitesi ise ÇİYKÖ-Ebeveyn Formu ile değerlendirilmiş olup her iki grupta da genel yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca bu sonuçlara ek olarak mesane ve bağırsak disfonksiyonu puan artışı ile bakım verme yükü artan ebeveynlerin yaşam kalitelerinin azaldığı gözlenmiştir. Yaptığımız çalışmada ebeveynlerin başta algılanan sağlık ve sosyal ilişkiler olmak üzere ruhsal yaşam kalitesi düzeyleri daha çok etkilenmiştir. Bu durumun sosyoekonomik düzeyin düşük olması, zorluklarla baş etme stratejilerinin yetersizliği, bakım verenin ailesel desteğinin az olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda MBD varlığı, NGB'li çocukların yaşam kalitelerinde farklılık yaratmazken ebeveynlerin yaşam kalitelerinde daha olumsuz yönde bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde Kılıçoğlu ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan MBD'ye sahip çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin araştırıldığı çalışmanın sonuçlarına göre ebeveynlerin bedensel yaşam kalitesi düzeylerine kıyasla ruhsal, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi düzeyleri daha düşük olup genel yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. MBD'ye sahip olan DS'li çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitelerini değerlendiren bir çalışmada DS'li çocukların MBD puanlarının yüksekliğiyle ilgili olarak ebeveynlerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmiştir (Choi, C Lee, Y Lee ve Jung, 2019). Bir diğer çalışmada ise MBD'li çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Equit vd., 2014).

Faden ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan bir çalışmada NGB'li çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitelerinin, NGB'li çocuğa sahip olmayanlara göre daha düşük olduğu ve NGB'li çocuğun semptomlarının şiddetine göre ebeveynlerin yaşam kalitelerinin de azaldığı belirtilmiştir. NGB'li çocuğa sahip annelerin depresyon,

anksiyete ve stres düzeylerinin normal gelişim gösteren çocuğa sahip anneler ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, NGB’li çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin normal gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu (Uğuz vd., 2004), OSB tanılı çocuğa sahip ebeveynlerin depresyon sıklığının incelendiği bir meta-analiz çalışmasında ise ebeveynlerin depresif belirtilerinin fazla, yaşam kalitelerinin düşük olduğu (Singer vd., 2006) belirtilmiştir. De Bruyne ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada ise MBD’ye sahip çocukların anne ve babalarında zorlu çocuk davranışları ve özellikleriyle ilişkili genel stres düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular araştırma sonuçlarımıza paralel olup NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu ayrıca MBD’nin, NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yüklerinin fazla olduğu saptanmış olup yaşam kalitesi düzeyi düşük olan NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yüklerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan NGB’li çocuğa sahip ebeveynler ile sahip olmayan ebeveynlerin bakım verme yükü düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmada NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yükleri daha fazla çıkmıştır. Hem kendi çalışmamızın hem de Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına bakıldığında NGB’li çocuğa sahip ebeveynlerin bakım verme yüklerinin daha fazla olduğu görülmüş ve bu konuda gerekli iyileştirilmelerin yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Ebeveynlerin profesyonel, geleneksel ve çevrimiçi platform kullanılarak yapılan sağlık arama davranışları kıyaslandığında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmazken, NGB’li çocukların yaşam kalitelerinin azalmasıyla ebeveynlerinin sağlık arama davranışlarının arttığı gözlenmiştir. Çalışmamıza kıyasla Deniz ve Çimen (2021) tarafından 394 katılımcı ile gerçekleştirilen, bireylerin sağlık arama davranış eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanan çalışmada katılımcıların en sık profesyonel sağlık arama davranışını kullandığı belirtilmiştir. Marmara bölgesinde bireylerin sağlık arama davranışlarını tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmaya 550 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık arama davranışı olarak en çok profesyonel sağlık

arama davranışında en az ise online sağlık arama davranışında bulundukları belirtilmiştir (Özişli Ö, 2023).

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun (%61.3) MBD'ye yönelik tedavi arayışında olmadığı saptanmıştır. Bu durumun MBD varlığının/semptomlarının normal olduğunu düşünme ve kime/nereye başvuracağını bilmeme nedeniyle açığa çıktığı düşünülmektedir. Tedavi arayışında bulunan ebeveynlerin %29.4'ü pediatriste ve sadece %5'i fizyoterapistte başvurmuştur. Bu oranların oldukça az olması pediatristlerin fizyoterapistlerle iş birliği içinde olmaları ve ebeveynlerin fizyoterapistlere yönlendirilme konusunda farkındalıklarının artması gerektiği düşünülmektedir. MBD'li grup ebeveynlerinin kendilerince neler uyguladıkları sorgulandığında alt bağlama ve düzenli aralıklarla/sık sık tuvalete götürme, cevapların yaklaşık üçte ikisini oluşturmuştur. Bu durumun sebepleri olarak ebeveynlerin MBD varlığının normal olduğunu düşünmeleri, MBD'nin tedavisi hakkında bilgi düzeylerinin düşük olması, tedavi almaları için gerekli ekonomik düzeylerinin düşük olması ve ebeveynlerin kendilerince uyguladıkları çözümleri yeterli bulmaları düşünülmektedir.

Çalışmamızda NGB'li çocukların MBD tedavisinde öncelikle medikal tedavi ve üroterapinin kullanıldığı, pelvik taban FTR'sinin MBD tedavisinde kullanılma oranının düşük olduğu gözlenmiş ve fizyoterapistte başvuru oranının oldukça düşük olmasıyla desteklenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışmamıza kıyasla Assis ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir sistematik incelemede MBD tedavisinde üroterapinin etkinliği araştırmak için 13 klinik çalışma ve 1 yarı deneysel çalışma incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre MBD tedavisinde üroterapinin semptomları azaltmada etkili olduğu ve öncelikli tedavi şekli olarak kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Nieuwhof-Leppink ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olan çocuklarda üroterapinin ilk basamak tedavi olduğunu, komorbid durumlarda medikal tedavinin kullanılabileceğini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada çocuklarda üriner kontinans tedavisi için semptomların türüne bağlı olarak medikal tedavi, pelvik taban FTR'si, davranışsal terapi ve tibial sinirin uyarılması önerilmiştir (Simonnet ve Lallemand-Dudek, 2024). Bu çalışmalar ışığında çocuklarda MBD tedavisinde öncelikli olarak üroterapi, davranışsal terapi, pelvik taban FTR'si gibi konservatif yöntemlerin kullanılması gerektiği komorbid durumlarda veya azalmayan semptomlarda ise medikal tedavi ve cerrahi yöntemlere başvurulması gerektiğini ortaya koymuştur.

