



**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**

**PELVİK TABAN SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİ  
DEĞERLENDİREN ÜÇ FARKLI TÜRKÇE ÖLÇEĞİN  
PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dilan AYDEMİR**

**MUĞLA-2022**

**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**

**PELVİK TABAN SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİ**  
**DEĞERLENDİREN ÜÇ FARKLI TÜRKÇE ÖLÇEĞİN**  
**PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dilan AYDEMİR**

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

**MUĞLA-2022**

**TEZ ONAYI**

Dilan Aydemir tarafından hazırlanan “Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendiren Üç Farklı Türkçe Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması” 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 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Prof. Dr. İlkim ÇITAK KARAKAYA Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Doç. Dr. Şeyda TOPRAK ÇELENAY Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 24.06.2022

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. Banu BAYAR  
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.

07.07.2022

(İmza)

Dilan AYDEMİR

## ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendiren Üç Farklı Türkçe Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması” 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.

07.07.2022

(İmza)

Dilan AYDEMİR

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince akademik deneyimini, bilgisini ve desteğini paylaşan, tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. İlkim Çıtak KARAKAYA'ya,

Tezin yürütülebilmesi için gerekli uygulama izninin alınmasında yardımcı olan, desteğini hep yanımda hissettiğim kıymetli Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Seçil GÜNAY AVCI'ya,

Tezimin istatistiksel analizinin yapılmasında ve yorumlanmasında bilgi ve yardımını esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet Gürhan KARAKAYA'ya,

Tezimde gönüllü olarak yer alarak çalışmayı destekleyen katılımcılara,

Her konuda ve her zaman manevi desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Bilgesu ÇETİN ve Kübra ÇALIŞKAN'a,

Hayatım boyunca hep yanımda olan, ilgisini, desteğini ve sevgisini her zaman hissettiğim, varlıklarından güç aldığım biricik aileme en içten dileklerimi sunarım.

## PELVİK TABAN SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİ DEĞERLENDİREN ÜÇ FARKLI TÜRKÇE ÖLÇEĞİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

### ÖZET

Çalışmamız pelvik taban sağlığı konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren üç farklı Türkçe ölçeğin (İnkontinans Kısa Testi, Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA) ve Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testinin) psikometrik özelliklerini karşılaştırmak amacıyla planlandı. Çalışmaya 150 kadın (97'si pelvik taban disfonksiyonlu, 53'ü sağlıklı) dahil edildi. Katılımcılara bilgi ölçeklerinin yanı sıra pelvik taban disfonksiyonlu ve sağlıklı grupların belirlenmesi ve ölçeklerin ayırt edici geçerliliğinin test edilmesi amacıyla semptom ölçekleri olan Pelvik Taban Distres Envanteri-20 ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği uygulandı. Bilgi ölçekleri test-tekrar test analizi için bir hafta sonra tekrar dolduruldu (n=55). Ölçeklerin puanları, iç tutarlılığı, test-tekrar test güvenilirliği, yakınsama ve ayırt edici geçerliliği, tamamlanma süreleri, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği, tavan ve taban etkileri karşılaştırıldı. Bilgi ölçeklerinin puanları pelvik taban disfonksiyonlu ve sağlıklı kişilerde benzerdir ( $p>0.05$ ). En düşük iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliğine İnkontinans Kısa Testi sahiptir (Cronbach  $\alpha$ : 0.642; ICC: 0.728). Gruplarda bilgi ölçeklerinin toplam puanları arasında güçlü korelasyon ( $r>0.50$ ,  $p<0.01$ ) görülmüştür. Bilgi ölçekleri ile semptom ölçekleri arasında gruplarda anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Fayda, tamamlama süresi ve kolaylığı açısından bilgi ölçekleri arasında farklılık olup ( $p<0.05$ ); anlaşılabilirlik ve hastalık ile ilişkili bulunma açısından ölçeklerin benzer özellikte olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır. Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testinin tanı ve tedavi alt boyutunda tavan etkisinin olduğu, taban etkisinin ise hiçbir ölçekte veya alt boyutta mevcut olmadığı bulunmuştur. Pelvik taban sağlığı konusundaki üç farklı Türkçe bilgi ölçeğinin kadınlarda bilgi düzeyini ölçmede kullanılacak güvenilir, geçerli, kullanımı kolay, anlaşılır ve az vakit alan ölçekler olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** pelvik taban disfonksiyonu, psikometri, bilgi, ölçek, fizibilite çalışmaları

## **A COMPARISON OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THREE DIFFERENT TURKISH SCALES ASSESSING THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT PELVIC FLOOR HEALTH**

### **ABSTRACT**

This study was aimed to compare the psychometric properties of the three different Turkish scales (Incontinence Quiz, Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire, and Pelvic Floor Health Knowledge Test) which evaluate the level of knowledge on pelvic floor health. A total of 150 women (97 with pelvic floor dysfunction, 53 healthy) were included in this study. In addition to knowledge scales, the symptom scales Pelvic Floor Distress Inventory-20 and Female Sexual Function Index were administered to the participants in order to classify them into pelvic floor dysfunction and healthy groups, and to test the discriminant validity of the scales. Knowledge scales were re-filled one week later for test-retest analysis (n=55). The scores of the scales, internal consistency, test-retest reliability, convergent and discriminant validity, completion time, ease of use, comprehensibility and ceiling-floor effects were compared. The scores of the knowledge scales were similar in patients with pelvic floor dysfunction and healthy individuals ( $p>0.05$ ). Incontinence Quiz has the lowest internal consistency and test-retest reliability (Cronbach's  $\alpha$ : 0.642; ICC: 0.728). There was a strong correlation ( $r>0.50$ ,  $p<0.01$ ) between the total scores of the knowledge scales in the groups. There was no significant relationship between the knowledge scales and symptom scales in the groups ( $p>0.05$ ). There was a difference between the knowledge scales in terms of usefulness, completion time and ease of completion ( $p<0.05$ ); the scales were found to be similar in terms of comprehensibility and relevancy with the dysfunction ( $p>0.05$ ). It was found that there was a ceiling effect in the diagnosis and treatment subscale of the Pelvic Floor Health Knowledge Test, while none of the scale/subscales had a floor effect. It is concluded that the three different Turkish knowledge scales on pelvic floor health are reliable, valid, easy, comprehensible, and less time-consuming scales, which can be used to measure the knowledge level of pelvic floor health in women.

**Keywords: pelvic floor dysfunction, psychometric properties, knowledge, scale, feasibility studies**

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</b> .....	<b>i</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI</b> .....	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Pelvik Taban Yapısı ve Fonksiyonları .....	4
2.2. Pelvik Taban Disfonksiyonu .....	5
2.2.1. Pelvik Organ Prolapsusu .....	5
2.2.2. Üriner İnkontinans.....	6
2.2.3. Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAM).....	7
2.2.4. Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar .....	7
2.2.5. Kronik Pelvik Ağrı (KPA) .....	8
2.2.6. Cinsel İşlev Bozuklukları .....	8
2.2.7. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Prevalansı .....	9
2.2.8. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Risk Faktörleri.....	10
2.2.9. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Yaşam Kalitesine Etkisi .....	10
2.2.10. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Oluşturduğu Ekonomik Yük .....	11
2.3. Pelvik Tabanın Değerlendirilmesi.....	12
2.3.1. Hasta Hikâyesi.....	12
2.3.2. Klinik Gözlem .....	12
2.3.3. Eksternal Dijital Palpasyon .....	13
2.3.4. Dijital Kas Testi.....	13
2.3.5. Elektromyografi (EMG) .....	14
2.3.6. Perineometre.....	14
2.3.7. Anorektal Manometre.....	15
2.3.8. Ultrason .....	15
2.3.9. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) .....	15

2.3.10. Dinamometre .....	15
2.3.11. Ped Testi .....	15
2.3.12. Mesane Günlüğü.....	15
2.3.13. Bağırsak Günlüğü.....	16
2.3.14. Algometre.....	16
2.3.15. Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Kullanılan Hasta Bildirimli Sonuç Ölçümleri.....	16
2.4. Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilginin Önemi ve Değerlendirilmesi .....	17
2.5. Ölçeklerin Psikometrik Özellikleri .....	19
2.6. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri.....	21
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>24</b>
3.1. Araştırma Modeli .....	24
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi .....	24
3.3. Veri Toplama Araçları .....	25
3.3.1. İnkontinans Kısa Testi (İKT) .....	27
3.3.2. Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA).....	27
3.3.3. Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT).....	28
3.3.4. Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20).....	28
3.3.5. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) .....	29
3.4. Veri Toplama Süreci .....	29
3.5. Deneysel Kurgu.....	30
3.6. İstatistiksel Analiz.....	30
3.7. Etik Onay .....	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	31
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
4.1. Fiziksel Özellikler .....	32
4.2. Sosyodemografik Özellikler.....	32
4.3. Alışkanlıklar .....	34
4.4. Kronik Öksürük Durumu .....	35
4.5. Obstetrik Hikâye .....	36
4.6. Menstrual Durum .....	37
4.7. Olguların PTDE-20 ve KCIÖ Puanları .....	38
4.8. Olguların İKT Puanı.....	39
4.9. Olguların PİBA Puanı .....	39
4.10. Olguların PTSBT Puanı .....	39
4.11. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin İç Tutarlılık Analizi .....	40
4.12. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Güvenilirliği.....	42

4.13. Yapı Geçerliliği.....	43
4.13.1. Yakınsama Geçerliliği.....	43
4.13.2. Ayırt Edici Geçerlilik.....	46
4.14. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Tamamlanma Süreleri, Kullanım Kolaylığı ve Anlaşılabilirliği.....	49
4.15. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Tavan ve Taban Etkisi.....	52
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
6.1. Sonuçlar.....	62
6.2. Öneriler.....	63
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>64</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>77</b>
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI.....	77
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI.....	78
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.).....	79
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ.....	95

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**%:** Yüzde

**-:** Yapılmamış

**+:** Yapılmış

**<:** Küçüktür

**>:** Büyüktür

**AAM:** Aşırı Aktif Mesane Sendromu

**BAİ:** Birey Ayırsama İndeksi

**CİB:** Cinsel İşlev Bozukluğu

**cm:** Santimetre

**dk:** Dakika

**EMG:** Elektromyografi

**FIKQ:** Fecal Incontinence Knowledge Questionnaire

**Fİ:** Fekal İnkontinans

**HBSÖ:** Hasta Bildirimli Sonuç Ölçümleri

**ICC:** Intraclass Correlation Coefficient

**IQ:** Incontinence Quiz

**İBS:** İrritabl Bağırsak Sendromu

**İKT:** İnkontinans Kısa Testi

**KCiÖ:** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

**Kg:** Kilogram

**KPA:** Kronik Pelvik Ağrı

**KPI:** Knowledge and Practice Instrument

**KR-20:** Kuder-Richardson-20

**KRADE-8:** Kolorektoanal Distres Envanteri-8

**m:** Metre

**Maks:** Maksimum

**Min:** Minimum

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**MSKÜ:** Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**n:** örneklem büyüklüğü

**Ort:** Ortalama

**p:** anlamlılık düzeyi

**PFAKS:** Pelvic Floor Awareness and Knowledge Survey

**PIKQ:** Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire

**PİBA:** Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi

**PİBA-POP:** Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi Pelvik Organ Prolapsusu Alt Bölümü

**PİBA-Üİ:** Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi Üriner İnkontinans Alt Bölümü

**POP:** Pelvik Organ Prolapsusu

**POPDE-6:** Pelvik Organ Prolaps Distres Envanteri-6

**PTD:** Pelvik Taban Disfonksiyonu

**PTDE-20:** Pelvik Taban Distres Envanteri-20

**PTK:** Pelvik Taban Kasları

**PTS:** Pelvik Taban Sağlığı

**PTSBT:** Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi

**r:** korelasyon katsayısı

**RE:** Rapor Edilmemiş

**SEM:** Standard Error of Measure

**SÜİ:** Stres Tipi Üriner İnkontinans

**t:** t-testi

**UIKS:** Urinary Incontinence Knowledge Scale

**UÜİ:** Urge (Aciliyet) Tipi Üriner İnkontinans

**ÜDE-6:** Üriner Distres Envanteri-6

**Üİ:** Üriner İnkontinans

**VKİ:** Vücut Kitle İndeksi

## ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Olgı akış şeması .....	25
-----------------------------------	----



## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Pelvik taban disfonksiyonlarına yönelik semptom ve yaşam kalitesi ölçekleri.....	17
Tablo 2.2. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin psikometrik özellikleri.....	23
Tablo 4.1. Olguların fiziksel özellikleri.....	32
Tablo 4.2. Olguların sosyodemografik özellikleri.....	33
Tablo 4.2 (Devam). Olguların sosyodemografik özellikleri.....	34
Tablo 4.3. Olguların sigara, alkol ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları.....	35
Tablo 4.4. Olguların kronik öksürük durumları.....	36
Tablo 4.5. Olguların obstetrik hikâyeleri.....	36
Tablo 4.5 (Devam). Olguların obstetrik hikâyeleri.....	37
Tablo 4.6. Olguların menstrual durumları.....	38
Tablo 4.7. Olguların PTDE-20, PTDE-20 alt bölümleri ve KCIÖ puanları.....	38
Tablo 4.8. Olguların PİBA ve alt bölümlerine ait puanları.....	39
Tablo 4.9. Olguların PTSBT ve alt boyutlarına ait puanları.....	40
Tablo 4.10. Olguların İKT, PİBA ve PTSBT'ye verdikleri yanıtta göre iç tutarlılık analizi.....	41
Tablo 4.11. Olguların İKT, PİBA ve PTSBT'nin maddelerinden aldıkları değere göre iç tutarlılık analizi.....	42
Tablo 4.12. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirliği.....	43
Tablo 4.13. Tüm olgularda İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=150).....	44
Tablo 4.14. PTD'li grupta İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=97).....	45
Tablo 4.15. Sağlıklı grupta İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=53).....	46
Tablo 4.16. Tüm olgularda bilgi ve semptom ölçekleri arasındaki ilişki (n=150)...	47
Tablo 4.17. PTD'li (n=97) ve sağlıklı (n=53) gruplarda bilgi ve semptom ölçekleri arasındaki ilişki.....	48
Tablo 4.18. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma süreleri.....	49
Tablo 4.19. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği.....	50
Tablo 4.20. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma sürelerinin, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğinin birbirleriyle karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.20 (Devam). İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma sürelerinin, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğinin birbirleriyle karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.21. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tavan ve taban etkisi.....	53

## 1. GİRİŞ

Pelvik taban yapısı kas, nöral bağlantılar, pelvik taban kaslarının (PTK) liflerini/fasiküllerini çevreleyen fasya (konnektif doku) ve ligamentlerden oluşan, abdominal kavitenin altında kemikli pelvik çıkışı kapatarak bir platform görevi gören yapıdır (DeLancey, 1993; Frawley vd., 2021; Mantle vd., 2004; Messelink vd., 2005). Pelvik taban abdominal ve pelvik organları destekleyerek organların pelvis açıklığından aşağıya doğru düşmesini önler (DeLancey, 1993). Pelvik organ desteğinde, kontraksiyon ve relaksasyonla ilişkili olarak miksiyon, defekasyon, cinsel aktivite, lumbopelvik stabilite ve doğumda PTK rol alır (Bharucha, 2006; Bump ve Norton, 1998; Messelink vd., 2005; Raizada ve Mittal, 2008).