Tedavi etki düzeylerini karşılaştırdığımız çalışmamızda ebeveynler; alarm tedavisi için “kısmen”, ilaç tedavisi ve üroterapi için “çok az”, pelvik taban FTR’si için “hiç” yanıtını vermişlerdir. Ebeveynlerin yaklaşık olarak yarısı pelvik taban FTR’si uygulayıcısı için ‘diğer’ cevabını vermiş olup pelvik taban FTR’si etki düzeyinin az olma sebebinin uygulayıcıların fizyoterapist olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%70.8) pelvik taban FTR’si yöntemini daha önce duymadıklarını belirtmiş olup bu oran düşük eğitim düzeyine ve bu konuda diğer sağlık profesyonelleri tarafından ebeveynlere herhangi bir yönlendirme yapılmamış olmasına bağlıdır. Asrı ve Kamsan (2023) tarafından yapılan pelvik taban FTR’si bilgi ve farkındalık düzeyinin incelendiği çalışmaya 133 kadın katılmıştır. Çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının bilgi ve farkındalık düzeyleri düşük bulunmuştur. Pelvik taban bilgi düzeyinin incelendiği başka bir çalışmada ise araştırmaya hiç doğum yapmamış 212 kadın dahil edilmiş ve pelvik taban bilgi düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir (Neels vd., 2016).

Ülkemizde, pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemlerinin farkındalığının araştırıldığı bir çalışmaya Ankara ili Çankaya bölgesinde yaşayan 220 kadın rastgele seçilmiştir. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan pelvik taban farkındalığına yönelik sorular sorulmuş ve pelvik taban sağlığı bilgi testi uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre 18-65 yaş arası Türk kadınlarının pelvik taban sağlığı ve fizyoterapi yöntemleri farkındalığı düşük bulunmuştur (Aslan ve Özönlü Pekyavaş, 2022). Yapılan bu çalışmalar, çalışmamızı destekler nitelikte olup bireylerin pelvik taban FTR’si bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik çalışmaların yapılması gerektiğini göstermiştir.

Çalışmanın güçlü yönleri

- NGB alt gruplarında hangi tip ve şiddette MBD’nin görüldüğüne, bu problemin çocuk ve ebeveyn/bakım verenin yaşam kalitesi ile bakım yüküne etkilerini inceleyen ilk çalışmadır.
- NGB’li çocukların MBD tedavisinde pelvik taban FTR’sinin kullanılma oranını araştıran ilk çalışmadır.

- NGB’li çocukların ebeveynlerinin pelvik taban FTR’si bilgi ve farkındalık düzeyini inceleyen ilk çalışmadır.

Çalışmanın limitasyonları

- Çalışma tek merkezde gerçekleşmiş olup elde edilen sonuçların genelleme açısından sınırlı olması,
- Çalışmanın yüz yüze anket şeklinde planlanırken Google Form üzerinden yapılması,
- Çalışmadaki MBD’li ve MBD’siz grup olgularının dengeli dağılması,
- Katılımcıların pelvik taban FTR’sinden faydalanma durumlarını inceleyen standart bir ölçeğin kullanılmaması çalışmamızın limitasyonları olarak düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- NGB’li çocuklarda MBD sık görülür.
- NGB’li çocuklarda en sık görülen MBD tipi üriner inkontinanstır.
- NGB’li çocukların yaşam kaliteleri düzeyleri düşüktür.
- NGB’li çocukların ebeveynlerinin genel yaşam kaliteleri düşüktür.
- MBD’ye sahip NGB’li çocukların ebeveynlerinin yaşam kaliteleri daha düşüktür.
- MBD’si olan NGB’li çocuklarda en sık kullanılan tedavi yöntemi medikal tedavi ve üroterapidir.
- MBD’si olan NGB’li çocukların pelvik taban FTR’sinden faydalanma oranları düşüktür.
- NGB’li çocukların ebeveynlerinin bakım yükü fazladır.
- Bakım verme yükü artan ebeveynlerin yaşam kalitesi azalır.
- Yaşam kalitesi azalan NGB’li çocukların ebeveynlerinin sağlık arama davranışları artar.
- Araştırmaya katılan ebeveynlerin pelvik taban FTR’si hakkındaki bilgi ve farkındalıkları düşüktür.

6.2. Öneriler

Bu çalışmada NGB’li çocukların sahip oldukları MBD tipleri, pelvik taban fizyoterapisinden faydalanma durumları ve ebeveynlerinin pelvik taban fizyoterapisi hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Konuya ilişkin ileriki çalışmalarda:

- MBD’nin NGB’li çocuklarda sık görülmesinin nedenleri kapsamlı olarak araştırılmalıdır.
- NGB’li çocukların MBD’leri için kullanılan tedavi yöntemlerinin etki düzeyleri daha ayrıntılı incelenmelidir.
- NGB’li çocukların ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi düzeylerinin artmasına yönelik baş etme ve tedavi stratejileri geliştirilmelidir.

- NGB’li çocukların MBD tedavisinde pelvik taban fizyoterapisi ilk basamak tedavi seçeneği olarak ve daha sık kullanılmalıdır.
- MBD tedavisinde pelvik taban fizyoterapisinin diğer tedavi yöntemleriyle karşılaştırılmalı olarak etkinliği incelenmelidir.
- Bireylerin ve sağlık profesyonellerinin pelvik taban fizyoterapisi hakkındaki bilgi ve farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Pelvik taban fizyoterapisi bilgi ve farkındalık düzeyi için standart bir ölçek geliştirilmelidir.
- İleriki çalışmaların çok merkezli ve homojen dağılımlı gruplarla yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Acar Arslan E. (2020). Nörolojik Problemi Olan Çocuklarda Kabızlık. Sarıhan H (Editör), Çocuklarda Kabızlık. (ss:27-32). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Akbal C, Genç Y, Burgu B, Özden E ve Tekgül S. (2005). Dysfunctional Voiding and İncontinence Scoring System: Quantitative Evaluation of İncontinence Symptoms in Pediatric Population. *Journal of Urology*, 173(3): 969–973. DOI:10.1097/01.ju0000152183.91888.f6
- Akbal C, Şahan A, Şener TE, Şahin B, Tinay I, Tarcan T. ... Şimşek F. (2014). Diagnostic Value of the Pediatric Lower Urinary Tract Symptom Score in Children with Overactive Bladder. *World Journal of Urology*, 32(1): 201–208. DOI:10.1007/s00345-013-1224-y
- Aksoy UM. (2019). Neurodevelopmental Disorders: A Tree with Many Different Branches. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 11: 1–4. DOI: 10.5222/iksstd.2019.26121
- Al-Beltagi M. (2021). Autism Medical Comorbidities. *World J Clin Pediatr*, 10(3): 15-28. DOI:10.5409/wjcp.v10.i3.15
- Al-Danakh A, Safi M, Alradhi M, Almoiliqy M, Chen Q, Al-Nusaif M. ... Yang D. (2022). Posterior Tibial Nerve Stimulation for Overactive Bladder: Mechanism, Classification, and Management Outlines. *Parkinson's Disease*, 2022: 2700227. DOI:10.1155/2022/2700227
- Allen HA, Austin JC, Boyt MA, Hawtrey CE ve Cooper CS. (2007). Initial Trial of Timed Voiding Is Warranted for All Children with Daytime İncontinence. *Urology*, 69(5): 962–965. DOI:10.1016/j.urology.2007.01.049
- American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4rd Edition (DSMIV). Washington.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5th Edition (DSMV). Washington.
- Aslan F ve Özünlü PN. (2022). Kadınlarda Pelvik Taban Bilgisinin ve Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Fizyoterapi Konusunda Farkındalığının Araştırılması. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1): 66-78. Erişim Adresi: dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3679612