Kadın pelvik taban disfonksiyonu (PTD) üriner inkontinans (Üİ), pelvik organ prolapsusu (POP), aşırı aktif mesane (AAM), fonksiyonel anorektal bozukluklar, kronik pelvik ağrı (KPA) ve cinsel işlev bozuklukları (CİB) dahil olmak üzere çok çeşitli klinik durumları içerir (Haylen vd., 2010). Pelvik tabanla ilişkili disfonksiyonların predispozan faktörleri arasında anatomik, nörolojik, kaslar, konnektif doku ve genetik faktörler yer alırken; risk faktörleri arasında yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), konstipasyon, yüksek parite oranı, vajinal doğum sayısı, sigara, diyabet, önceki histerektomi ve menopoza gibi faktörler bulunmaktadır (Klinge vd., 2005; Lukacz vd., 2006; Sung ve Hampton, 2009).

Türkiye’de 2011-2021 yılları arasında yapılan kadın PTD prevalans çalışmalarında Üİ %14,6-%50,7, fekal inkontinans (Fİ) %19,8, konstipasyon %33,2, POP %27,1-%66,2 ve CİB %39,6-%70,9 arasında rapor edilmiştir (Aytan vd., 2014; Baykuş ve Yenal, 2020; Çayan vd., 2016; Karakaş Uğurlu vd., 2020; Kepenekci vd., 2011; Savas vd., 2020; Tekin vd., 2014; Yağmur ve Gül, 2021; Yıldız vd., 2018).

Semptomatik PTD yaşamı tehdit etmemekle birlikte, iyilik halini olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona, utanca, depresyona özgüven kaybına, enfeksiyonlara, sağlık harcamalarının artmasına ve sağlığın kötüleşmesine neden olmaktadır (Islam vd., 2016; Roberts vd., 1999).

PTD prevalansının yüksek olmasına ve dünya çapında milyonlarca kadını farklı şekillerde (sosyal, mesleki, fiziksel, cinsel, psikolojik, ev içi, ilişki, finansal) etkilemesine rağmen çoğu insan pelvik taban sağlığı (PTS) ve PTD hakkında sınırlı bilgiye sahiptir. Bu bilgi eksikliği kadınların PTD'yi önlemek veya tedavi almak için sağlık hizmeti aramalarını engelleyerek yeterli tedavi alma şanslarını azaltmaktadır (Berzuk ve Shay, 2015; de Freitas vd., 2019; Neels vd., 2016). Bilgi PTK eğitimine uyumun da değiştirici bir faktörü olarak kabul edilmektedir (de Freitas vd., 2019). Neels ve ark. PTK ve PTD hakkında bilgilerin artırılmasının kadınlarda yardım arama davranışını iyileştirebileceğini, tedaviye uyumun artırılabilirliğini ve PTD'nin önlenmesinde de rol oynayabileceğini göstermişlerdir (Neels vd., 2016).

Toplumdaki PTS veya PTD konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren güvenilir ve geçerli ölçekler kısıtlı sayıdadır. Bu ölçekler arasında *Incontinence Quiz (IQ)* (Branch vd., 1994), *Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ)* (Shah vd., 2008), *Pelvic Floor Awareness and Knowledge Survey (PFAKS)* (Burton vd., 2020), *Fecal Incontinence Knowledge Questionnaire (FIKQ)* (Chao vd., 2016), *Urinary Incontinence Knowledge Scale (UIKS)* (Yuan ve Williams, 2010), *Knowledge and Practice Instrument (KPI)* (Saxer vd., 2008) ve Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT) bulunmaktadır (Al-Degeş ve Toprak Çelenay, 2021). PTSBT dışındaki bilgi ölçekleri İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Türkçe versiyonlarının güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmış olan IQ ve PIKQ ölçekleri İnkontinans Kısa Testi (İKT) ve Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA) olarak adlandırılmıştır (Branch vd., 1994; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020; Shah vd., 2008). PTSBT ise Türkçe dilinde geliştirilen, güvenilir ve geçerli olduğu gösterilen tek bilgi ölçeğidir (Al-Degeş ve Toprak Çelenay, 2021). Psikometrik özellikleri incelenmiş olan PFAKS, FIKQ, UIKS ve KPI ölçeklerinin ise toplumumuza uyarlanması çalışmalarına literatürde rastlanmamıştır.

Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarını yapan araştırmacılar tarafından İKT ve PİBA ölçeklerinin; PTSBT'yi geliştiren çalışmacılar tarafından ise bu ölçeğin psikometrik özellikleri rapor edilmiştir (Al-Degeş ve Toprak Çelenay, 2021; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020). Literatürde PTD'ye yönelik bilgi düzeyini inceleyen bu üç ölçeğin psikometrik özelliklerini karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız, PTS ve PTD konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren üç farklı Türkçe ölçeğin (İKT, PİBA, PTSBT) psikometrik özelliklerinin, kullanım kolaylığı ve

anlaşılabilirliğinin, doldurmak için gereken sürenin ve de hastalık semptomlarıyla ilişkilerinin karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

1. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin iç tutarlılıkları (güvenilirlikleri) benzer düzeydedir.
2. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirlikleri benzer düzeydedir.
3. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin yakınsama geçerlilikleri benzer düzeydedir.
4. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin ayırt edici geçerlilikleri benzer düzeydedir.
5. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin puanları arasında fark vardır.
6. İKT, PİBA ve PTSBT ölçekleriyle Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) puanları ilişkili değildir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Pelvik Taban Yapısı ve Fonksiyonları

Pelvik taban mesaneyi, üreme organlarını ve rektumu desteklemek için askı görevi gören, birden çok fonksiyonu olan ve birbirleriyle ilişkili kaslar, nöral bağlantılar, ligamentler ve kas liflerini çevreleyen fasyadan (konnektif doku) oluşur. Dinamik bir platform gibi hareket eden bu yumuşak doku askısı arkada sakrum ve önemli bir ligamentöz ve tendinöz çapa görevi gören koksiksle, önde birbirleriyle eklem yapan ilium, iskium ve pubisten oluşan pelvisin kemikli yapısı ile çevrelenir (Bharucha, 2006; Eickmeyer, 2017; Frawley vd., 2021; Hwang vd., 2021; Raizada ve Mittal, 2008).

Pelvik tabanın birden fazla fonksiyonu vardır. Visseral organların desteklenmesi, kontinansın sağlanması, miksiyonun ve defekasyonun gerçekleşmesi, cinsel aktivite, doğum, postüral kontrol, dik duruş, lumbopelvik stabilite, solunum ve yürüyüş pelvik tabanın işleviyle ilgilidir (Bharucha, 2006; Messelink vd., 2005; Rossetti, 2016; Stoker, 2009). Pelvik tabanın fonksiyonel bütünlüğü birçok yaşamsal faaliyette önemlidir. Bunlar arasında postürün korunması, ambulasyon ve vücudun diğer hareketleri, solunum ile miksiyon ve defekasyonun doğru zamanda ve mekânda yapılması yer almaktadır (Rossetti, 2016).

Pelvik taban destek fonksiyonunun normal olup olmadığı kasların anatomik pozisyonuna, istirahat halindeki PTK'nin aktivitesine (aktif destek) ve konnektif dokunun bütünlüğüne (pasif destek) bağlıdır. Karın içi basıncının artması sırasında pelvik tabanın destek işlevini sürdürmesi için PTK kasılmalıdır. Kas kasılmasıyla birlikte anüs, vajina ve üretra kapanarak üriner veya rektal içeriğin istem dışı kaybı önlenir ve kontinans sağlanır (Bharucha, 2006; Messelink vd., 2005; Raizada ve Mittal, 2008). Kontinans idrar ve feçesin geçici olarak depolanması ile miksiyon ve defekasyonun zamanı ve mekanıyla ilgili istemli kontrol kabiliyetidir. İdrar ve feçesin kontinansı bireyin sosyolojik, psikolojik ve fiziksel refahı için önemlidir (Mantle, 2004). Kontinansın sağlanmasında ilgili organların ve çevredeki dokuların durumu ve bütünlüğünün yanı sıra bireyin genel sağlığı, fiziksel ve zihinsel iyilik hali, mahremiyet ve temizlik gibi çevresel faktörler de rol oynar (Mantle, 2004).

Pelvik taban visseral organları optimal kasılmaya izin verir. Kasılma ve gevşeme ile kas sistemi visseral organlara ilgili işlevlerinde yardımcı olan bir dizi basınç değişikliği yaratır. Pelvik tabanın uygun bir şekilde kasılması cinsel işlev ve cinsel aktiviteye de izin verir. Torasik diyafram inhalasyonla kaudal yönde hareket eder. Bu sırada pelvik diyafram da aynı yönde hareket ederek solunumun daha az dirençle karşılaşmasını sağlar; ekshalasyon sırasında ise tam tersi hareket meydana gelir. Ayrıca solunum sırasında torasik diyafram ve pelvik taban arasındaki ilişki ile pelvik taban ve stabilizasyon kaslarından biri olan transversus abdominis sinerjistik kontraksiyonu postüral kontrolde rol alır (Bordoni vd., 2021).

Pelvik taban fonksiyonlarının sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için PTK ile bölgeyi destekleyen ligament ve fasya yapısının ve de innervasyonu sağlayan periferik, otonomik ve merkezi sinir sisteminin bütüncül olarak işlevselliği gereklidir (Bharucha, 2006; Bump ve Norton, 1998; Wall ve DeLancey, 1991).

## **2.2. Pelvik Taban Disfonksiyonu**

Pelvik taban disfonksiyonu Üİ, POP, AAM, fonksiyonel anorektal bozukluklar, KPA ve CİB dahil olmak üzere çok çeşitli ve genellikle bir arada bulunan klinik durumlar için kullanılan bir terimdir (Haylen vd., 2010).

### **2.2.1. Pelvik Organ Prolapsusu**

Vajinanın ön duvarı, arka duvarı, uterus (serviks) ya da vajinal kubbenin (histerektomi sonrası) birinin veya daha fazlasının aşağıya doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanmıştır (Bump ve Norton, 1998; Haylen vd., 2010). Vajinal kanala mesanenin herniasyonu sistosel, rektumun yer değiştirmesi rektosel, uterusun inmesi uterosel, ince bağırsakların herniasyonu entoresel ve histerektomi sonrası vajinal kubbenin inişi vajinal kaff prolapsusu olarak adlandırılır (Weber vd., 2001; Weber ve Richter, 2005). Prolapsusu olan hastaların birçoğu semptom göstermez ancak semptomatik hastalarda vajinal bölgeden "çıkıntı" veya "aşağı inen bir şey", pelvik basınç, kanama, akıntı, enfeksiyon ve bel ağrısı gibi şikayetler mevcuttur (Bump vd., 1996; Haylen vd., 2010). Semptomlar mesane ve rektumun doluluk durumuna göre değişiklik gösterebilir ve yerçekiminin prolapsusu daha da kötüleştirebileceği zamanlarda (uzun süreli ayakta durma veya egzersizden sonra) daha kötüdür (Haylen vd., 2010; Iglesia ve Smithling,

2017). Yerçekimi faktörü olmadığında Sırtüstü uzanma gibi daha iyidir (Haylen vd., 2010). Pelvik yapıların prolapsusu Üİ, işeme disfonksiyonu, fekal inkontinans, tamamlanmamış boşaltım hissi ve CİB ile ilişkili olabilir (Gowda ve Bordoni, 2021; Iglesia ve Smithling, 2017).

POP etiyojisi çok faktörlüdür. Ancak gebelik ve doğum gibi nedenlerle pelvik desteğin azalması en sık görülen nedenler arasındadır (Iglesia ve Smithling, 2017).

### 2.2.2. Üriner İnkontinans

Üİ hem nesnel olarak gösterilebilen hem de hasta için sosyal veya hijyenik bir sorun olan istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır (Weber vd., 2001). Hastanın şikayetlerine göre alt tipleri vardır. En sık görülen üç ana tip şunlardır (Bump vd., 1996; Haylen vd., 2010; Weber vd., 2001):

Stres tipi üriner inkontinans (SÜİ) hapşırma, öksürme ya da fiziksel aktivite gibi durumlarda oluşan idrar kaçırmadır; urge (aciliyet) tipi üriner inkontinans (UÜİ) ise ertelenmesi zor olan ani ve zorlayıcı işeme hissiyle birlikte oluşan idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Miks tip üriner inkontinans aciliyet ve stres tipi Üİ'nin birlikte görülmesidir.

Üİ etiyojisi çok faktörlü olup gebelik, vajinal doğum, pelvik cerrahi, pelvik organ prolapsusu, nörolojik nedenler, obezite ve yaşlanma ile ilişkilidir. SÜİ etiyojisinde mesane boynu ve üretral hipermobile, intrinsik sfinkter yetmezliği, pelvik tabanın kas, sinir ve konnektif dokusunun hasar görmesi gibi nedenler yer alır (Falah-Hassani vd., 2021). UÜİ mesaneyi kontrol eden detrüsr kasının aşırı kasılmasından veya mesanenin viskoelastik özelliklerinin kaybından kaynaklanan zayıf mesane kompliyansından kaynaklanabilir. UÜİ'nin nedeni nörojenik veya idiyopatik olabilir. Düşük mesane kompliyansına neden olabilen nörolojik süreçler arasında omurilik yaralanması ve multipl skleroz gibi hastalıklar yer alır. Nörojenik olmayan etiyojiler genellikle radyasyon gibi mesane dokusunu değiştiren durumlardır (Hwang vd., 2021).

### **2.2.3. Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAM)**

Enfeksiyon veya başka bir patoloji olmadan UÜİ'nin de görülebildiği gece ve gündüz miksiyon sıklığının artışı ile karakterize bir durumdur (Drake, 2014). Bazı hastalarda mesane kası olan detrusor kasının mesane dolumu sırasında kontrolsüz kasılmaları eşlik edebilir (Drake, 2014).

### **2.2.4. Fonksiyonel Anorektal Bozukluklar**

Fonksiyonel anorektal bozukluklar fonksiyonel defekasyon bozukluklarını da kapsayan spesifik semptomlar ve ayırıcı tanı testleri ile saptanan durumlar olarak tanımlanmıştır (Bharucha vd., 2006). Üç alt tipi vardır: fekal inkontinans (Fİ), fonksiyonel anorektal ağrı ve fonksiyonel defekasyon bozuklukları (Bharucha vd., 2006; Whitehead vd., 1999).

#### **a) Fekal inkontinans**

En az üç ay boyunca tekrarlayan kontrolsüz feçes ve/veya gaz (flatus) çıkışıdır. Dört yaşa kadar normal kabul edilir. Tek başına gaz inkontinansı Fİ'ye dahil edilmeyip anal inkontinans tanımına dahil edilir (Rao vd., 2016; Whitehead vd., 1999). Etiyolojisi çok faktörlüdür; sıklıkla ishale neden olan, kolorektal depolama kapasitesini bozan ve/veya pelvik tabanı zayıflatan durumlarda ortaya çıkar (Rao vd., 2016).

#### **b) Fonksiyonel anorektal ağrı**

İki tip fonksiyonel anorektal ağrı bozukluğu tanımlanmıştır: levator ani sendromu, proktalji fugax (Whitehead vd., 1999).

#### **Levator ani sendromu**

Levator ani sendromu genellikle saatlerce veya günlerce süren, oturma pozisyonunda uzanma ve ayakta durma pozisyonlarına göre daha da kötüleşen, rektumun üstünde belirsiz, donuk bir ağrı veya basınç hissi olarak tanımlanmaktadır (Bharucha vd., 2006; Whitehead vd., 1999). Levator ani sendromu ayrıca levator spazmı, puborektalis sendromu, kronik proktalji, piriformis sendromu ve pelvik gerim miyaljisi olarak da adlandırılır (Whitehead vd., 1999). Levator ani kaslarının spazmı ve palpasyonda solda

sağ tarafa göre daha sık ortaya çıkan pelvik taban veya vajinada hassasiyet görülebilir (Rao vd., 2016).

### **Proktalji fugax**

Proktalji fugax anal bölgede ani, şiddetli ağrının birkaç saniye veya dakika sürmesi ve ardından tamamen kaybolması olarak tanımlanmaktadır. Ataklar seyrek ve hastaların %51'inde yılda beş defadan daha az meydana gelir (Whitehead vd., 1999). Düz kas kasılmalarının neden olabildiği öne sürülmüştür (Rao vd., 2016).

### **c) Fonksiyonel defekasyon bozuklukları**

Fonksiyonel konstipasyon genellikle yavaş kolonik geçiş veya çıkış gecikmesi olarak sınıflandırılır, ancak birçok hastada ya ikisi de bulunmaz ya da her ikisi de vardır (Bharucha vd., 2006). Fonksiyonel defekasyon bozuklukları defekasyon girişimi sırasında (dissinerjik defekasyon) pelvik taban kaslarının paradoksal kasılması veya yetersiz gevşemesi, defekasyon girişimi sırasında yetersiz itici güçler (yetersiz defekasyon itiş) ile karakterizedir (Bharucha vd., 2006). Bu bozukluklar sıklıkla aşırı ıkınma, yetersiz boşaltım hissi ve bağırsak hareketlerinin dijital manevralar (makat çevresine ya da karna itme yapmak) gibi semptomlarla ilişkilidir (Rao vd., 2004).

#### **2.2.5. Kronik Pelvik Ağrı (KPA)**

Pelvik bölgede, karın ön duvarında, umbilikusta veya umbilikus altında, lumbosakral bölgede veya kalçada lokalize, sürekli ya da aralıklı, en az 6 ay süren, menstruasyonla ilişkili olmayan, fonksiyonel kısıtlılık yaratacak veya tıbbi tedavi almayı gerektiren şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır (Fall vd., 2004; Howard, 2003). Alt üriner sistem, seksüel, intestinal, nörolojik, kas-iskelet sistemi sistemi veya jinekolojik disfonksiyonlarla ilişkili olabilen KPA'nın negatif bilişsel, davranışsal, seksüel ve emosyonel sonuçları görülmektedir (Abrams vd., 2003; ACOG, 2020). Ağrı genellikle endometriozis, irritabl bağırsak sendromu, ağrılı mesane sendromu, vulvodini, kötü postür ve duygusal stresler gibi birkaç faktörle birlikte görülebilir (Howard, 2003).

#### **2.2.6. Cinsel İşlev Bozuklukları**

Tipik olarak bir kişinin cinsel olarak yanıt verme veya cinsel tatmin yeteneğinde klinik olarak önemli bir rahatsızlık ile karakterize olan bir bozukluk grubudur. Kadın CİB

arasında orgazm bozukluğu, cinsel istek/uyarılma bozukluğu, genito-pelvik ağrı/penetrasyon bozukluğu (disparoni ve vajinismus) yer almaktadır. Bir birey aynı anda birkaç CİB'ye sahip olabilir. Bu gibi durumlarda tüm işlev bozuklukları teşhis edilmelidir (American Psychiatric Association, 2013).

Etiyolojisinde partner faktörleri (partnerin cinsel sorunları, sağlık durumu vs.), ilişki faktörleri (zayıf iletişim, cinsel aktivite isteğindeki farklılıklar vs.), bireysel hassasiyet faktörleri (zayıf vücut imajı, cinsel veya duygusal istismar öyküsü vs.), psikiyatrik komorbidite (depresyon, anksiyete vs.) veya iş kaybı veya yas gibi stresörler, kültürel veya dini faktörler (cinsel aktivite veya tatmine yönelik yasaklarla ilgili mitler, cinselliğe yönelik tutumlar) ve tıbbi faktörler rol alır (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.2.7. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Prevalansı**

Türkiye'de PTD'ye yönelik çeşitli prevalans çalışmaları mevcuttur. Aytan ve ark. 1320 kadının %27,1'inde en az evre 2 POP; Yıldız ve ark. 40-55 yaş arasındaki 1862 kadının dahil edildiği çalışmada herhangi bir evredeki POP prevalansını %66,2, en az evre 2 POP prevalansını ise %26,2 bulmuşlardır (Aytan vd., 2014; Yıldız vd., 2018). Onur ve ark. 17-80 yaş arasındaki 2275 kadının %46,3'ünde Üİ, semptomu olanların %46'sında SÜİ, %43'ünde UÜİ; Kaplan ve ark. 16327 kadının dahil edildiği çalışmada %43,9 oranında POP, %41,8 oranında SÜİ, %14,3 UÜİ; Kepenekci ve ark. 15-86 yaş aralığındaki 4002 kadının katıldığı çalışmada %19,8 Fİ, %50,7 Üİ, %33,2 konstipasyon saptamışlardır (S. Kaplan vd., 2020; Kepenekci vd., 2011; Onur vd., 2009).

Savaş ve ark. 1176 kadının %29,4'ünde Üİ tespit edip total katılımcıların %41,6'sının 65 yaş üzerinde olduğunu; Karakaş Uğurlu ve ark. kadın CİB, uyarılma, istek, ağrı, tatmin, kayganlaşma ve orgazm bozukluğu prevalanslarını sırasıyla %39,65, %31, %31,3, %17,6, %23,8, %22,7 ve %18,7; Baykuş ve ark. 18 yaş üzerindeki kadınlarda %26,3 Üİ; Çayan ve ark. %52,5 CİB ve %14,6 Üİ; Yağmur ve ark. 40-69 yaş arasındaki kadınlarda Üİ prevalansını %30,1; Tekin ve ark. 18-50 yaş aralığında Doğu Karadeniz bölgesindeki 175 evli kadının katıldığı çalışmada CİB prevalansını %70,9 olarak belirtmişlerdir (Baykuş ve Yenal, 2020; Çayan vd., 2016; Karakaş Uğurlu vd., 2020; Savas vd., 2020; Tekin vd., 2014; Yağmur ve Gül, 2021).

Amerika'nın içinde bulunduğu farklı ülkelerde yapılan kadınların dahil edildiği çeşitli prevalans çalışmalarında en az bir PTD %23,7-%35,3, Üİ %15,7-%26,1, POP %2,9-%16,2 ve Fİ %5,3-%9 aralığında bildirilmiştir (al Edwan vd., 2021; High vd., 2020; Islam vd., 2016; Nygaard vd., 2008).

### **2.2.8. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Risk Faktörleri**

PTD oluşumunda birçok risk faktörü yer almaktadır. PTD riskinin yaşlandıkça, yüksek vücut kitle indeksine (VKİ) bağlı olarak, vajinal yolla doğum yapan kadınlarda hiç doğum yapmayan veya sadece sezaryen ile doğum yapmayan kadınlara kıyasla, paritenin ve doğum sayısının yükselmesiyle arttığı görülmüştür (Kepenekci vd., 2011; Lukacz vd., 2006). Kadınların erken yaşta anne olması, makrozomi, önceki abdominal/pelvik cerrahi öyküsü, zor doğum öyküsü ile PTD artışı belirtilmiştir (Kaplan vd., 2020).

Öksüz ve ark. CİB gelişiminde yaş dışındaki en önemli risk faktörlerinin sigara, menopoz ve diyet şekli olduğunu; Yağmur ve ark. sedanter yaşam tarzının PTK'yi zayıflatarak Üİ gelişimini etkileyebileceğini; Klingele ve ark. POP gelişiminde uzun süren zorlu defekasyonun etkisi olduğunu saptamışlardır (Klingele vd., 2005; Oksuz ve Malhan, 2006; Yağmur ve Gül, 2021).

Sung ve ark. radyasyon, pelvik cerrahi ve doğum gibi tetikleyici faktörlerin pelvik kaslarda ve sinirlerde yaralanmaya neden olabileceğini, Diabetes mellitus'un artan ürolojik komplikasyonlar için bir risk faktörü olduğunu, sigaranın ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının POP gelişimi ile ilişkilendirildiğini, bazı ilaçların etki mekanizmalarına bağlı olarak (örneğin mesane çıkış direncini azaltarak) kadınları pelvik taban bozukluklarına yatkın hale getirebileceğini, oral kontrasepsiyon kullananlarda özellikle UÜİ riskinin arttığını, kafein alımının Üİ'yi şiddetlendirdiğini, menopoz sırasında hipoöstrojenik duruma geçişin vajinal ve üretral mukozada değişikliklere neden olmasıyla PTD riskinin arttığını belirtmişlerdir (Sung ve Hampton, 2009).

### **2.2.9. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Yaşam Kalitesine Etkisi**

Semptomatik PTD yaşamı tehdit etmemekle birlikte, iyilik halini olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona, utanca, depresyona, özgüven kaybına, enfeksiyonlara,

sağlık harcamalarının artmasına ve sağlığın kötüleşmesine neden olmaktadır (Islam vd., 2016; Roberts vd., 1999). Üİ özellikle çocuklar ve yaşlılar için kişinin dışlanmasına, istismar edilmesine, yetersiz bilgilendirilmiş bakıcılardan yetersiz bakım görmesine sebep olmaktadır (Hu, 1990; Mantle, 2004). Bireyler sosyal damgalanma ve / veya utanma sebebiyle tıbbi yardım alma konusunda isteksizdir ve bu bireyler genellikle semptomların rahatsızlığına ve hoşnutsuzluğuna katlanmaktadır (al Edwan vd., 2021). PTD semptomlarından biri olan CİB de hem kadın hem de eşi açısından psikolojik ve ilişkisel sorunlara, yaşam kalitesinde bozulmaya yol açan; boşanma ve aile içi şiddet gibi toplumsal sorunlara da neden olabilen bir problemdir (Aslan ve Fynes, 2008). CİB nedenlerinden biri olan cinsel istismarın kadın sağlığı üzerinde uzun vadeli bir etkisi olmakla birlikte irritabl bağırsak sendromu (İBS), pelvik ağrı ve dispareni gibi diğer PTD tipleriyle ilişkilidir. Cichowski ve ark. cinsel istismar ve kronik pelvik ağrı arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (Cichowski vd., 2013).

#### **2.2.10. Pelvik Taban Disfonksiyonlarının Oluşturduğu Ekonomik Yük**

Ekonomik yük doğrudan tıbbi maliyetler, doğrudan tıbbi olmayan maliyetler, dolaylı maliyetler ve soyut maliyetlerden oluşmaktadır. Doğrudan tıbbi ve tıbbi olmayan maliyetler teşhis, farmakolojik ve diğer tedavilerin maliyetlerini, rutin bakımı ve PTD ile ilgili sonuçları içermektedir. Sonuç maliyetleri arasında UÜİ veya AAM nedeniyle düşmeler ve/veya kırıklar, idrar yolu enfeksiyonları, deri enfeksiyonları veya depresyon sayılmaktadır. Dolaylı maliyetler bakıcı maaşlarını, hastalık nedeniyle iş göremezlik, iş yerinde azalmış performans veya işe devamsızlıktan kaynaklanan işçi üretkenlik kayıplarını içermektedir. Soyut maliyetler yaşam kalitesinin azalması ve psikolojik yük ile ilişkilidir (Onukwugha vd., 2009; Reeves vd., 2006).

Amerika'da 1997 yılında yapılan çalışma sonuçlarına göre POP cerrahisinin doğrudan maliyeti 1012 milyon dolar, vajinal histerektomi için 494 milyon dolar, sistosel ve rektosel onarımı için 279 milyon dolar ve abdominal histerektomi için 135 milyon dolar olarak tespit edilmiştir. Toplam maliyetin %29'unu (298 milyon dolar) hekim hizmetleri ve %71'ini (714 milyon dolar) hastaneye yatış oluşturmuştur (Subak vd., 2001).

Acar ve ark. Türkiye'de şu anda Üİ'nin maliyeti ile ilgili herhangi bir veri veya çalışma bulunmadığını, Türkiye'de Üİ'nin maliyet etkin yönetimi için çalışmalarla hastalığın ekonomik yükünün ulusal düzeyde belirlenmesinin, doğrudan ve dolaylı maliyetlerin ortaya çıkarılmasının, kaynakların doğru ve etkin kullanılmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır (Acar ve Aslan, 2021). Ayrıca PTD ile ilgili diğer semptomların Türkiye'deki maliyet yükü çalışmalarına rastlanmamıştır.

### **2.3. Pelvik Tabanın Değerlendirilmesi**

Hastanın detaylı değerlendirmesi varsayılan bir teşhise ve klinik uygulamaya rehberlik edecek olan tedavi planının düzenlenmesine yardımcı olur. PTK fonksiyonunun ve kuvvetinin değerlendirilmesinde, hasta tarafından bildirilen semptomların/sonuçların sorgulanmasında kullanılan farklı objektif ve sübjektif yöntemler vardır (Frawley vd., 2021). Bu yöntemler hem zaman alır hem de ekonomik yükü vardır.

#### **2.3.1. Hasta Hikâyesi**

Hikâye alma PTD'si olan kadınların tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bir kadının semptomlarını belirlemek için doğru hikâye almak gereklidir. Her semptom, semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi not edilmelidir. Hasta bazı semptomları söylemeye çekinebileceği için detaylı sorgulanmalı ve araştırılmalıdır. Kullandığı ilaçlar, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, geçirdiği cerrahiler, fiziksel aktivitesi, defekasyon ve miksiyon sıklıkları, aciliyet hissi, Valsalva aktiviteleri sırasında kontinansı koruyabilme yeteneği, vajinada ağırlık hissi, bel ağrısı, defekasyon ya da miksiyon için dijital manevra yapma ihtiyacı, pelvik ağrı, menstrual durum, jinekolojik, gastrointestinal, psikososyal ve nörolojik hikaye, kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve tiroid hastalıkları, depresyon, anksiyete, düzensiz uyku, istismar hikayesi ve cinsel travma sorgulanmalıdır (Hwang vd., 2021; Khullar ve Bray, 2017).

#### **2.3.2. Klinik Gözlem**

Vulva, perine ve anüs değerlendirilir. Skar doku, lezyonlar, trofik değişiklikler/atrofi, renk, eritem, şişme ve PTK'nin işlevini etkileyebilecek diğer durumların varlığı not edilir. Vestibülün araka kenarından anterior anal sınıra kadar olan mesafe perineal gövde uzunluğudur. Perineal gövdenin uzunluğunun kaç cm olduğu,

perineal gövdenin pozisyonu, introital boşluk, anüste anahtar deliği deformitesi (arka orta hatta yara) varlığı not edilir (Frawley vd., 2021).