- Assis GM, Silva CPC ve Martin G. (2019). Urotherapy in the Treatment of Children and Adolescents with Bladder and Bowel Dysfunction: a Systematic Review. *Jornal de Pediatria*, 95(6): 628-641. DOI:10.1016/j.jpedp.2019.05.010
- Asrı NA ve Kamsan SS. (2023). Survey on Awareness and Knowledge Towards Pelvic Floor Muscles Exercises Among Female University Students. *International Journal of Allied Health Sciences*, 7(1): 2836-2844. DOI: 10.31436/ijahs.v7i1.767
- Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P. ... Nevéus T. (2014). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 191(6): 1863–1865. DOI: 10.1016/j.juro.2014.01.110
- Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P. ... Nevéus T. (2016). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 35(4): 471–481. DOI:10.1002/nau.22751
- Aydin G, Van Lonkhuyzen ML, Van E, Baktir S, Kaya ME ve Mutlu C. (2020). The Turkish Version of the Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire (CBBDDQ): Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Construct Validity. *The Turkish Journal of Gastroenterology*, 31(6): 482–488. DOI: 10.5152/tjg.2020.19348
- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B. ... Wells A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for the Conservative and Nonpharmacological Management of Female Pelvic Floor Dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28(2): 191–213. DOI: 10.1007/s00192-016-3123-4
- Bolat D (2011). *Denizli'deki İlköğretim Çağı Çocuklarda Gündüz İdrar Kaçırma Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörleri*. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Doktora Tezi. Denizli, Türkiye. Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Borzyskowski M ve Reid CJ. (1993). Lower Urinary Tract Dysfunction in Cerebral Palsy. *Arch Dis Child*, 68(6):739-742. DOI:10.1136/ad.68.6.739
- Bosch R, Pagerols M, Rivas C, Sixto L, Bricolle L, Espanol- Martin G. ... Casas M. (2022). Neurodevelopmental Disorders Among Spanish School-age Children: Prevalence and Sociodemographic Correlates. *Psychological Medicine*, 52(14): 3062-3072 DOI: 10.1017/S0033291720005115
- Buettcher M, Trueck J, Niederer-Loher A, Heininger U, Agyeman P, Asner S. ... Neuhaus TJ. (2021). Swiss Consensus Recommendations on Urinary Tract Infections in Children. *European Journal of Pediatrics*, 180(3): 663–674. DOI: 10.1007/s00431-020-03714-4

- Burgers RE, Mugie SM, Chase J, Cooper CS, von Gontard A, Rittig CS. ... Benninga MA. (2013). Management of Functional Constipation in Children with Lower Urinary Tract Symptoms: Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 190(1): 29–36. DOI:10.1016/j.juro.2013.01.001
- Choi EK, Lee YJ, Lee H ve Jung E. (2019). Bladder and Bowel Dysfunction in Korean Children with Down Syndrome and Parental Quality of Life. *J Pediatr Nurs*, 49: e74–e80. DOI:10.1016/j.pedn.2019.09.016
- Çakın MN, Ağaoğlu B, Coşkun A ve Karakaya I. (2008). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 Yaş Çocuk Formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(2): 87-98.
- Dadkhah A, Tabrizi RG ve Hemmati S. (2009). Quality of Life of Disabled Children's Mother: a Comparative Study. *Iranian Rehabilitation Journal*, 7(10): 36-38.
- De Bruyne E, Van Hoecke E, Van Gompel K, Verbeken S, Baeyens D, Hoebeke P. ... Vande Walle J. (2009). Problem Behavior, Parental Stress and Enuresis. *Journal of Urology*, 182(4S): 2015–2021. DOI:10.1016/j.juro.2009.05.102
- Deniz S ve Çimen M. (2021). Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Araştırma: Araştırma Makalesi. *Usaysad Derg*, 7(3): 639-646.
- Dos Santos J, Varghese A, Williams K ve Koyle AM. (2014). Recommendations for the Management of Bladder Bowel Dysfunction in Children. *Pediatrics & Therapeutics*, 04(01). DOI:10.4172/2161-0665.1000191
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2023a). Disability. https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1 Erişim tarihi: 10.06.2023
- Elbasan B, Düzgün İ ve Oskay D. (2013). Rehabilitasyon Merkezlerine Yönlendirilen Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Durumuna Bir Bakış: Pilot Bir Çalışma. *Türk Ped Arş*, 48; 303-309. DOI:10.4274/tpa.604
- Emerich GK ve Reed O. (2020). The Role of the Pelvic Floor in Respiration: A Multidisciplinary Literature Review. *Journal of Voice*, 34(2): 243–249. DOI: 10.1016/j.jvoice.2018.09.024
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın E, Elbi H ve Göker E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2): 23-40. Erişim Adresi: <https://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=24099>

- Equit M, Hill J, Hübner A ve von Gontard A. (2014). Health-related Quality of Life and Treatment Effects on Children with Functional Incontinence, and Their Parents. *Journal of Pediatric Urology*, 10(5): 922–928. DOI:10.1016/j.jpuro.2014.03.002
- Faden SY, Merdad N ve Faden YA. (2023). Parents of Children With Neurodevelopmental Disorders: A Mixed Methods Approach to Understanding Quality of Life, Stress, and Perceived Social Support. *Cureus*, 14(4): e37356. DOI:10.7759/cureus.37356
- Fuentes M, Magalhães J ve Barroso U. (2019). Diagnosis and Management of Bladder Dysfunction in Neurologically Normal Children. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 298. DOI:10.3389/fped.2019.00298
- Gal E, Hardal-Nasser R ve Engel-Yeger B. (2011). The Relationship Between the Severity of Eating Problems and Intellectual Developmental Deficit Level. *Research in Developmental Disabilities*, 32(5): 1464–1469. DOI:10.1016/j.ridd.2010.12.003
- Gilissen C, Hehir-Kwa JY, Thung DT, van de Vorst M, van Bon BWM, Willemsen MH. ... Veltman JA. (2014). Genome Sequencing Identifies Major Causes of Severe Intellectual Disability. *Nature*, 511(7509): 344–347. DOI:10.1038/nature13394
- Gordon EK ve Reed O. (2020). The Role of the Pelvic Floor in Respiration: A Multidisciplinary Literature Review. *J Voice*, 34(2): 243–249. DOI: 10.1016/j.voice.2018.09.024
- Gondim R, Azevedo R, Braga AANM, Veiga ML ve Barroso Jr. U. (2018). Risk Factors for Urinary Tract Infection in Children with Urinary Urgency. *International Braz J Urol*, 44(2): 378–383. DOI:10.1590/s1677-5538.ibju.2017.0434
- Halachmi S ve Farhat WA. (2008). Interactions of Constipation, Dysfunctional Elimination Syndrome, and Vesicoureteral Reflux. *Advances in Urology*, 2008, 1–3. DOI:10.1155/2008/828275
- Hite M ve Curran T. (2021). Biofeedback for Pelvic Floor Disorders. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 34(01): 056–061. DOI:10.1055/s-0040-1714287
- İnci FH ve Erdem M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2643/34004>
- Joinson C, Heron J, Butler U ve von Gontard A. (2006). Psychological Differences Between Children With and Without Soiling Problems. *Pediatrics*, 117(5): 1575–1584. DOI:10.1542/peds.2005-1773