Ayrıca PTK kasılabilme ve gevşeyebilme yeteneğini görmek için hastadan PTK kontraksiyonu istenir. Perineal elevasyon ve perinenin aşağıya doğru inmesi gözlemlenir. Normal durumda kontraksiyon perinenin öne ve içeri doğru hareketine yol açar. Hastadan PTK'yi gevşetmesi istenir. Karın içi basıncı artığında (Valsalva ve öksürük) perine hareketi gözlemlenir (Frawley vd., 2021).

### 2.3.3. Eksternal Dijital Palpasyon

Dermatomal dağılımlarda duyu testi yapılır. Allodini, anestezi, hiperaljezik, hipoaljezik, parestezi varlığı incelenir. Skar dokunun tüm yönlerdeki hareketliliği, tonusun normal, azalmış ya da artmış olduğu, ağrılı veya hassas nokta varlığı, varsa ağrının şiddeti, refleksler değerlendirilir.

Vestibüler doku hassasiyeti için pamuklu çubuk testi yapılır. Bir saat yüzü diyagramı (saat 12 yönü pubik kemik, saat 6 yönü anüs ve koksiks, 1.00-5.00 arası sol taraf, 7.00-11.00 arası sağ taraf) kullanılarak vajinal vestibülün saat 12.00-3.00, 3.00-6.00, 6.00-9.00, 9.00-12.00 kadrantlarına sırayla hafif basınç uygulanır. Ağrı varsa şiddeti ölçülür (Hwang vd., 2021).

### 2.3.4. Dijital Kas Testi

Laycock ve Jerwood tarafından oluşturulan PERFECT sistemi sıklıkla kullanılmaktadır (Laycock ve Jerwood, 2001).

**P: Power:** pelvik taban kaslarının kuvveti Modifiye Oxford Skalası' na göre derecelendirilir.

Modifiye Oxford Skalası

Evre 0. Belirgin kas kontraksiyonu yok.

Evre 1. Muayene edenin parmağının altında bir titreme veya nabız hissedilir. Kontraksiyon süresi bir saniyeden azdır.

Evre 2. Fark edilebilir bir elevasyon olmaksızın gerimde bir artış tespit edilir. Kontraksiyon 1-3 sn arasındadır.

Evre 3. Kas gerimi daha da artar, arka vajinal duvarın elevasyonu vardır.

Evre 4. Vajinanın arka duvarını dirence karşı yükseltebilen, artan gerim ve iyi bir kontraksiyon mevcuttur (arka vajinal duvara uygulanan dijital basınç).

Evre 5. Vajinal arka duvarın elevasyonuna güçlü direnç uygulanabilir; muayene eden parmak sıkılır ve vajinaya çekilir (aç bir bebeğin parmağını emmesi gibi).

**E: *Endurance*:** Maksimum istemli kontraksiyonu yorgunluk oluşmadan önce sürdürebildiği süre saniye cinsinden kaydedilir.

**R: *Repetitions*:** Dört saniyelik dinlenme araları verilerek bireyin yapabildiği maksimum istemli kontraksiyon sayısı kaydedilir.

**F: *Fast*:** 1 saniye kontraksiyon 1 saniye gevşeme şeklinde yapılan 10 tane maksimum istemli kontraksiyonun süresi ya da belirli bir süredeki kontraksiyon sayısı kaydedilir.

***Every Contraction Timed*:** Yukarıdakilerin süresini kaydetmek için bir hatırlatmadır.

Ayrıca pelvik taban kaslarıyla eş zamanlı olarak alt abdominal kasların da kasılması, öksürmeyle eş zamanlı pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması, istemli ve istemsiz gevşeyebilmesi, ağrı ve hassasiyet incelenir (Messelink vd., 2005).

### **2.3.5. Elektromyografi (EMG)**

Kas lifi membranlarının depolarizasyonu tarafından üretilen elektriksel potansiyellerin kaydıdır. Pelvik taban kas çalışmalarını rapor eden araştırmacılar hastanın pozisyonunu, elektrot tipini, vajinanın kurulumunu ve kullanılan kayıt ekipmanını belirtmelidir (Messelink vd., 2005).

### **2.3.6. Perineometre**

Sıkma basıncını kaydetmek için tasarlanmıştır. Bu basınç kas kuvveti hakkında bilgi verir. Hem değerlendirmede hem de egzersizleri sırasında hastaya rehberlik etmede

ve istenen sonuca ulaşılan kadar devam etmesini teşvik etmede görsel bir yardımcı olarak kullanılmaktadır (Kegel, 1948).

### **2.3.7. Anorektal Manometre**

Kontinans mekanizmalarını değerlendirir. Şişkinlik hissi ve acil dışkılama için gerekli rektal hacim, rektal kompliyans, eksternal anal sfinkterin istemli kasılmaları ve anal kanaldaki dinlenme basıncı incelenebilir (Whitehead vd., 1999).

### **2.3.8. Ultrason**

Pelvik taban kaslarının morfolojisini ölçmede, PTK fonksiyonunu veya karın içi basınçtaki artışın (sıkma, öksürme, hapşırma veya bacak kaldırma) mesane üzerindeki etkisini çeşitli yaklaşımlardan (transperineal, transabdominal) ölçmede kullanılır (Whittaker vd., 2007).

### **2.3.9. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Pelvik taban kasları ve bunların yaralanmaları doğrudan görülebilmektedir. Pelvik tabandaki fonksiyonel ve anatomik ilişkiler, PTD'nin arkasındaki patofizyolojik mekanizmalar EMG ve MRG'nin birlikte kullanılmasıyla gösterilebilir (Aukee vd., 2004).

### **2.3.10. Dinamometre**

Dinametreler değerlendiriciden bağımsız olarak bir kas kontraksiyonu sırasında açığa çıkan kuvveti doğru bir şekilde ölçerler (Dumoulin vd., 2004).

### **2.3.11. Ped Testi**

Kullanılan perineal pedlerin (test öncesi ve sonrası tartılan) ağırlığındaki artışı ölçerek test süresi boyunca kaçırılan idrar miktarının belirlenmesidir. İnkontinansın şiddeti konusunda fikir verir (Abrams vd., 2003).

### **2.3.12. Mesane Günlüğü**

İşeme ve işeme hacimlerini, inkontinans epizodlarını, ped kullanımını ve sıvı alımını, aciliyet derecesi ve inkontinans derecesi gibi diğer bilgileri kaydeder (Abrams vd., 2003).

### **2.3.13. Bağırsak Günlüğü**

Aciliyeti, Fİ'yi (miktar, kıvam), gaz inkontinansını, ped kullanımını (değişiklikler, kirlilik derecesi), tuvalette ıkınma/zorluk/zamanı, başarısız dışkılama girişimlerini, yardımcı önlemleri (örn. dijital stimülasyon, manuel boşaltım), ilaç kullanımını (laksatif vb.), diyet ve sıvıları (tür ve/veya zamanlama) kaydeder (Sultan vd., 2017).

### **2.3.14. Algometre**

Künt basınç uygulamasına verilen ağrı yanıtını değerlendirmek için kullanılan testtir. Ağrı eşiğini ve ağrı toleransını değerlendirmek için kullanılır (Frawley vd., 2021).

### **2.3.15. Pelvik Taban Disfonksiyonlarında Kullanılan Hasta Bildirimli Sonuç Ölçümleri**

Hasta bildirimli sonuç ölçümleri (HBSÖ) “hastanın sağlık durumuna ilişkin yanıtının bir klinisyen veya başka biri tarafından yorumlanmadan doğrudan hastadan gelen rapor” olarak tanımlanmaktadır (FDA, 2006). HBSÖ semptom sıklığı, semptom rahatsızlığı veya sağlıkla ilgili yaşam kalitesi gibi hastalık ve terapötik etkinin farklı yönlerini ölçer (FDA, 2006). PTD'ye yönelik birçok semptom ve yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan ölçekler Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.1. Pelvik taban disfonksiyonlarına yönelik semptom ve yaşam kalitesi ölçekleri**

<b>Semptom Ölçekleri</b>
Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (Toprak Çelenay vd., 2012)
Global Pelvik Taban Rahatsızlık Ölçeği (Doğan vd., 2016)
İnkontinans Şiddet İndeksi (Uyar Hazar ve Şirin, 2008)
Michigan İnkontinans Şiddet İndeksi (Sargın vd., 2016)
Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (Gökkaya vd., 2012)
Aşırı Aktif Mesane-V8 (Tarcın vd., 2012)
Aşırı Aktif Mesane Semptom Skoru (Culha vd., 2019)
Avustralya Pelvik Taban Anketi (Sarıbrahim Astepe ve Köleli, 2019)
Wexner Ölçeği (Cam vd., 2011)
Fekal İnkontinans Şiddet İndeksi (Kucukbas vd., 2016)
Pelvik Organ Prolapsus Semptom Skoru (Özengin vd., 2017)
Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (Turan vd., 2017)
Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (N. Kaya ve Turan, 2011)
Kabızlık Risk Değerlendirme Ölçeği (Kutlu vd., 2011)
Kadın Genitoüriner Ağrı İndeksi (Seyran, 2018)
Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (Aygın ve Eti Aslan, 2005)
Kadın Cinsel Sıkıntı Skalası (Kıtiş vd., 2019)
Pelvik Organ Prolapsusu / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Ölçeği -12 (Cam vd., 2009)
<b>Yaşam Kalitesi Ölçekleri</b>
Pelvik Taban Etki Anketi -7 (Balkanlı Kaplan vd., 2012)
İnkontinans Etki Ölçeği-7 (Cam, Sakalli, Ay, Cam, vd., 2007)
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Eyigor vd., 2010)
King's Sağlık Anketi (S. Kaya vd., 2015)
Contilife Yaşam Kalitesi Ölçeği (Orhan vd., 2019)
Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Dedeli vd., 2009)
Kronik Konstipasyon Hasta Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (Bengi vd., 2015)
Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği (Cam, Sakalli, Ay, Aran, vd., 2007)
Pelvik Ağrı Etki Anketi (Kurt, 2020)

#### **2.4. Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilginin Önemi ve Değerlendirilmesi**

PTD prevalansının yüksek olmasına ve dünya çapında milyonlarca kadını farklı şekillerde (sosyal, mesleki, fiziksel, cinsel, psikolojik, ev içi, ilişki, finansal) etkilemesine rağmen çoğu insan pelvik taban sağlığı ve disfonksiyonları hakkında sınırlı bilgiye

sahiptir. Bu bilgi eksikliği kadınların PTD'yi önlemek veya tedavi almak için sağlık hizmeti aramalarını engelleyerek yeterli tedavi alma şanslarını azaltmaktadır (Berzuk ve Shay, 2015; de Freitas vd., 2019; Neels vd., 2016).

PTK hakkında bilgi kadınların kendi bedenlerini tanımaları için önemlidir, sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedavilerin anlaşılmasını kolaylaştırır. PTD'li hastaların tedavisinde iletişim ve bilgi esastır. Önerilen tedavi hakkında hastalardan onam alınması, katılımın artması, kaygının azalması, hastalık hakkında bilgi birikiminin artması ve elde edilen sonuçlardan hastaların memnuniyetinin sağlanarak terapötik başarı şansını artırabilecek konularda doğru bilgi önemlidir. Pelvik taban ile ilgili bu bilginin hekimler ve fizyoterapistler tarafından PTK eğitimi, davranış değişikliği ve eğitim seminerleriyle artırıldığı gösterilmiştir (Fante vd., 2019).

Bilgi tedaviye uyumun değiştirici bir faktörüdür (de Freitas vd., 2019). Pelvik taban hakkında bilginin artırılmasının kadınlarda yardım arama davranışını iyileştirebileceğini, tedaviye uyumun artırılabilirliğini ve PTD'nin önlenmesinde de rol oynayabileceği gösterilmiştir (Neels vd., 2016). Dunbar ve ark. PTS hakkında toplum eğitimi için fırsat oluşturulması gerektiğini, tüm kadınlara yaşam boyu PTS'yi korumak için gereken bilgiyi sağlayan en etkili ve verimli müdahaleleri bulmak için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (Dunbar vd., 2011).

Pelvik taban konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren çalışmalar yapılmasına rağmen güvenilir ve geçerli ölçek sayısı kısıtlıdır. *Incontinence Quiz (IQ)* (Branch vd., 1994), *Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ)* (Shah vd., 2008), *Pelvic Floor Awareness and Knowledge Survey (PFAKS)* (Burton vd., 2020), *Fecal Incontinence Knowledge Questionnaire (FIKQ)* (Chao vd., 2016), *Urinary Incontinence Knowledge Scale (UIKS)* (Yuan ve Williams, 2010), *Knowledge and Practice Instrument (KPI)* (Saxer vd., 2008) ve PTSBT (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021) bilgiyi değerlendiren psikometrik özellikleri incelenmiş ölçekler arasındadır. IQ ve PIKQ İngilizce olarak geliştirilmiştir ve Türkçe versiyonlarının güvenilir ve geçerli oldukları gösterilmiştir (Branch vd., 1994; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020; Shah vd., 2008). PTSBT Türkçe olarak geliştirilmiş, güvenilir ve geçerli bir ölçektir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021). PFAKS, FIKQ, UIKS ve KPI ölçeklerinin güvenilir ve geçerli Türkçe versiyonu bulunmamaktadır.

## 2.5. Ölçeklerin Psikometrik Özellikleri

Sağlıkla ilgili HBSÖ'nün psikometrik özelliklerinin yüksek metodolojik kaliteye sahip araştırmalar tarafından ortaya koyulması gereklidir (Mokkink vd., 2010). Uygun bir ölçüm aracının seçilmesi aracın önerilen kullanımına, ölçülecek kavrama, güvenilirlik ve geçerlilik gibi psikometrik özelliklerine, gereksinimlere, katılımcıların sorumluluklarına ve mevcut ölçüm araçlarının maliyetine bağlıdır (Mokkink vd., 2006).

### Güvenilirlik

Güvenilirlik bir ölçümün aynı katılımcı üzerinde farklı zamanlarda tekrarlandığında benzer sonuçlar üretme kabiliyetini ifade eder. Aynı koşullarda aynı bireylere uygulandığında farklı sonuçlar ortaya çıkıyorsa ölçeğin güvenilirlik derecesi düşüktür. Güvenilirlik ölçütleri arasında iç tutarlılık, test-tekrar test tutarlılığı ve ölçümcü güvenilirliği bulunmaktadır (Terwee vd., 2007).

İç tutarlılık güvenilirliğin bir ölçüsüdür ve maddeler arasındaki ilişkinin ne kadar iyi olduğunu gösterir. Cronbach's alfa katsayısı iç tutarlılık güvenilirliğini değerlendirmek için kullanılır, yüksek alfa değeri daha fazla korelasyona işaret eder (Terwee vd., 2007).

Test-tekrar test güvenilirliği (tekrarlanabilirlik) güvenilirliği bir ölçümün zaman içindeki stabilitesini değerlendirmektedir ve anket geliştirme sürecine dahil edilmektedir. Test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için aynı hasta anketi başlangıçta ve semptomların etkisinin değişmesi muhtemel olmayan bir süre sonra (örneğin birkaç gün veya hafta) tekrar doldurur. Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC-intraclass correlation coefficient) ve Spearman korelasyon katsayısı tekrarlanabilirliği göstermek için kullanılır. Sınıf içi korelasyon katsayısının en az 0.70 olması iyi bir test-tekrar test güvenilirliğini gösterir (Diaz vd., 2017).