- Kalantar JS, Howell S ve Talley NJ. (2002). Prevalence of Faecal Incontinence and Associated Risk Factors; an Underdiagnosed Problem in the Australian Community? *The Medical Journal of Australia*, 176(2): 54–57.
- Kilicoglu AG, Mutlu C, Bahali MK, Adaletli H, Gunes H, Metin DH. ... Uneri OS. (2014). Impact of enuresis nocturna on health-related quality of life in children and their mothers. *Journal of Pediatric Urology*, 10(6): 1261–1266. DOI:10.1016/j.jpuro.2014.07.005
- Kıraç R ve Öztürk YE. (2021). Health Seeking Behavior: Scale Development Study. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29): 224–234. DOI: 10.21076/vizyoner.754526
- Klingler HC, Pycha A, Schmidbauer J ve Marberger M. (2000). Use of Peripheral Neuromodulation of the S3 Region for Treatment of Detrusor Overactivity: a Urodynamic-Based Study. *Urology*, 56(5): 766–771. DOI:10.1016/S0090-4295(00)00727-5
- Kuhlthau K, Payakachat N, Delahaye J, Hurson J, Pyne JM, Kovacs E. ... Tilford JM. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10): 1339–1350. DOI:10.1016/j.rasd.2014.07.002
- Lai HH, Boone T.B ve Appell RA. (2002). Selecting a Medical Therapy for Overactive Bladder. *Reviews in Urology*, 4(4): 28–37.
- Lee SD, Sohn DW, Lee JZ, Park NC ve Chung MK. (2000). An Epidemiological Study of Enuresis in Korean Children. *BJU International*, 85(7): 869–873. DOI: 10.1046/j.1464-410x.2000.00617.x
- Malhotra D, McCarthy S, Michaelson JJ, Vacic V, Burdick KE, Yoon S. ... Sebat J. (2011). High Frequencies of De Novo CNVs in Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Neuron*, 72(6): 951–963. DOI:10.1016/j.neuron.2011.11.007
- Mayo ME. (1992). Lower Urinary Tract Dysfunction in Cerebral Palsy. *Journal of Urology*, 147(2): 419–420. DOI:10.1016/S0022-5347(17)37255-5
- Morris-Rosendahl DJ ve Crocq MA. (2020). Neurodevelopmental Disorders The History and Future of a Diagnostic Concept. *Dialogues Clin Neurosci*, 22(1): 65-22. DOI:10.31887/DCNS.2020.22.1/macrocq
- Mugie SM, Benninga MA ve Di Lorenzo C. (2011). Epidemiology of Constipation in Children and Adults: A Systematic Review. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25(1): 3–18. DOI:10.1016/j.bpg.2010.12.010

- Mugie SM, Di Lorenzo C ve Benninga MA. (2011). Constipation in childhood. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 8(9): 502–511. DOI: 10.1038/nrgastro.2011.130
- Mukaddes NM ve Ercan ES. (2018). Nörogelişimsel Bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mullin AP, Gokhale A, Moreno-De-Luca A, Sanyal S, Waddington JL ve Faundez V. (2013). Neurodevelopmental Disorders: Mechanisms and Boundary Definitions from Genomes, Interactomes and Proteomes. *Translational Psychiatry*, 3(12): e329–e329. DOI:10.1038/tp.2013.108
- Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WA, De Wachter S, Wyndaele M ve Vermanhel A. (2016). Knowledge of the Pelvic Floor in Nulliparous Women. *J Phys Ther Sci*, 28(5): 1524–1533. DOI:10.1589/jpts.28.1524
- Nevéus T. (2017). Pathogenesis of Enuresis: Towards a New Understanding. *International Journal of Urology*, 24(3): 174–182. DOI:10.1111/iju.13310
- Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S. ... Robson L. (2010). Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 183(2): 441–447. DOI:10.1016/j.juro.2009.10.043
- Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmås K, Bauer S, Bower W. ... Djurhuus JC. (2006). The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 176(1): 314–324. DOI:10.1016/S0022-5347(06)00305-3
- Niemczyk J, Wagner C ve von Gontard A. (2018). Incontinence in aut-ism spectrum disorder a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 27(12): 1523–1537. DOI:10.1007/s00787-017-1062-3
- Nieuwhof-Leppink A, Schroeder RPJ, van de Putte EM, de Jong TPVM ve Schappin R. (2019). Daytime Urinary Incontinence in Children and Adolescents. *Lancet Child Adolesc Health*, 3(7):492-501. DOI:10.1016/S2352-4642(19)30113-0
- Nørgaard JP. (1989). Urodynamics in Enuretics I: Reservoir Function. *Neurourology and Urodynamics*, 8(3): 199–211. DOI:10.1002/nau.1930080303
- Onur R ve Bayrak Ö. (2015). Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Örgülü N. (2018). *Alt Üriner Sistem Semptomu Olan Obez Çocuklarda Mesane Kapasitesi ve Standart Üroterapinin Mesane Kapasitesine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Manisa, Türkiye.
- Özişli Ö. (2023). Sağlık Arama Davranışı Üzerine Bir Saha Çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2023(1): 40-47. DOI:10.56337/sbm.1244490
- Papageorgiou SN. (2022). On Correlation Coefficients and Their Interpretation. *J Orthod*,49(3): 359-361. DOI:10.1177/14653125221076142
- Parenti I, Rabaneda LG, Schoen H ve Novarino G. (2020). Neurodevelopmental Disorders: From Genetics to Functional Pathways. *Trends in Neurosciences*, 43(8): 608–621. DOI:10.1016/j.tins.2020.05.004
- Sarıçam H, Akayıldız K, Kanpolat YE, Özaslan HM ve Turan S. (2014). Özel Gereksinimli Çocuklara Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükü ile Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin İncelenmesi. 1. Avrasya Eğitim Araştırmaları Kongresi (ss.294-296). İstanbul, Turkey.
- Schäfer SK, Niemczyk J, von Gontard A, Pospeschill M, Becker N ve Equit M. (2018). Standard Urotherapy as First-line Intervention for Daytime Incontinence: a Meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8): 949–964. DOI:10.1007/s00787-017-1051-6
- Schast AP, Zderic SA, Richter M, Berry A ve Carr MC. (2008). Quantifying Demographic, Urological and Behavioral Characteristics of Children with Lower Urinary Tract Symptoms. *Journal of Pediatric Urology*, 4(2): 127–133. DOI:10.1016/j.jpuro.2007.10.007
- Schnelle JF, Leung FW, Rao SSC, Beuscher L, Keeler E, Clift JW. ... Simmons S. (2010). A Controlled Trial of an Intervention to Improve Urinary and Fecal Incontinence and Constipation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8): 1504–1511. DOI:10.1111/j.1532-5415.2010.02978.x
- Scott SM, Simrén M, Farmer AD, Dinning PG, Carrington EV, Benninga MA. ... Corsetti M. (2021). Chronic Constipation in Adults: Contemporary Perspectives and Clinical Challenges: 1: Epidemiology, Diagnosis, Clinical Associations, Pathophysiology and Investigation. *Neurogastroenterology & Motility*, 33(6): e14050 DOI:10.1111/nmo.14050
- Simonnet H ve Lallemand-Dudek P. (2024). Urinary Incontinence in Children, *La Revue Du Praticien*, 74(2):179-184.