Ölçümcü güvenilirliği bir ölçüm farklı gözlemciler tarafından uygulandığında puanların iyi korelasyon göstermesidir. Gözlemciler arası güvenilirliğin gösterilmesi kendi kendine uygulanan anketler için gerekli değildir ancak gözlemci derecelendirmelerine dayalı araçlar için gereklidir. Puanlayıcılar arasında 0.80 veya daha yüksek bir korelasyon gözlemciler arası güvenilirliğin iyi olduğunu gösterir (Diaz vd., 2017).

## Geçerlilik

Geçerlilik bir aracın ölçmeyi amaçladığı şeyi ölçme yeteneğini ifade eder. Bir ölçü kullanılacağı her bir özel durum veya sonuç için geçerli olmalıdır. Bir ölçeğin geçerliliği sadece kendisiyle belirlenemez. Ölçeğin kullanılış amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır (Ercan ve Kan, 2004).

Geçerliliğin düşük bulunması sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir. Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanmalıdır. Aynı zamanda geçerli olan bir ölçek güvenilir olmayabilir (Ercan ve Kan, 2004).

Kapsam geçerliliği, yakınsama geçerliliği, ayırt edici geçerlilik ve kriter geçerliliği bir anketin geçerli olması için gereklidir. Kapsam (içerik) geçerliliği anketin ölçmeyi amaçladığı içeriğin kapsamını yakalayıp yakalamadığına ilişkin yapılan değerlendirmedir. Örneklem geçerliliği olarak da bilinir. Örneğin belirli bir hastalığa özgü semptom şiddeti ölçeği bu hastaların sahip olduğu semptomları kapsamalıdır (Streiner vd., 2014).

Yakınsama geçerliliği anketin ölçmeyi amaçladığı teorik yapıyı ölçüp ölçmediğinin nicel bir değerlendirmesidir. Yakınsama geçerliliği bir anketin benzer kavramlar veya değişkenlerle daha güçlü ilişkileri olup olmadığını gösterir. En yakından ilişkili olduğu yapılarla daha güçlü ilişki, daha az ilişkili yapılarla ise daha zayıf ilişki görülmelidir (Streiner vd., 2014).

Ayırt edici geçerlilik anketin bilinen gruplar (örneğin: hafif, orta veya şiddetli hastalığı olanlar) arasında ayırım yapıp yapamayacağını gösterir. İlişkili olmaması gereken yapılar arasında bir ilişki bulunmaması, ölçeğin ayırt edici geçerliliğinin bulunduğuna işaret eder (Streiner vd., 2014).

Kriter (ölçüt bağımlı) geçerliliği yeni anket ile kabul edilen bir referans veya altın standart arasındaki korelasyonu yansıtır. Kriter geçerliliğini oluşturmadaki zorluklardan biri altın standart bir ölçümün mevcut olmamasıdır. Mevcut bir ölçü ile ölçüt geçerliliği oluşturulabildiğinde korelasyon 0.40 ile 0.70 arasında olmalıdır; 1.0'a yaklaşan

korelasyonlar yeni anketin altın standart ölçüye çok benzer olabileceğini ve bu nedenle gereksiz olabileceğini göstermektedir (Streiner vd., 2014).

Ayrıca tavan ve taban etkisi de incelenebilir. Katılımcıların %15'inden fazlası mümkün olan en yüksek veya en düşük puanı elde ederse sırasıyla tavan veya taban etkisinin mevcut olduğu kabul edilmektedir. Bu etkinin mevcut olduğu durumlar mümkün olan en düşük veya en yüksek puana sahip hastalar birbirinden ayırt edilemediği için güvenilirliğin azaldığını ve sınırlı içerik geçerliliğini göstermektedir (Terwee vd., 2007).

## 2.6. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin yapılan araştırmalarda verilen psikometrik özellikleri Tablo 2.2'de belirtilen kriterlere göre incelenip verilmiştir. PİBA'nın Üriner İnkontinans (PİBA-Üİ) ve Pelvik Organ Prolapsusu (PİBA-POP) olmak üzere iki alt bölümü bulurken; PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon, risk ve etiyoloji, tanı ve tedavi olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

Verilen tabloya göre Türkçe versiyonlarında en düşük iç tutarlılık değerine PİBA'nın alt bölümleri sahipken en yüksek iç tutarlılığa PTSBT'nin sahip olduğu görülmektedir. PTSBT'nin test-tekrar test güvenilirliği Türkçe versiyon çalışmasında incelenmemiş olup diğerleri arasında en yüksek güvenilirliğe PİBA'nın Üİ alt boyutunun sahip olduğu görülmüştür. Standart ölçüm hatası hiçbir ölçekte görülmeyip PTSBT ve alt faktörleri için standart hata değerleri verilmiştir.

Geçerlilik incelendiğinde uzman görüşü ile yüz ve dil geçerliliği sağlandığı belirtilmiştir. Altın standart test olmadığı için İKT ve PTSBT ölçeklerinde yakınsama geçerliliğine bakılmadığı ifade edilirken; PİBA ve alt faktörleri için İKT ile bakılmıştır. Ayırt edici geçerliliğin İKT için incelenmediği ancak PİBA ve PTSBT için PTD'ye yönelik sorular veya semptom ölçekleri ile incelendiği belirtilmiştir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2019, 2021; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020).

Fizibilite kapsamında bakıldığında anlaşılabilirliğin her bir ölçek ve alt boyutu için raporlandığı belirlenmiştir. Ölçeği tamamlama süresinin sadece İKT çalışmasında incelendiği ancak onun da hem katılımcılara dair bilgi formu hem de İKT ile toplam

değerlendirmenin süresinin verildiği (10 dk) görülmüştür (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020). Tavan ve taban etkisine sadece PTSBT ve alt faktörleri için bakıldığı; taban etkisinin her biri için %15'in üzerinde olduğu, tavan etkisinin PTSBT'nin tanı ve tedavi boyutunda mevcut olduğu raporlanmıştır (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021).

Bu çalışma İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin kadın hastalıkları ve doğum kliniğine ayaktan başvuran hastalar ve hasta yakınları (kadın) üzerinde incelenerek ölçeklerin psikometrik özellikler, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği, doldurma için gerekli süre gibi özelliklerinin ve de hastalık semptomlarıyla ilişkilerinin karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır. Ayrıca bu çalışma literatürde PTS ve PTD konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren bu üç farklı ölçeğin psikometrik özellikler, anlaşılabilirlik, kullanım kolaylığı ve doldurma için gereken süre (fizibilite) gibi özellikler bakımından karşılaştırıldığı ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

Tablo 2.2. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin psikometrik özellikleri

	n	İç tutarlılık	Test-tekrar test	Ölçmenin standart hatası (SEM)	Yüz geçiriliği ve Dil geçiriliği	Faktör Analizi	Yakınsama Geçiriliği	Ayrırt Edici veya Bilinen Grup Geçiriliği	Hipotez Testi	Taban ve Tavan Etkisi	Fizibilite Stire	Fizibilite Anlaşılrlık
İKT	150	0.80	Spearman: 0.83-0.94	-	+	+	-	-	RE	-	-	0.92
PİBA	206	-	ICC: 0.878	-	+	-	İKT	+	RE	-	-	0.95
PİBA-Üİ	206	<u>0.754</u>	<u>ICC: 0.949</u>	-	+	-	İKT	+	RE	-	-	0.95
PİBA-POP	206	<u>0.754</u>	ICC: 0.911	-	+	-	İKT	+	RE	-	-	0.95
PTSBT	370	<u>0.926</u>	-	Standart hata	+	+	-	+	+	%30.3- %3.2	-	%93.61
PTSBT-Fonksiyon/disfonksiyon	370	0.890	-	Standart hata	+	+	-	+	+	%33.0- %9.7	-	%93.61
PTSBT-Risk/eti-yoloji	370	0.920	-	Standart hata	+	+	-	+	+	%32.2- %7.0	-	%93.61
PTSBT-Tam/ tedavi	370	0.924	-	Standart hata	+	+	-	+	+	%34.1- %15.1	-	%93.61

n: örneklem sayısı; İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-POP: Prolaps ve İnkontinans Alt Bölümü; PİBA-Üİ: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi Üriner İnkontinans Alt Bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; ICC: Intraclass correlation coefficient; +: yapılmış; -: yapılmamış; RE: rapor edilmemiş.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Çalışmamız İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin psikometrik özelliklerini karşılaştırmayı amaçlayan prospektif, gözlemsel ve kesitsel bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma özel bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde (İstanbul) yürütüldü. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve kliniğe başvuran hastalar ve hasta yakınları (kadın) katıldı. Çalışma için gereken örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G\*Power 3.1 yazılımı kullanılarak ( $r=0.30$  orta düzeyde ve çift yönlü, alfa seviyesi= $0.05$  ve güç= $0.95$ ) en az 138 katılımcıdan veri toplanması gerektiği görüldü (Faul vd., 2007). Bu sayı göz önünde bulundurularak 150 katılımcıdan veriler toplandı. Katılımcılardan 55 kişiye tekrar test uygulandı; 95 kişiye işten izin alamama, pandemi nedeniyle kliniklere zorunlu haller dışında gitmeme, ölçeği ikinci kez doldurmak istememe vb. nedenlerle uygulanamadı (Şekil 3.1.).

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun katılımcılara semptom ölçekleri olan PTDE-20 ve KCIÖ de uygulanmıştır. PTDE-20'nin üç alt faktörünün her biri için alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan 100'dür. Katılımcıların aldığı puan 0-25 arasında ise "0: sağlıklı", 25'in üzerinde ise "1: alt faktöre ait disfonksiyon var" olarak sınıflandırılmıştır. KCIÖ için toplam puan 22.7'nin üzerindeyse "0: normal cinsel işlev", puanı  $\leq 22.7$  ise "1: cinsel işlev bozukluğu" olarak gösterilmiştir (Cayan vd., 2004). Üç alt faktör ve KCIÖ'den aldığı değerlerin hepsi "0" ise "sağlıklı", herhangi birinden aldığı değer "1" ise "PTD var" şeklinde gruplama yapılmıştır. Bunun sonucunda 97 kişide PTD olduğu, 53 kişinin sağlıklı olduğu; ayrıca tekrar test uygulanan 55 kişinin 39'unun PTD'li olduğu ve 16'sının sağlıklı olduğu belirlenmiştir.

*Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:*

1. 18 yaşından büyük kadın olmak
2. Türkçe okuyup yazabilmek, iletişim kurabilmek

3. Çalışmanın yapılacağı kuruma ayaktan hasta veya hasta yakını olarak başvurmak

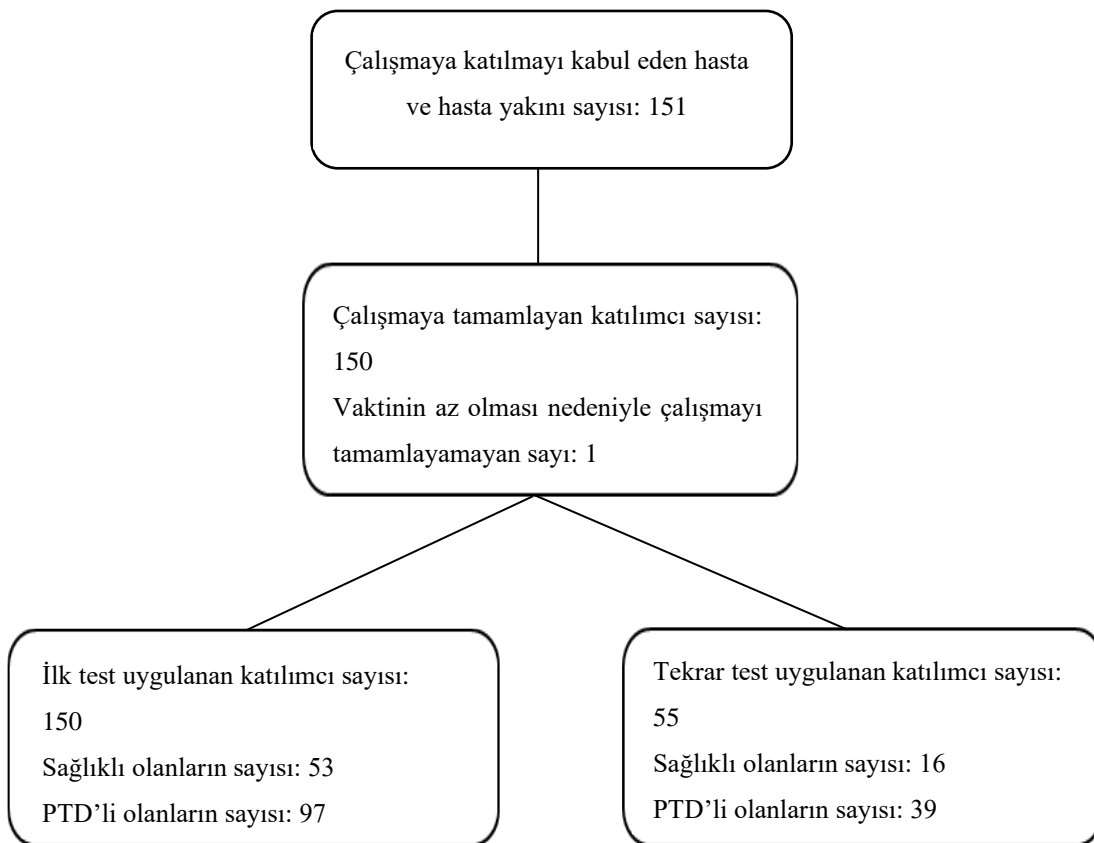
*Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri:*

1. Çalışmaya katılımı engelleyebilecek düzeyde görsel, işitsel ve bilişsel problemlere sahip olmak

2. Nörolojik kökenli PTD'ye sahip olmak (multiple skleroz, medulla spinalis yaralanması)

3. Gebe olmak

4. Son altı ay içerisinde doğum yapmış olmak



**Şekil 3.1. Olgu akış şeması**

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Kadınların yaşı (yıl), boy uzunluğu (m), vücut ağırlığı (kg) ve vücut kitle indeksi ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) fiziksel özellikler olarak; medeni hali (evli, bekar, diğer), eğitim düzeyi (okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite), mesleği (ev hanımı/emekli, sağlık çalışanı,

ofis çalışanı, eğitim çalışanı, serbest meslek, işçi ve saha çalışanı), çalışma durumu (çalışmıyor, yarı zamanlı çalışıyor, tam zamanlı çalışıyor), gelir-gider dengesi (gelir giderden fazla, gider gelirden fazla, gelir ve gider eşit) sosyodemografik özellikler olarak kaydedildi (Ek 3).

Kadınların gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum şekli (vajinal, sezaryen, her iki doğum şekli) ve son doğumdan bu yana geçen süre (yıl), küretaj ve abortus sayısı, menstrual durumla ilgili bilgileri (düzenli adet, düzensiz adet, menopoz); kronik öksürük (var/yok), düzenli sigara kullanımı (var/yok), düzenli alkol alımı (var/yok) ve düzenli egzersiz alışkanlıkları (haftada en az 5 gün, 30'ar dk olacak şekilde: var/yok) (O'Donovan vd., 2010) sorgulandı (Ek 3).