- Singer GHS. (2006). Meta-analysis of Comparative Studies of Depression in Mothers of Children with and without Developmental Disabilities. *Am J Ment Retard*, 111(3): 155-169. DOI:10.1352/08958017(2006)111[155:MOCSD]2.0.CO;2
- Study DDD, McRae JF, Fitzgerald T ve Clayton S. (2017). Prevalence and Architecture of de Novo Mutations in Developmental Disorders. *Nature*, 542(7642): 433–438. DOI:10.1038/nature21062
- Sureshkumar P, Jones M, Cumming R ve Craig J. (2009). A Population Based Study of 2,856 School-Age Children With Urinary Incontinence. *Journal of Urology*, 181(2): 808–816. DOI:10.1016/j.juro.2008.10.044
- Tekgul S, Stein R, Bogaert G, Undre S, Nijman RJM, Quaedackers J. ... Dogan HS. (2020). EAU-ESPU Guidelines Recommendations for Daytime Lower Urinary Tract Conditions in Children. *European Journal of Pediatrics*, 179(7): 1069–1077. DOI:10.1007/s00431-020-03681-w
- Timmerman MEW, Trzpis M ve Broens PMA. (2019). The Problem of Defecation Disorders in Children is Underestimated and Easily Goes Unrecognized: a Cross-sectional Study. *European Journal of Pediatrics*, 178(1): 33–39. DOI: 10.1007/s00431-018-3243-6
- Tülpar S. (2018). Enürezis ve İşeme Disfonksiyonları. Çocuk Nefroloji El Kitabı .Kayseri.
- Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY ve Çolakkadıoğlu O. (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 7: 42-47. Erişim Adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/39978>
- Van Engelenburg–Van Lonkhuyzen ML, Bols EMJ, Bastiaenen CHG ve de Bie RA. (2024). Measurement Properties of the Childhood Bladder and Bowel Dysfunction Questionnaire. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 78(3): 592–600. DOI:10.1002/jpn3.12152
- Van Kampen M, Bogaert G, Akınwuntan EA, Claessen L, Van Poppel H ve de Weerd W. (2004). Long-term Efficacy and Predictive Factors of Full Spectrum Therapy for Nocturnal Enuresis. *Journal of Urology*, 171(6 Part 2): 2599–2602. DOI: 10.1097/01.ju.0000112609.78723.c7
- Varni JW, Seid M ve Kurtin PS. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*, 39(8): 800–812. DOI: 10.1097/00005650-200108000-00006
- Vasconcelos M, Lima E, Caiafa L, Noronha A, Cangussu R, Gomes S. ... Colozimo E. (2006). Voiding Dysfunction in Children. Pelvic-floor Exercises or Biofeedback Therapy: a

Randomized Study. *Pediatric Nephrology*, 21(12): 1858–1864. DOI: 10.1007/s00467-006-0277-1

Vasconcelos MM, Bastos Netto JM, Arana IE, Teixeira IB, Lima EM, Carvalho TA. ... Mrad FC. (2021). Association between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and lower urinary tract symptoms in children and adolescents in a community setting. *International Braz j Urol*, 47(5): 969–978. DOI:10.1590/s1677-5538.ibju.2020.0978

Von Gontard A. (2013). Urinary and faecal incontinence in children with special needs. *Nat Rev Urol*, 10: 667-674. DOI:10.1038/nrurol.2013.213

Yeung C, Sreedhar B, Leung YV ve Sit KF. (2007). Correlation Between Ultrasonographic Bladder Measurements and Urodynamic Findings in Children with Recurrent Urinary Tract Infection. *BJU International*, 99(3): 651–655. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2006.06580.x

Zarit SH, Reever KE ve Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6): 649–655. DOI: 10.1093/geront/20.6.649

Wang R, Van den Heuvel M, Rickard M, El-bardisi Y, Mistry N, Koyle M. ... Dos Santos J. (2021). Neurodevelopmental and psychiatric disorders in pediatric bladder and bowel dysfunction. *Journal of Pediatric Urology*, 17(4): 450.e1-450.e6. DOI:10.1016/j.jpuro.2021.03.032

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 2 (SPOR, SAĞLIK) KARARI

Protokol No : 230118

Karar No : 162

Araştırma Yürütücüsü	Yüksek Lisans Öğrencisi BUSE ÖNÇER
Kurumu / Birimi	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ / FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
Araştırmanın Başlığı	Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Mesane-Bağırsak Disfonksiyonları Ve Pelvik Taban Fizyoterapisinden Faydalanma Durumları (Düzeltilme)
Çalışmanın Yapılacağı Kurum ve Kuruluşlar	Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	09.10.2023
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	11.10.2023
Karar Tarihi	28.12.2023

KARAR : **UYGUNDUR**

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA
Başkan

Doç. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN
Üye

Prof.Dr. Baki Umut TUĞAY
Üye

Prof.Dr. Süleyman Murat YILDIZ
Üye

Prof. Dr. Gönül BABAYİĞİT İREZ
Üye

Doç.Dr. Şeyda KIVRAK
Üye

Doç. Dr. Halil Evren ŞENTÜRK
Üye

Doç. Dr. GONCA KARAYAĞIZ MUSLU
Üye

Doç.Dr. SERAP DURUKAN KÖSE
Üye



Ek 2: KURUM İZİNİ



T.C.
ALİAĞA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-85170639-605.01-75290619
Konu : Araştırma İzni

28.04.2023

KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi : Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünün 27.04.2023 tarihli ve 75167710 sayılı yazısı.

İlçemiz Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünde Fizyoterapist olarak çalışmakta olan Buse ÖNÇER aynı kurum bünyesinde özel gereksinimli çocukların velilerine yönelik olarak "Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Mesane Bağırsak Disfonksiyonları ve Pelvik Taban Fizyoterapisinden Faydalanma Durumları" çalışmasını uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde; Olurlarınıza arz ederim.

Ahmet KILIÇ
Müdür a.
Şube Müdürü.

Eki:
1- Anket Formu (2 Adet)
2- Öiçek Kullanım İzni
3- Dilekçe

O L U R

Dr. Erdoğan AKYÜZ
Kaymakam a.
İlçe Milli Eğitim Müdürü

Bu belge güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.
Belge Doğrulama Adresi : <https://www.meb.gov.tr/meb-obyv>
Bölge İmza
Unvan : Şef
İmza Adresi : Şef
İmza



İmza : mebu/bu/izni
Bu belge güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır. <https://onay.meb.gov.tr> adresinde: b847-9ade-3fe6-bbaf-1a63 kodu ile teyit edilebilir.