Katılımcılara İKT, PİBA ve PTSBT ölçekleri psikometrik özellikleri karşılaştırmak amaçlı uygulandı. Ayrıca bu ölçeklerin ayırt edici geçerliliğini test etmek amacıyla hem tüm olgularda hem de PTSD'si olan ve sağlıklı olgular arasında semptom şiddetini değerlendiren PTDE-20 ve KCIÖ kullanıldı (Ek 3).

Ölçeklerin kullanımı ya da anlaşılabilirliği zor ise katılımcılar ölçeği doldurmayabilir veya bazı maddeleri yanıtlamayabilirler. Yanıt vermeme oranı yüksekse ölçeğin geçerliliği zayıf olabilir (Fitzpatrick vd., 1998). Bu nedenle psikometrik özellikleri karşılaştırılacak olan ölçeklerin sonuna kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği değerlendirmek amacıyla standart bir form (Dias vd., 2008) eklendi. Standart form dört maddeden oluşmaktadır ve numerik derecelendirmeye göre "1" ile "10" arasında değerlendirilmektedir. Birinci madde "Bu ölçeğin: 1= anlaşılması çok kolay/10= anlaşılması çok zor", ikinci madde "Bu ölçeğin: 1= tamamlanması çok kolay/10= tamamlanması çok zor", üçüncü madde "Bu sorular 1= çok faydalı/10= hiç faydalı değil", dördüncü madde "Bu sorular 1= hastalığımla çok ilişkili/10= hastalığımla hiç ilişkili değil" biçimindedir (Ek 3).

Fizibilite HBSÖ'nün amaçlanan kullanım durumunda zaman veya para gibi kısıtlamalar göz önüne alındığında (örneğin; tamamlanma süresi, bir ölçüm aracının maliyeti gibi) kullanım kolaylığı olarak tanımlanmaktadır (Mokkink vd., 2018). Fizibiliteyi değerlendirmek amacıyla İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerini tamamlamak için geçen süre (dk) mobil telefon kronometresi ile ölçüldü (Ek 3).

Kullanılacak ölçeklerin hepsi açık erişimli olup çalışmada kullanılmasına yönelik izinler PTSBT, KCIÖ ve PTDE-20 ölçeklerinin araştırmacılarından alınmıştır (Ek 3). İKT ve PİBA ölçeklerinin araştırmacısı bu çalışmada da bulunduğu için ayrıca izin alınmamıştır.

### **3.3.1. İnkontinans Kısa Testi (İKT)**

Kara ve ark. (2017) tarafından pelvik taban sağlığıyla ilgili toplumumuza kazandırılan güvenilir ve geçerli ilk bilgi testidir (Kara vd., 2018). Branch ve ark. (1994) İKT'yi tasarlamışlardır (Branch vd., 1994). Her bir soru için yanıt "katılıyorum", "katılmıyorum" ve bilmiyorum" olarak işaretlenmektedir. Testteki doğru ifadelerden altı tanesine (1.,4.,6.,8.,10. ve 11. maddeler) verilen yanıt "katılıyorum", geriye kalan sekiz tanesi (2.,3., 5., 7., 9., 12., 13. ve 14. maddeler) için ise yanıt "katılmıyorum" olmalıdır. Yanlış ve bilmiyorum cevapları için "0", doğru cevap için "1" puanlaması yapılmaktadır. Doğru yanıtların toplam sayısına göre 0- 14 ya da %0- %100 arasında puanlama yapılmakta; yüksek puan bilgi düzeyinin yüksek olduğunu ve Üİ'ye karşı daha fazla pozitif tutum sergilendiğini göstermektedir (Branch vd., 1994; Kara vd., 2018).

### **3.3.2. Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi (PİBA)**

Korkut ve ark. (2020) tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği gösterilmiştir (Korkut vd., 2020). Shah ve ark. (2008) tarafından tasarlanan PİBA iki ayrı alt faktörden (PİBA-Üİ ve PİBA-POP) ve her faktör 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru için "katılıyorum", "katılmıyorum" ve "bilmiyorum" seçenekleri vardır. Her bir ölçek maddesine doğru yanıt verildiğinde "1", doğru yanıtlanmadıysa "0" puan; ayrıca "bilmiyorum" cevabının eldeki soru hakkında bilgi eksikliğini ima ettiği varsayımına dayanarak "bilmiyorum" cevabını veren hastalara "0" puan verilmektedir. Böylece her faktör için "0" en düşük, "12" en yüksek puanı ifade etmektedir. Yüksek puan bilgi düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir (Shah vd., 2008). PİBA-Üİ ölçeğinde doğru yanıtlar 1, 3, 4, 8 ve 10 numaralı ifadeler için "katılmıyorum", geriye kalan ifadeleri için ise "katılıyorum" olmalıdır. PİBA-POP ölçeğinde doğru yanıtlar 1, 7, 10 ve 12 numaralı ifadeler için "katılmıyorum", geriye kalan ifadeleri için ise "katılıyorum" olmalıdır (Korkut vd., 2020).

### 3.3.3. Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi (PTSBT)

Bireylerin PTD ile ilgili bilgi düzeyini sorgulayan testlerin yetersiz olması, koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekli programların oluşturulması, hastaların farkındalık düzeylerinin artırılarak PTS'nin korunması hedeflenerek Al-Deges ve Toprak Çelenay (2021) tarafından PTSBT Türkçe olarak geliştirilmiş ve bu testin güvenilirliği ve geçerliliği 18-78 yaş arasındaki 273 kadın ve 97 erkekten oluşan toplamda 370 katılımcının olduğu erişkin popülasyonda gösterilmiştir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021).

Test 29 sorudan oluşmakta ve üç alt boyutu (fonksiyon/disfonksiyon (8 madde), risk/etyoloji (13 madde), tanı/tedavi (8 madde) vardır. Her bir ifade için “evet”, “hayır” ya da “bilmiyorum” cevapları verilmektedir. Testte doğru cevaplanan maddelere “1” puan, yanlış cevaplanan ya da bilinmeyen maddelere ise “0” puan verilmekte, en az “0” ve en fazla “29” puan alınmaktadır. Doğru yanıtlar 3, 5, 12, 16, 18 ve 27 numaralı maddeler için “hayır”, geriye kalan maddeler için ise “evet” olmalıdır. Puanın artması bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021).

### 3.3.4. Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20)

Barber ve ark. (2001) tarafından PTDE, PTD'si olan kadınlarda semptom şiddetini değerlendirmek için tasarlanmıştır (Barber vd., 2001). Kısa versiyonu olarak ise PTDE-20 geliştirilmiştir ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Toprak Çelenay ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır (Barber vd., 2005; Toprak Çelenay vd., 2012). Üriner, prolapsus ve kolorektal ölçekler içerdiği için Üİ, POP, fekal inkontinans veya diğer PTD'si olan kadınlarda kullanılmaktadır (Balkanlı Kaplan vd., 2012) Kanıt seviyesi Grade A olarak gösterilmiştir (Diaz vd., 2017).

Kadınlar tarafından kolayca anlaşılabilir ve 20 sorudan oluşan ölçeğin üç alt faktörü vardır: Üriner Distres Envanteri-6 (ÜDE-6), Pelvik Organ Prolaps Distres Envanteri-6 (POPDE-6) ve Kolorektoanal Distres Envanteri-8 (KRADE-8). Sorulan sorulara bireyler şikâyetin kendilerinde bulunup bulunmamasına göre “hayır” (0) ya da “evet” yanıtı vermekte, eğer cevapları evet ise şikâyetin kişiyi ne kadar rahatsız ettiğini “önemsiz” (1), “az” (2), “orta” (3) ve “çok” (4) şeklinde derecelendirmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-300 arasındadır. Her alt faktör için en iyi puan 0, en kötü puan 100'dür. Her alt faktör

puanını 0-100 arasında olan sisteme çevirmek için her alt faktörün ortalaması alınıp 25 ile çarpılır. Ölçeğin tamamından alınabilecek en iyi puan 0, en kötü puan 300 dür. Bu anket sonucunda elde edilen skor ne kadar büyükse PTD şikâyet derecesinin o kadar fazla olduğu anlamına gelmektedir (Barber vd., 2005; Toprak Çelenay vd., 2012).

### 3.3.5. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)

Rosen ve ark. (2000) tarafından tasarlanan KCiÖ kadınlarda cinsel fonksiyonu ölçen 19 maddelik bir ankettir. En çok kullanılan ölçeklerden biridir ve Grade B kanıt seviyesindedir (Diaz vd., 2017; Rosen vd., 2000).

Aygin ve Eti Aslan (2005) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmışlardır (Aygin ve Eti Aslan, 2005). Bu ölçek cinsel işlevin altı boyutunu değerlendirir: cinsel istek (ilk 2 soru), cinsel uyarılma (3-6. sorular), lubrikasyon (7-10. sorular), orgazm (11-13. sorular), doyum (14-16. sorular) ve ağrı veya rahatsızlık (örneğin vajinal penetrasyonla ilişkili ağrı, 17-19. sorular) (Aygin ve Eti Aslan, 2005). Bu ölçekte alınabilecek en yüksek toplam ham puan 95.0, en düşük ham puan ise 4.0'dır. Tüm skalanın puanlanması için kullanılan faktör yükleri; cinsel istek için 0.6, cinsel uyarılma ve lubrikasyon için 0.3, orgazm, memnuniyet ve ağrı/rahatsızlık için 0.4 olarak belirlenmiştir. Faktör yükleriyle çarpım sonrası en yüksek puan 36.0, en düşük puan ise 2.0'dır. Toplam puan >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤22.7 ise cinsel işlev bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Aygin ve Eti Aslan, 2005; Rosen vd., 2000).

### 3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler 01.12.2021-28.02.2022 tarihleri arasında özel bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran hastalar ve hasta yakınlarından (kadın) Fzt. Dilan Aydemir tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle alındı. Kliniğe başvuran kadınlara ve yakınlarına çalışmanın amacı ve kullanılacak yöntemler açıklanıp dahil edilme kriterlerine uygun olanlardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okuyup imzalamaları istendi (Ek 3). Onam formunu imzalayan kadınlardan doktor randevusunu bekledikleri sırada ya da doktor muayenesi tamamlandıktan sonra kliniğin bekleme salonunda veriler toplandı. Çalışma "Helsinki Bildirgesi" prensiplerine uygun olarak yürütüldü.

### 3.5. Deneysel Kurgu

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların fiziksel, sosyodemografik, jinekolojik, obstetrik, sigara ve alkol kullanımı, kronik öksürük ve düzenli egzersiz alışkanlığı bilgileri alındı. Ölçeklerin tamamlanmasında “kutucukları onaylama/soruları yanıtlama (*tick box*) yorgunluğu” (Dias vd., 2008) yaşanmasını önlemek için İKT, PİBA, PTSBT, PTDE-20 ve KCIÖ ölçekleri randomize dolduruldu. Çalışmada kullanılan ölçeklerin isimleri birer kapalı zarf içerisine yazıldı, toplamda beş kapalı zarf katılımcı tarafından tesadüfi sıralamayla seçildi. Ayrıca katılımcıların talep etmesi halinde anketler arasında yaklaşık beş dakikalık dinlenme periyotları verildi.

Katılımcıların İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin her birini doldurmaları için gereken süre (dk) telefon kronometresi ile ölçüldü. Test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için İKT, PİBA ve PTSBT ölçekleri katılımcılara bir hafta arayla toplamda iki kere uygulandı.

### 3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS for MAC 23.0 programı kullanılmıştır. Nitel veriler sayı (n) ve yüzde (%), nicel veriler ortalama (Ort) ve standart sapma (Ss) olarak gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle incelenmiştir.

İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak incelenmiştir (Mokkink, Terwee, Patrick, vd., 2010). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0 ile 1 arasında değişmektedir. Yüksek alfa değeri yüksek iç tutarlılığı göstermektedir. Cronbach's alfa katsayısı değeri 0.60'tan küçükse zayıf, 0.60-0.80 arasındaysa orta ve 0.80'den büyükse yüksek tutarlılık olduğu görülmektedir (Kara vd., 2018; Venkatesan vd., 2020).

Test-tekrar test güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC-intraclass correlation coefficient) ve %95 güven aralıkları hesaplanarak incelenmiştir. Güvenilirlik için minimum standart olarak 0.7'lik bir ICC önerilmektedir. ICC değerleri 0.50'den küçükse zayıf, 0.50-0.80 arasındaysa orta, 0.80-0.90 arasındaysa iyi ve 0.90'dan büyükse mükemmel güvenilirlik olarak yorumlanmıştır (Vascellari vd., 2018).

Verilerin normal dağılıma uygunluk analizinin sonucuna göre yakınsama geçerliliği ve ayırt edici geçerlilik Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak test edilmiştir. Korelasyon katsayısı 0.50'den büyük değerler için güçlü, 0.35 ile 0.50 arasındaki değerler için orta, 0.35'ten küçük değerler için zayıf korelasyon olarak yorumlanmıştır (Dabija vd., 2019; Vascellari vd., 2018).

Kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği ile ölçekleri tamamlama sürelerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ölçeklerin kendi aralarında karşılaştırılmasında ise paired-samples (bağımlı örneklem) t test kullanılmıştır (Dias vd., 2008). Sayısal olmayan verilerin gruplar arasındaki karşılaştırılmasında ise ki-kare testi uygulanmıştır. Ayrıca ölçeklerdeki ve alt faktörlerindeki tavan ve taban etkileri de incelenmiştir. Tavan ve taban etkisi yanıtların %15'inden fazlasında mümkün olan en iyi veya en kötü puan alındığında var olduğu kabul edilmiştir (Terwee vd., 2007). İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3.7. Etik Onay

Çalışmamızın Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (MSKÜ) Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 30.09.2021 tarihli, 210206 protokol ve 225 karar numaralı etik kurul onayı (Ek 1), verilerin toplandığı klinik olan Dr. Seçil Günay Avcı Sağlık Hizmetleri'nden ise kurum izin onayı alınmıştır (Ek 2).

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmamızın örneklem grubu İstanbul'da tek merkezle sınırlı kalmıştır.
- Çalışmamıza sadece kadınlar dahil edilmiştir.
- Ölçeklerin kalitesinin önemli faktörlerinden biri olan duyarlılık (*responsiveness*) parametresi gruplara PTS'yi geliştirmeye yönelik herhangi bir yaklaşımda bulunulmadığı için test edilememiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Fiziksel Özellikler

Çalışmaya dahil edilen ve yaşları 18-66 arasında değişmekte olan 150 kadın hasta ve hasta yakınının 97'si PTD'li grupta, 53'ü sağlıklı grupta yer almaktadır. Olguların fiziksel özellikleri ve gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Buna göre gruplar arasındaki yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve VKİ değerleri benzerdir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.1. Olguların fiziksel özellikleri**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	35.90±10.75	36.80±12.09	34.25±7.57	-1.591	0.114
<b>Boy uzunluğu (m)</b>	1.63±0.06	1.63±0.06	1.63±0.05	0.391	0.696
<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	63.60±11.58	64.33±11.82	62.25±11.12	-1.054	0.294
<b>VKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	23.92±4.51	24.26±4.77	23.29±3.96	-1.262	0.209

Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; t: t-test; p: anlamlılık düzeyi; m: metre; kg: kilogram; VKİ: vücut kitle indeksi.