Ek 3: FORMLAR

Değerlendirme Formu

Nörogelişimsel Bozukluğu Olan Çocukların Mesane-Bağırsak Disfonksiyonları ve Pelvik Taban Fizyoterapisinden Faydalanma Durumları					
Tarih:					
DEĞERLENDİRME FORMU					
BAKIM VERİLEN ÇOCUK					
Ad-Soyad:				Çalışma Grubu	
Yaş:				MBD VARLIĞI	☐ Var ☐ Yok
Cinsiyet:	☐ Kız	☐ Erkek			
Öğrenim Durumu:	☐ Okula Gitmiyor	☐ Kreş	☐ Okula Gidiyor	 sınıf	
Tanı Süresi:					
Tanı:	☐ Otizm	☐ ÖÖG	☐ MR	☐ MB	
	☐ DEHS	☐ SP	☐ DS	☐ Diğer	

DEHS: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite; ÖÖG: Özgül öğrenme güçlüğü; SP: Serebral palsi; MR: Mental retardasyon; DS: Down sendromu; MB: Motor bozukluklar

EBEVEYN					
Ad-Soyad:			Yaş:	Meslek:	
Cinsiyet:	☐ Kadın	☐ Erkek	Çocuk Sayısı:		
Öğrenim Durumu:	☐ Okur-Yazar	☐ İlkokul	☐ Ortaokul	☐ Lise	☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
Medeni Durum:	☐ Evli	☐ Bekar	☐ Diğer		
Gelir-Gider Durumu:	☐ Gelir<Gider	☐ Gelir=Gider	☐ Gelir>Gider		

ÖLÇEK PUANLARI					
İBSS	Fonksiyonel İşeme Bozukluğu	BVYÖ	Bakım Verme Yüğü		
Semptom Puanı:		Puan:			
Yaşam Kalitesi Puanı:		WHOQOL-BREF	Ebeveyn Yaşam Kalitesi		
Toplam Puan:		Algılanan genel yaşam kalitesi:	Fiziksel:		
CBBBQ	Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu	Algılanan sağlık durumu:	Psikolojik:		
Mesane Puanı:		Çevresel:	Sosyal ilişkiler:		
Bağırsak Puanı:					
ÇYKÖ	Çocuk Yaşam Kalitesi	Sağlık Arama Davranışı Ölçeği			
Fiziksel:		Online sağlık arama:			
Duygusal:		Profesyonel sağlık arama:			
Sosyal:		Geleneksel sağlık arama:			
Okul:		Toplam:			
Toplam:					

TEDAVİ – PELVİK TABAN FTR’SİNDEN FAYDALANMA DURUMU			
Çocuğunuzun MBD’si için tedavi/çözüm arayışında bulundunuz mu?		☐ Hayır	
		☐ Evet:	
☐ Aile hekimi	☐ Fizyoterapist	☐ Benzer soruna sahip bir kişi	
☐ Pediatrist	☐ Hemşire	☐ Akraba/arkadaş/komşu	
☐ Diğer hekim	☐ İnternet	☐ Diğer (şifacı, vs):	
☐ Eczacı	☐ Kitap/vs.		

		Normal																																			
Çocuğunuzun MBD'si için tedavi/çözüm arayışında bulunmadıysanız neden? Diğer:	☐ Durumun çok iyi normal olduğunu düşünüyorum. ☐ Bir tedavi/çözümü olduğunu bilmiyorum. ☐ Kime/nereye gideceğimi bilmiyorum. ☐ Çocuğumun mahrem bölgelerine herhangi bir uygulama yapılmasını istemiyorum. ☐ Ulaşım sorunu yaşıyorum.	☐ Kendi yöntemlerimi yeterli buluyorum. ☐ Böyle bir doktor önerisi almadım. ☐ Zamanım/enerjim yok. ☐ Maddi durumum elverişsiz. ☐ Herhangi bir yöntemin etkili olacağına inanmıyorum.																																			
Çocuğunuzun MBD'si için kendinizce uyguladığınız çözümler nelerdir? Diğer:	☐ Altı bağlama ☐ Düzenli aralıklarla veya sık sık tualete götürme/yönlendirme ☐ Mümkünse evden çıkmama ☐ İç çamaşırına ped yerleştirme ☐ Sıvı tüketimini sınırlama ☐ Bitkisel çaylar içirme ☐ Ağır kaldırmasını engelleme	☐ Fiziksel aktivitelerini kısıtlama ☐ Sosyal aktivitelerini kısıtlama ☐ Dışarı çıkarken yedek kıyafet bulundurma ☐ Kötü kokular için sprey, vs. kullanma ☐ Ayaklarını sıcak tutma/ısıtma ☐ Karnına/beline baskı uygulama ☐ Dua etme																																			
Çocuğunuz MBD'si için herhangi bir tedavi aldı mı?	☐ Hayır ☐ Evet:	Diğer:..... <table border="1"> <tr> <td>☐ İlaç</td> <td>☐ Biofeedback</td> <td>☐ Pelvik taban ETR'si</td> </tr> <tr> <td>☐ Cerrahi</td> <td>☐ Elektroterapi</td> <td>☐ Alarm tedavisi</td> </tr> <tr> <td>☐ Üroterapi</td> <td>☐ Bitkisel karışımlar</td> <td>☐ Beslenme önerisi</td> </tr> <tr> <td>☐ Egzersiz</td> <td>☐ Masaj/manuel</td> <td>☐ Geleneksel yöntem</td> </tr> </table>	☐ İlaç	☐ Biofeedback	☐ Pelvik taban ETR'si	☐ Cerrahi	☐ Elektroterapi	☐ Alarm tedavisi	☐ Üroterapi	☐ Bitkisel karışımlar	☐ Beslenme önerisi	☐ Egzersiz	☐ Masaj/manuel	☐ Geleneksel yöntem																							
☐ İlaç	☐ Biofeedback	☐ Pelvik taban ETR'si																																			
☐ Cerrahi	☐ Elektroterapi	☐ Alarm tedavisi																																			
☐ Üroterapi	☐ Bitkisel karışımlar	☐ Beslenme önerisi																																			
☐ Egzersiz	☐ Masaj/manuel	☐ Geleneksel yöntem																																			
Çocuğunuz MBD'si için tedavi aldıysa bu ne kadar etkili oldu? (Lütfen her tedavi yöntemi için ayrı değerlendirme yapınız)	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Yöntem</th> <th colspan="5">Etki</th> </tr> <tr> <th>Hiç</th> <th>Çok az</th> <th>Kısmen</th> <th>Oldukça</th> <th>Tamamen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Yöntem	Etki					Hiç	Çok az	Kısmen	Oldukça	Tamamen	1.....						2....						3.....						4.....						
Yöntem	Etki																																				
	Hiç	Çok az	Kısmen	Oldukça	Tamamen																																
1.....																																					
2....																																					
3.....																																					
4.....																																					
Pelvik taban ETR'si çocuğunuzun mesane ve bağırsak kontrolüyle ilişkili kaslarının farkındalığının sağlanmasına ve eğitilmesine, doğru nefes ve duruş tekniklerinin öğretilmesine yönelik olarak uygulanan; egzersiz, BF, elektroterapi ve elle yapılan tedaviler gibi birçok yöntemi içeren bir yaklaşımdır. Siz böyle bir yöntemi daha önce duydunuz mu?	☐ Hayır	☐ Evet Nereden/kimden duydunuz?																																			
Çocuğunuza MBD'si için böyle bir yaklaşım (pelvik taban ftr'si/egitimi) önerildi mi?	☐ Hayır, hiç önerilmedi. ☐ Hayır, ihtiyaç olmadığı söylendi.	☐ Evet, önerildi ama uygulanmadı. ☐ Evet, önerildi ve uygulandı.																																			
Çocuğunuza MBD'si için pelvik taban ftr'si/egitimi uygulandıysa ne kadar etkili oldu?	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Yöntem</th> <th colspan="5">Etki</th> </tr> <tr> <th>Hiç</th> <th>Çok az</th> <th>Kısmen</th> <th>Oldukça</th> <th>Tamamen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Yöntem	Etki					Hiç	Çok az	Kısmen	Oldukça	Tamamen	1						2						3						4						
Yöntem	Etki																																				
	Hiç	Çok az	Kısmen	Oldukça	Tamamen																																
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
Çocuğunuza MBD'si için pelvik taban ftr'si/egitimi uygulandıysa bunu kim uyguladı?	☐ Fizyoterapist ☐ Doktor ☐ Hemşire ☐ Diğer.....																																				

İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS)

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)

1. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçtırmaz	Bazen	Günde 1-2 kez	Her zaman
	0	1	3	5
2. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Damla-damla	Sadece külot ıslak	Pantolon tamamen ıslak	
	1	3	5	
3. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçtırmaz	Haftada 1-2 gece	Haftada 3-5 gece	Haftada 6-7 gece
	0	1	3	5
4. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Çamaşırı veya Pijaması ıslanır		Yatak ıslanır	
	1		4	
5. Çocuğunuz günde kaç kere tuvalete çış yapmaya gider?	7 den az		7 den fazla	
	0		1	
6. Çocuğunuz işerken ıkınır mı ?	Hayır		Evet	
	0		4	
7. Çocuğunuz işerken ağrısı olduğunu söyler mi ?	Hayır		Evet	
	0		1	
8. Çocuğunuz işerken bir başlayıp bir durarak çışını yapar mı?	Hayır		Evet	
	0		2	
9. Çocuğunuz çışı bitince tekrar tuvalete gidip çışını yapar mı?	Hayır		Evet	
	0		2	
10. Çocuğunuz aniden çışının geldiğini söyleyip hızla tuvalete koşuyor mu?	Hayır		Evet	
	0		1	
11. Çocuğunuz oyun sırasında bir kenara diz üstü çöküp idrarını tutmaya çalışıyor mu?	Hayır		Evet	
	0		2	
12. Çocuğunuz çışı geldiğinde tuvalete yetişemedi çışını altına kaçırmıyor mu?	Hayır		Evet	
	0		2	
13. Çocuğunuzun kabızlığı var mı?	Hayır		Evet	
	0		1	
HAYAT KALİTESİ				
Çocuğunuzda yukarıda sayılan şikayetlerden bir veya birkaçı varsa bu aile, okul ve sosyal yaşantısını ne kadar etkiliyor?	Hayır Etkilemiyor	Evet az etkiliyor	Evet etkiliyor	Evet ciddi etkiliyor
	0	1	2	3

Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu Anketi (CBBDO)

ÇOCUKLUK ÇAĞI MESANE VE BAĞIRSAK DİSFONKSİYONU ANKETİ (CBBDO)

ANKET 'İŞEME VE DİŞKILAMA PROBLEMİ' OLAN 5-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLAR İÇİNDİR.

Her bir soru için, *son bir ayda* çocuğunuzu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz.

Eğer cevabı bilmiyorsanız, lütfen çocuğunuza sorunuz (veya anketi çocuğunuzla birlikte tamamlayınız).

Cevap seçeneklerinin sorular arasında farklılık gösterebileceğini unutmayınız.

BENİM ÇOCUĞUM...

1	Günde 8 defadan fazla idrara çıkar.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
2	Gün içinde kıyafetleri ve/veya iç çamaşırlarını ıslatır(birkaç damla ıslak olarak kabul edilir).	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
3	İdrarını bitirdikten hemen sonra birkaç damla idrar bırakır.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
4	İdrarını yaptıktan sonra bir saat içinde idrara çıkar.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
5	İdrara çıkma isteğini önemsemiyor.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
6	İdrarını kaçırmamak için yerinde duramama, bacaklarını sıkıca çaprazlama gibi numaralar kullanır.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
7	Kontrol edilemeyen ani bir idrar duygusu yaşar.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
8	Sabah ilk idrarını erteler.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
9	Uyku sırasında yatağı veya bezini istemsiz ıslatır.	☐ Asla	☐ Haftada 1 kez veya daha az	☐ Haftada bir iki kez	☐ Haftada 3 veya 5 kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
10	İsteyerek idrar yapmak için gece uyanır.	☐ Asla	☐ Haftada 1 kez veya daha az	☐ Haftada bir iki kez	☐ Haftada 3 veya 5 kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün

11	Haftada iki veya daha az sayıda büyük tuvaletini yapar.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda bir iki kez, en fazla	☐ Ayda birkaç kez	☐ Çok Sık
12	İç çamaşırına dışkı bulaşır, lekelenir.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
13	Sert dışkısı ve ağrılı tuvalete çıkma durumu vardır.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
14	Dışkı miktarı çok fazladır. (Tuvaleti tıkayabilir düzeyde)	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
15	Dışkı yapmayı erteler.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
16	<u>Ani</u> kontrolsüz bir dışkılama isteği yaşar.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
17	Karın ağrısı vardır.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün
18	Şişkin bir karnı vardır.	☐ Asla	☐ Ayda 1 kez veya daha az	☐ Ayda birkaç kez	☐ Haftada 1 veya birkaç kez	☐ Hemen hemen her gün veya her gün

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ebeveyn Formu (ÇİYKÖ)

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ebeveyn Değerlendirme Formu (8-12 YAŞ)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

- | | |
|---|----------|
| Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse | 0 |
| Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa | 1 |
| Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa | 2 |
| Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa | 3 |
| Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa | 4 |

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2. Koşmak	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7. Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8. Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4. Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5. Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtları ile geçimi	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3. Yaşıtları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5. Yaşıtları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3. Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4. Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVY)

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi

düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi- Kısa Form (WHOQOL- Bref)



WHOQOL-BREF(TR)
Türkçe Ulusal Kısa Sürüm -Şubat 1999

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
CENEVRE

SEZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ☐ Erkek ☐ Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? ☐ Hiç eğitim almadım
☐ İlkokul-ortaokul
☐ Lise veya eşdeğeri
☐ Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

- ☐ hiç evlenmemiş
- ☐ evli
- ☐ evli gibi yaşıyor
- ☐ ayrı yaşıyor
- ☐ boşanmış
- ☐ eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? ☐ evet ☐ hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlu kla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (SADÖ)