### 4.2. Sosyodemografik Özellikler

Olgulara ait sosyodemografik özellikler; medeni hali, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu ve gelir-gider dengesi alt başlıkları ile Tablo 4.2'de sunulmuştur. Veriler incelendiğinde PTD'li ve sağlıklı grupların medeni halleri (evli, bekar ve diğer (boşanmış ve eşi vefat etmiş)) açısından farklı ( $p<0.05$ ); eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu ve gelir-gider dengesi açısından benzer oldukları ( $p>0.05$ ) belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu üniversite düzeyinde eğitilmiş olup (%71.3) ofis çalışanıdır (%25.3).

**Tablo 4.2. Olguların sosyodemografik özellikleri**

	<b>Toplam (n=150)</b>	<b>PTD'li Grup</b>	<b>Sağlıklı Grup</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
	<b>n (%)</b>	<b>(n=97)</b>	<b>(n=53)</b>		
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Medeni durum</b>					
Bekar	48 (32)	42 (43.3)	6 (11.3)		
Evli	84 (56)	39 (40.2)	45 (84.9)	27.803	<b>0.000</b>
Diğer	18 (12)	16 (16.5)	2 (3.8)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
Okuryazar	1 (0.7)	1 (1.0)	0 (0)		
İlkokul	7 (4.7)	7 (7.2)	0 (0)		
Ortaokul	11 (7.3)	7 (7.2)	4 (7.5)	6.601	0.159
Lise	24 (16)	18 (18.6)	6 (25)		
Üniversite	107 (71.3)	64 (66)	43 (81.1)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı/ Emekli	29 (19.3)	19 (19.6)	10 (18.9)		
Sağlık çalışanı	28 (18.7)	12 (12.4)	16 (30.2)		
Ofis çalışanı	38 (25.3)	27 (27.8)	11 (20.8)		
Eğitim çalışanı	26 (17.3)	19 (19.6)	7 (13.2)	8.526	0.202
Serbest meslek	16 (10.7)	11 (11.3)	5 (9.4)		
İşçi	6 (4.0)	5 (5.2)	1 (1.9)		
Saha çalışanı	7 (4.7)	4 (4.1)	3 (5.7)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

**Tablo 4.2 (Devam). Olguların sosyodemografik özellikleri**

	Toplam (n=150)	PTD'li Grup (n=97)	Sağlıklı Grup (n=53)	x <sup>2</sup>	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışmıyor	51 (34)	35 (36.1)	16 (30.2)		
Yarı zamanlı çalışan	19 (12.7)	15 (15.5)	4 (7.5)		
Tam zamanlı çalışan	80 (53.3)	47 (48.5)	33 (62.3)	3.272	0.195
Toplam	150 (100)	97 (100)	54 (100)		
<b>Gelir-gider dengesi</b>					
Gelir fazla	37 (24.7)	22 (22.7)	15 (28.3)		
Gider fazla	48 (32)	37 (38.1)	11 (20.8)	4.773	0.092
Eşit	65 (43.3)	38 (39.2)	27 (50.9)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

### 4.3. Alışkanlıklar

Araştırmaya dahil edilen olguların büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı (sırasıyla %70.7 ve %95.3), düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarının olmadığı (%72.7) ve grupların alışkanlıklar açısından benzer özellikte olduğu saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3. Olguların sigara, alkol ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıkları**

	<b>Toplam (n=150) n (%)</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) n (%)</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) n (%)</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Sigara</b>					
Var	44 (29.3)	30 (30.9)	14 (26.4)		
Yok	106 (70.7)	67 (69.1)	39 (73.6)	0.337	0.562
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		
<b>Alkol</b>					
Var	7 (4.7)	4 (4.1)	3 (5.7)		
Yok	143 (95.3)	93 (95.9)	50 (94.3)	0.182	0.670
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
Var	41 (27.3)	29 (29.9)	12 (22.6)		
Yok	109 (72.7)	68 (70.1)	41 (77.4)	0.908	0.341
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

#### 4.4. Kronik Öksürük Durumu

Katılımcıların kronik öksürük durumu karşılaştırıldığında grupların benzer olduğu (p>0.05); hem genele hem de gruplara bakıldığında kronik öksürük varlığının düşük oranda olduğu Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4. Olguların kronik öksürük durumları**

	<b>Toplam (n=150) n (%)</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) n (%)</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) n (%)</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Var	13 (8.7)	9 (9.3)	4 (7.5)		
Yok	137 (91.3)	88 (90.7)	49 (92.5)	0.130	0.719
<b>Toplam</b>	<b>150 (100)</b>	<b>97 (100)</b>	<b>53 (100)</b>		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

#### 4.5. Obstetrik Hikâye

Araştırmaya katılan olgularda abortus sayısı ve küretaj varlığı açısından gruplarda benzerlik olduğu (p>0.05); gebelik sayısı, doğum sayısı ve doğum şekli açısından ise farklılık olduğu (p<0.05) Tablo 4.5'te gösterilmiştir. PTD'li grupta iki ve üzerinde gebelik yaşayanların ve doğum yapanların oranı ile vajinal doğum yapanların oranı daha yüksek görülmüştür.

**Tablo 4.5. Olguların obstetrik hikâyeleri**

	<b>Toplam (n=150) n (%)</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) n (%)</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) n (%)</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Gebelik sayısı</b>					
0	63 (42)	45 (46.4)	18 (34)		
1	23 (15.3)	9 (9.3)	14 (26.4)		
2	26 (17.3)	16 (16.5)	10 (18.9)	8.614	<b>0.035</b>
3 ve üzeri	38 (25.3)	27 (27.8)	11 (20.8)		
<b>Abortus sayısı</b>					
0	133 (88.7)	87 (89.7)	46 (86.8)		
1	11 (7.3)	7 (7.2)	4 (7.5)		
2	5 (3.3)	3 (3.1)	2 (3.8)	2.011	0.717
3	1 (0.7)	0 (0)	1 (1.9)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

**Tablo 4.5 (Devam). Olguların obstetrik hikâyeleri**

	<b>Toplam (n=150) n (%)</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) n (%)</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) n (%)</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Doğum sayısı</b>					
0	69 (46)	49 (50.5)	20 (37.7)		
1	33 (22)	15 (15.5)	18 (34)	12.997	<b>0.005</b>
2	37 (24.7)	22 (22.7)	15 (28.3)		
3 ve üzeri	11 (7.3)	11 (11.3)	0 (0)		
<b>Doğum şekli</b>					
Doğum yok	69 (46.0)	49 (50.5)	20 (37.7)		
Vajinal doğum	28 (18.7)	22 (22.7)	6 (11.3)		
Sezaryen doğum	51 (34.0)	24 (24.7)	27 (50.9)	10.813	<b>0.008</b>
Her iki doğum şekli	2 (1.3)	2 (2.1)	0 (0)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		
<b>Küretaj</b>					
Var	36 (24.0)	26 (26.8)	10 (18.9)		
Yok	114 (76.0)	71 (73.2)	43 (81.1)	1.183	0.277
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

#### 4.6. Menstrual Durum

Çalışmaya katılan olguların yarısından fazlası (%69.3) düzenli adet görürken %14.7'si menopozal dönemdedir. PTD'li ve sağlıklı grupların menstrual durumları benzer bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Olguların menstrual durumları**

	<b>Toplam (n=150) n (%)</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) n (%)</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) n (%)</b>	<b>x<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Menstrual Durum</b>					
Düzenli adet	104 (69.3)	61 (62.9)	43 (81.1)		
Düzensiz adet	24 (16.0)	18 (18.6)	6 (11.3)	5.600	0.061
Menopoz	22 (14.7)	18 (18.6)	4 (7.5)		
Toplam	150 (100)	97 (100)	53 (100)		

x<sup>2</sup>: ki-kare değeri; p: anlamlılık düzeyi; n: örneklem büyüklüğü; %: grup içi yüzdesi.

#### 4.7. Olguların PTDE-20 ve KCIÖ Puanları

Sağlıklı gruba kıyasla PTD'li grubun PTDE-20, POPDE-6, KRADE-8 ve ÜDE-6 puanları daha yüksek (p<0.05) ve KCIÖ puanları daha düşük bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. Olguların PTDE-20, PTDE-20 alt bölümleri ve KCIÖ puanları**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>PTDE-20 Toplam</b>	40.30±43.39	54.23±47.50	14.79±14.34	-7.572	<b>0.000</b>
<b>POPDE-6</b>	12.71±15.89	17.60±17.51	3.75±5.57	-7.154	<b>0.000</b>
<b>KRADE-8</b>	11.74±14.18	15.08±15.92	5.64±7.06	-5.005	<b>0.000</b>
<b>ÜDE-6</b>	15.87±21.66	21.54±24.64	5.50±7.30	-5.950	<b>0.000</b>
<b>KCIÖ</b>	16.62±12.43	9.77±10.00	29.16±3.19	17.529	<b>0.000</b>

PTDE-20: Pelvik Taban Distres Envanteri-20; POPDE-6: Pelvik Prgan Prolapsusu Distres Envanteri-6; KRADE-8: Kolorektoanal Distres Envanteri-8; ÜDE-6: Üriner Distres Envanteri-6; KCIÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği; Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; t: t-test; p: anlamlılık düzeyi.

#### 4.8. Olguların İKT Puanı

Sağlıklı ve PTD'li katılımcıların İKT bilgi düzeyleri t-test kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tüm olgularda İKT puanı ortalama  $6.50 \pm 2.51$ ; PTD'li grupta  $6.69 \pm 2.42$  ve sağlıklı grupta  $6.15 \pm 2.66$  olarak saptanmış olup gruplar arasında fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ). Ayrıca, olguların bilgi seviyelerinin düşük olduğu görülmüştür.

#### 4.9. Olguların PİBA Puanı

PİBA-Üİ, PİBA- POP ve PİBA genel bilgi düzeyleri PTD'li ve sağlıklı gruplarda benzer olup ( $p > 0.05$ ) puanlar genel olarak orta düzey bilgiye işaret etmektedir (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8. Olguların PİBA ve alt bölümlerine ait puanları**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>PİBA Toplam Puan</b>	15.19±4.57	15.48±4.59	14.66±4.52	-1.056	0.293
PİBA-Üİ	8.49±2.33	8.60±2.33	8.30±2.36	-0.742	0.460
PİBA-POP	6.70±2.70	6.89±2.73	6.36±2.67	-1.142	0.255

PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; t: t-test; p: anlamlılık düzeyi.

#### 4.10. Olguların PTSBT Puanı

Katılımcıların PTSBT ve alt boyutlarına göre aldıkları puanlar Tablo 4.9'da verilmiştir. Buna göre PTD'li ve sağlıklı gruplardaki bilgi seviyeleri benzer olup ( $p > 0.05$ ), fonksiyon/disfonksiyon ile risk/etiyooloji alt boyutlarında orta düzey, tanı/tedavi alt boyutunda ise orta-yüksek bilgi seviyelerine sahip oldukları görülmüştür.

**Tablo 4.9. Olguların PTSBT ve alt boyutlarına ait puanları**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>PTSBT Toplam Puan</b>	17.19±6.08	16.89±6.31	17.75±5.64	0.835	0.405
Fonksiyon/Disfonksiyon	4.28±2.26	4.26±2.21	4.32±2.37	0.163	0.871
Risk/Etiyoloji	6.79±3.17	6.64±3.23	7.06±3.08	0.769	0.443
Tanı ve Tedavi	6.13±1.77	5.99±1.93	6.38±1.40	1.288	0.200

PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Ort: Ortalama; Ss: Standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; t: t-test; p: anlamlılık düzeyi.

#### 4.11. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin İç Tutarlılık Analizi

Ölçeklerin iç tutarlılık analizinde Cronbach  $\alpha$  katsayısı kullanılmıştır. Katılımcıların her maddeye verdikleri “katılıyorum/evet”, “katılmıyorum/hayır” ve “bilmiyorum” yanıtlarına göre yapılan analiz sonuçları Tablo 4.10’da sunulmuştur. En düşük Cronbach  $\alpha$  değeri genele bakıldığında ve PTD’li grupta PİBA-Üİ’de olup iç tutarlılığın (Cronbach  $\alpha = 0.60-0.80$ ) orta düzeyde olduğu, sağlıklı grupta ise PTSBT’nin tanı ve tedavi alt boyutunda zayıf iç tutarlılığın (Cronbach  $\alpha < 0.60$ ) olduğu bulunmuştur. En yüksek Cronbach  $\alpha$  değeri hem katılımcıların genelinde hem de PTD’li ve sağlıklı gruplarda PTSBT’de olup yüksek iç tutarlılığı işaret etmektedir (Cronbach  $\alpha > 0.80$ ).

**Tablo 4.10. Olguların İKT, PİBA ve PTSBT'ye verdikleri yanıtı göre iç tutarlılık analizi**

	Toplam (n=150) $\alpha$	PTD'li Grup (n=97) $\alpha$	Sağlıklı Grup (n=53) $\alpha$
<b>İKT</b>	0.642	0.666	0.569
<b>PİBA</b>	0.820	0.838	0.776
PİBA-Üİ	<b><u>0.621</u></b>	<b><u>0.655</u></b>	0.548
PİBA-POP	0.756	0.787	0.684
<b>PTSBT</b>	<b><u>0.870</u></b>	<b><u>0.888</u></b>	<b><u>0.822</u></b>
Fonksiyon/Disfonksiyon	0.758	0.760	0.758
Risk/Etiyoloji	0.761	0.779	0.726
Tanı ve Tedavi	0.697	0.760	<b><u>0.426</u></b>

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü;  $\alpha$ : Cronbach alfa katsayısı.

Katılımcıların her bir maddeden aldıkları “doğru: 1” ve “yanlış: 0” değerlerine göre yapılan analiz sonuçları Tablo 4.11’de verilmiştir. Buna göre en düşük Cronbach  $\alpha$  katsayısı genel katılımcılarda ve PTD’li grupta İKT ölçeğinde, sağlıklı grupta ise PTSBT’nin fonksiyon ve disfonksiyon alt boyutunda görülüp zayıf iç tutarlığa (Cronbach  $\alpha < 0.60$ ) işaret etmektedir. En yüksek Cronbach alfa değeri ise hem gruplarda hem de genel katılımcılarda PTSBT ölçeğinde görülüp, bu değerler yüksek iç tutarlılığı göstermektedir (Cronbach  $\alpha > 0.80$ ).

**Tablo 4.11. Olguların İKT, PİBA ve PTSBT'nin maddelerinden aldıkları değere göre iç tutarlılık analizi**

	Toplam (n=150) $\alpha$	PTD'li Grup (n=97) $\alpha$	Sağlıklı Grup (n=53) $\alpha$
<b>İKT</b>	<b><u>0.580</u></b>	<b><u>0.542</u></b>	0.635
<b>PİBA Toplamı</b>	0.816	0.822	0.807
PİBA-Üİ	0.647	0.652	0.648
PİBA-POP	0.746	0.755	0.726
<b>PTSBT Toplamı</b>	<b><u>0.872</u></b>	<b><u>0.883</u></b>	<b><u>0.849</u></b>
Fonksiyon/Disfonksiyon	0.777	0.764	0.800
Risk/Etiyoloji	0.765	0.775	0.745
Tanı ve Tedavi	0.690	0.742	<b><u>0.503</u></b>

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü;  $\alpha$ : Cronbach alfa katsayısı.