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Faktör1: Online sağlık arama	1	2	3	4	5
1.Hastalığımla ilgili internetten araştırma yaparım.	1	2	3	4	5
2.Hastalığımla ilgili televizyondaki programları takip ederim.	1	2	3	4	5
3.Hastalığımla ilgili internetten hekimlerle iletişime geçerim.	1	2	3	4	5
4. Hastalandığımda kullandığım ilaçların yan etkilerine internetten bakarım.	1	2	3	4	5
5. Hastalığımla ilgili internetten formları takip ederim.	1	2	3	4	5
6.Hastalığımla ilgili online dergi ve kitaplarda tarama yaparım.	1	2	3	4	5
Faktör2: Profesyonel sağlık arama	1	2	3	4	5
7. Hastalandığımda hekimine başvuru yaparım.	1	2	3	4	5
8.Hastalığımla ilgili hekimimin yönlendirmesine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
9. Hekimin tavsiye ettiği gıdaları almaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
Faktör3: Geleneksel sağlık arama	1	2	3	4	5
10. Evde bulunan bitkisel ilaçlarla iyileşmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
11. Hastalığım için güvendiğim kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
12. Daha önce aynı hastalığı geçirmiş kişilerin tavsiyelerine dikkat ederim.	1	2	3	4	5

İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) Ölçek İzni



Kime: Buse Önger >

Ynt: Ölçek İzni

Sayın Hocam,
Ölçeği kullana bilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim
Dr. Cem AKBAL

İşeme Bozuklukları Semptom skoru (İBSS)

1. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçırmaz 0	Bazen 1	Günde 1-2 kez 3	Her zaman 5
2. Çocuğunuz gündüz idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Damla-damla 1	Sadece külot ıslak 3	Pantolon tamamen ıslak 5	
3. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyor mu ?	Hayır Kaçırmaz 0	Haftada 1-2 gece 1	Haftada 3-5 gece 3	Haftada 6-7 gece 5
4. Çocuğunuz gece idrar kaçırmıyorsa ne şiddette idrar kaçırmıyor ?	Çamaşırı veya Pijaması ıslanır 1		Yatak ıslanır 4	
5. Çocuğunuz günde kaç kere tuvalete çiş yapmaya gider?	7 den az 0		7 den fazla 1	
6. Çocuğunuz işerken ıknır mı ?	Hayır 0		Evet 4	
7. Çocuğunuz işerken ağrısı olduğunu söyler mi ?	Hayır 0		Evet 1	
8. Çocuğunuz işerken bir başlayıp bir durarak çişini yapar mı?	Hayır 0		Evet 2	
9. Çocuğunuz çiş bitince tekrar tuvalete gidip çişini yapar mı?	Hayır 0		Evet 2	
10. Çocuğunuz aniden çişinin geldiğini söyleyip hızla tuvalete koşuyor mu?	Hayır 0		Evet 1	

Çocukluk Çağı Mesane ve Bağırsak Disfonksiyonu (CBBDQ) Anket İzni

----- Forwarded message -----

Gönderen: GAMZE AYDIN



Buse Oncer

Değerli Hocam, Yanıtınız için çok teşekkür ederiz. Tez çalışmamızdaki yaş sınırlamamızı 5-



GAMZE AYDIN

alıcı ben

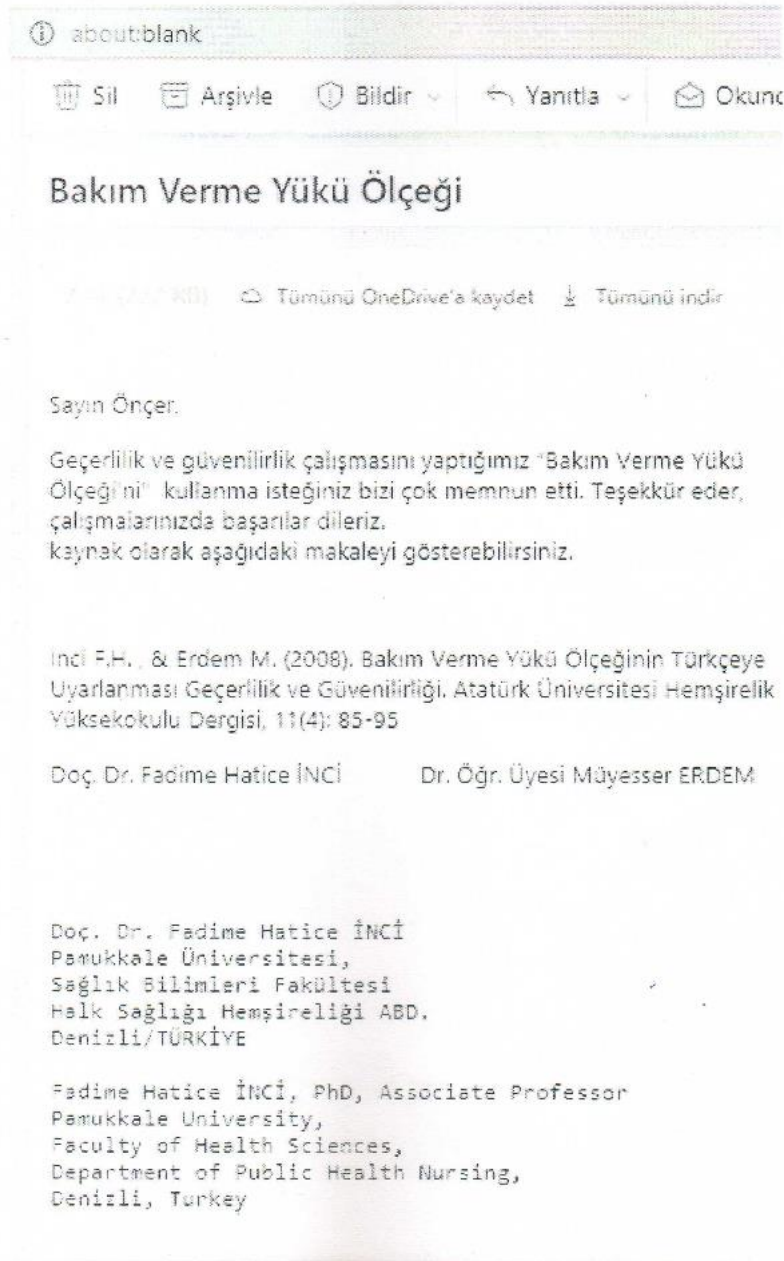
8 gün önce Ayrıntılar



Sayın İlkim Çıtak Karakaya hocam ve Sevgili Buse, Tez çalışmanızda **'The Turkish version of the childhood bladder and bowel dysfunction questionnaire (CBBDQ)'** anketini kullanmanız benim için uygundur. Ekte anketin Türkçe versiyonunu sizinle paylaşıyorum. Tez çalışmanızda başarılar diliyorum.

Saygı ve Sevgilerimle.

Bakım Verme Yüğü (BVY) Ölçek İzni



Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi- Kısa Form (WHOQOL- Bref) Ölçek İzni

Sayın Prof. Dr. İlkin ÇITAK KARAKAYA ,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) ‘ün Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan “Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz”. Araştırmanız sonuçlandıktan sonra boyut skorlarının hesaplanmasını talep etmeniz halinde, verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize gönderdiğinizde en geç 5 gün içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1, q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser

WHOQOL Türkiye İletişim merkezi

Celal Bavar Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı : Buse ULUDAĞ
Yabancı Dili : İngilizce – B Seviye
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) :
Lise : Özel Çukurova Bilfen Anadolu Lisesi (2014)
Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (2018)
Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl : Özel Odak Tıp Merkezi (2018 – 2020)
Aliğa Rehberlik ve Araştırma Merkezi
(2022 – Halen)
Yayımları (SCI ve diğer) :
Diğer Konular :