#### 4.12. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Test-Tekrar Test Güvenilirliği

Ölçekler test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek amacıyla bir hafta arayla tekrarlanmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient-ICC) ve %95 güven aralığı her ölçekten ve alt boyutlarından elde edilen toplam puanların test-tekrar test güvenilirliğini saptamak amacıyla kullanılmıştır ve bulgular Tablo 4.13'te gösterilmiştir. Buna göre PTSBT'nin fonksiyon/disfonksiyon alt boyutu hariç her ölçümün test-tekrar test güvenilirliğinin hem sağlıklı grupta hem de PTD'li grupta yüksek olduğu belirlenmiştir (ICC>0.7). PTSBT'nin fonksiyon/disfonksiyon alt boyutunun tekrar test güvenilirliği sağlıklı grupta yüksek görülüp (ICC>0.7), PTD'li grupta düşük saptanmıştır (ICC<0.7). Sağlıklı gruptaki en yüksek test-tekrar test güvenilirliğine sahip olan ölçek PTSBT (ICC=0.891) iken PTD'li grupta PİBA olduğu görülmüştür (ICC=0.857). En düşük tekrar test güvenilirliğine sahip ölçek ise sağlıklı grupta İKT (ICC=0.756) iken PTD'li grupta ise PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt boyutudur (ICC=0.585).

Çalışmaya katılan olguların tamamına bakıldığında en yüksek ICC değerine sahip ölçek PİBA iken (ICC=0.842), en düşük ICC PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt boyutunda (ICC=0.660) görülmektedir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirliği**

	Toplam (n=150)		PTD'li Grup (n=39)		Sağlıklı Grup (n=16)	
	ICC	%95GA	ICC	%95GA	ICC	%95GA
<b>İKT</b>	0.728	0.534-0.841	0.720	0.470-0.853	<b><u>0.756</u></b>	0.285-0.915
<b>PİBA</b>	<b><u>0.842</u></b>	0.729-0.908	<b><u>0.857</u></b>	0.726-0.925	0.819	0.502-0.936
PİBA-Üİ	0.772	0.611-0.867	0.762	0.546-0.875	0.796	0.438-0.928
PİBA-POP	0.797	0.651-0.882	0.788	0.599-0.889	0.833	0.538-0.941
<b>PTSBT</b>	0.823	0.698-0.896	0.783	0.586-0.886	<b><u>0.891</u></b>	0.667-0.963
Fonksiyon/ Disfonksiyon	<b><u>0.660</u></b>	0.422-0.801	<b><u>0.585</u></b>	0.222-0.781	0.787	0.394-0.925
Risk/Etiyoloji	0.805	0.665-0.886	0.765	0.553-0.876	0.886	0.600-0.963
Tanı/ Tedavi	0.804	0.663-0.885	0.802	0.625-0.896	0.816	0.493-0.935

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü; ICC: Intraclass Correlation Coefficient; GA: güven aralığı.

#### 4.13. Yapı Geçerliliği

##### 4.13.1. Yakınsama Geçerliliği

Yakınsama geçerliliğini test etmek amacıyla İKT, PİBA ve alt bölümleri ile PTSBT ve alt faktörlerinden alınan puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizleri kullanılarak incelenmiştir.

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılarda hem İKT toplam puanı ile PİBA ( $r=0.583$ ) ve PTSBT ( $r=0.552$ ) toplam puanları hem de PİBA ve PTSBT toplam puanları ( $r=0.731$ ) arasında güçlü korelasyonlar olduğunu göstermiştir. PİBA ve PTSBT'nin alt faktörleri de dahil olmak üzere incelenen tüm ölçek puanlarının birbirleriyle orta-güçlü düzeyde (minimum-maksimum  $r=0.388-0.920$ ) korelasyonlara sahip olması bu ölçeklerin yakınsama geçerliliğinin bulunduğu işaret etmektedir (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13. Tüm olgularda İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=150)**

	İKT	PİBA	PİBA-Üİ	PİBA-POP	PTSBT	PTSBT Faktör 1	PTSBT Faktör 2	PTSBT Faktör 3
	r	r	r	r	r	r	r	r
<b>İKT</b>	1							
<b>PİBA</b>	0.583*	1						
PİBA-Üİ	0.578*	0.891*	1					
PİBA-POP	0.486*	0.920*	0.641*	1				
<b>PTSBT</b>	0.552*	0.731*	0.684*	0.645*	1			
Faktör 1	0.522*	0.580*	0.519*	0.531*	0.816*	1		
Faktör 2	0.469*	0.700*	0.629*	0.639*	0.902*	0.571*	1	
Faktör 3	0.388*	0.518*	0.560*	0.392*	0.779*	0.504*	0.576*	1

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Faktör 1: PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt faktörü; Faktör 2: PTSBT'nin risk ve etiyoloji alt faktörü; Faktör 3: PTSBT'nin tanı ve tedavi alt faktörü; n: örneklem büyüklüğü; r: Pearson korelasyon katsayısı; \*:  $p=0.000$ .

PTD'li grupta yakınsama geçerliliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre İKT-PİBA, İKT-PTSBT ve PİBA-PTSBT toplam puanları arasında güçlü korelasyon bulunmuştur. Alt boyutlar dışında en yüksek korelasyon PİBA-PTSBT arasındadır ( $r=0.759$ ). Alt boyutlar da dahil olmak üzere tüm

ölçek puanları arasında orta-güçlü düzeyde korelasyon (minimum-maksimum  $r=0.361-0.923$ ) saptanması incelenen bilgi ölçeklerinin PTD'li grupta yakınsama geçerliliğinin olduğunu göstermektedir (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14. PTD'li grupta İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=97)**

	İKT	PİBA	PİBA-Üİ	PİBA-POP	PTSBT	PTSBT Faktör 1	PTSBT Faktör 2	PTSBT Faktör 3
	r	r	r	r	r	r	r	r
<b>İKT</b>	1							
<b>PİBA</b>	0.568*	1						
<b>PİBA-Üİ</b>	0.571*	0.893*	1					
<b>PİBA-POP</b>	0.470*	0.923*	0.651*	1				
<b>PTSBT</b>	0.501*	0.759*	0.680*	0.698*	1			
<b>Faktör 1</b>	0.461*	0.599*	0.533*	0.555*	0.828*	1		
<b>Faktör 2</b>	0.448*	0.744*	0.631*	0.716*	0.906*	0.603*	1	
<b>Faktör 3</b>	0.361*	0.551*	0.559*	0.451*	0.808*	0.556*	0.602*	1

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Faktör 1: PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt faktörü; Faktör 2: PTSBT'nin risk ve etioloji alt faktörü; Faktör 3: PTSBT'nin tanı ve tedavi alt faktörü; n: örneklem büyüklüğü; r: Pearson korelasyon katsayısı; \*:  $p=0.000$ .

Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre sağlıklı grupta da ölçekler arasında güçlü düzey korelasyon vardır. PTD'li grupta olduğu gibi en yüksek korelasyon alt faktörler dışında PİBA ve PTSBT arasındadır ( $r=0.708$ ). PİBA ve PTSBT'nin alt faktörleri dahil analiz edilen ölçeklerin puanları arasında orta-güçlü korelasyon belirlenip minimum ve maksimum korelasyon değerleri (sırasıyla  $r=0.302-0.912$ ) PTD'li gruba göre hafifçe düşüktür. Ayrıca PTD'li grupla karşılaştırıldığında İKT-PİBA ve İKT-PTSBT toplam puanları arasındaki korelasyon değeri hafifçe yüksek; PİBA-PTSBT

puanları arasındaki korelasyon hafifçe düşüktür. Sağlıklı grupta da ölçeklerin yakınsama geçerliliğine sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15. Sağlıklı grupta İKT, PİBA ve PTSBT'nin yapı (yakınsama) geçerliliği (n=53)**

	İKT	PİBA	PİBA-Üİ	PİBA-POP	PTSBT	PTSBT Faktör 1	PTSBT Faktör 2	PTSBT Faktör 3
	r	r	r	r	r	r	r	r
<b>İKT</b>	1							
<b>PİBA</b>	0.601**	1						
PİBA-Üİ	0.585**	0.886**	1					
PİBA-POP	0.502**	0.912**	0.618**	1				
<b>PTSBT</b>	0.688**	0.708**	0.716**	0.568**	1			
Faktör 1	0.628**	0.556**	0.499**	0.502**	0.805**	1		
Faktör 2	0.538**	0.641**	0.644**	0.517**	0.891**	0.517**	1	
Faktör 3	0.526**	0.502**	0.621**	0.302*	0.704**	0.414**	0.516**	1

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Faktör 1: PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt faktörü; Faktör 2: PTSBT'nin risk ve etiyoloji alt faktörü; Faktör 3: PTSBT'nin tanı ve tedavi alt faktörü; n: örneklem büyüklüğü; r: Pearson korelasyon katsayısı; \*: p<0.05; \*\*: p<0.01.

#### 4.13.2. Ayırt Edici Geçerlilik

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların bilgi ölçeklerinden aldıkları puanlar ile semptom ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki ayırt edici geçerliliği incelemek amacıyla Pearson korelasyon analiziyle test edilmiştir.

Buna göre tüm olgulara bakıldığında İKT ile PTDE-20 ve alt boyutu olan ÜDE-6 arasında pozitif yönde zayıf ilişki (p<0.05) bulunurken; POPDE-6, KRADE-8 ve KCIÖ ile ilişki bulunmamıştır (p>0.05). PİBA ve Üİ alt bölümlerinden alınan puanlarla semptom ölçeklerinden alınan puanlar arasında ilişki yoktur (p>0.05). PİBA-POP ile sadece ÜDE-6 arasında ilişki saptanıp (p<0.05); PTDE-20, POPDE-6, KRADE-8 ve

KCiÖ ile ilişkili bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son olarak PTSBT ve alt faktörlerinden alınan puanlar ile semptom ölçeklerinin hiçbiri ilişkili görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Bu durum İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin ayırt edici geçerliliğinin olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16. Tüm olgularda bilgi ve semptom ölçekleri arasındaki ilişki (n=150)**

	PTDE-20		POPDE-6		KRADE-8		ÜDE-6		KCiÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>İKT</b>	0.193	<b>0.018</b>	0.140	0.087	0.146	0.074	0.187	<b>0.022</b>	-0.047	0.566
<b>PİBA</b>	0.085	0.300	0.040	0.626	-0.016	0.848	0.150	0.068	-0.072	0.379
PİBA-Üİ	0.065	0.427	0.025	0.757	0.026	0.755	0.095	0.249	-0.098	0.232
PİBA-POP	0.087	0.288	0.046	0.578	-0.049	0.554	0.171	<b>0.037</b>	-0.037	0.649
<b>PTSBT</b>	0.081	0.323	0.037	0.649	0.035	0.672	0.112	0.171	0.040	0.631
Faktör 1	0.097	0.236	0.043	0.603	0.021	0.798	0.148	0.071	-0.017	0.840
Faktör 2	0.069	0.402	0.021	0.801	0.046	0.574	0.093	0.256	0.053	0.520
Faktör 3	0.031	0.702	0.037	0.654	0.010	0.903	0.029	0.722	0.062	0.449

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Faktör 1: PTSBT'nin fonksiyon ve disfonksiyon alt faktörü; Faktör 2: PTSBT'nin risk ve etiyoloji alt faktörü; Faktör 3: PTSBT'nin tanı ve tedavi alt faktörü; n: örneklem büyüklüğü; r: Pearson korelasyon katsayısı; p: anlamlılık değeri.

Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre PTD'si olan ve sağlıklı bireylerde ayırt edici geçerliliği değerlendirmek amacıyla uygulanan semptom ölçeklerinin puanları ile İKT, PİBA ve alt faktörleri, PTSBT ve alt faktörlerinin puanları arasındaki ilişki Tablo 4.17'de verilmiştir. Buna göre bilgi ölçekleri ve semptom ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bu veriler ışığında PTD'li ve sağlıklı gruplarda bu ölçeklerin ayırt edici geçerliliğinin olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.17. PTD’li (n=97) ve sağlıklı (n=53) gruplarda bilgi ve semptom ölçekleri arasındaki ilişki**

		PTDE-20		POPDE-6		KRADE-8		ÜDE-6		KCiÖ	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
İKT	PTD’li	0.179	0.079	0.107	0.298	0.112	0.274	0.198	0.052	0.072	0.485
	Sağlıklı	0.216	0.121	0.187	0.180	0.192	0.169	0.084	0.548	-0.064	0.650
PİBA	PTD’li	0.044	0.672	-0.024	0.813	-0.056	0.589	0.137	0.180	-0.021	0.840
	Sağlıklı	0.145	0.301	0.176	0.207	-0.017	0.902	0.152	0.276	0.035	0.801
PİBA- Üi	PTD’li	0.017	0.868	0.041	0.690	-0.019	0.852	-0.075	0.465	-0.092	0.369
	Sağlıklı	0.230	0.098	0.235	0.090	0.115	0.413	0.153	0.274	-0.056	0.692
PİBA- POP	PTD’li	0.059	0.567	-0.006	0.954	-0.077	0.452	0.167	0.102	0.044	0.671
	Sağlıklı	0.043	0.762	0.091	0.517	-0.131	0.351	0.123	0.380	0.109	0.435
PTSBT	PTD’li	0.119	0.244	0.059	0.566	0.048	0.641	0.158	0.123	-0.013	0.901
	Sağlıklı	0.221	0.111	0.199	0.154	0.128	0.359	0.152	0.277	-0.057	0.683
Faktör1	PTD’li	0.103	0.314	0.026	0.803	0.023	0.826	0.167	0.102	-0.065	0.529
	Sağlıklı	0.264	0.057	0.238	0.086	0.051	0.715	0.267	0.053	0.066	0.640
Faktör2	PTD’li	0.106	0.300	0.033	0.748	0.064	0.534	0.140	0.170	0.033	0.749
	Sağlıklı	0.179	0.199	0.195	0.161	0.115	0.412	0.096	0.492	-0.134	0.340
Faktör3	PTD’li	0.094	0.358	0.108	0.291	0.024	0.814	0.089	0.385	-0.023	0.823
	Sağlıklı	0.052	0.713	-0.031	0.826	0.177	0.204	-0.050	0.721	-0.048	0.731

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üi: PİBA’nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA’nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Faktör 1: PTSBT’nin fonksiyon ve disfonksiyon alt faktörü; Faktör 2: PTSBT’nin risk ve etiyoloji alt faktörü; Faktör 3: PTSBT’nin tanı ve tedavi alt faktörü; n: örneklem büyüklüğü; r: Pearson korelasyon katsayısı; p: anlamlılık değeri.

#### 4.14. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Tamamlanma Süreleri, Kullanım Kolaylığı ve Anlaşılabilirliği

Uygulanan bilgi ölçeklerinin tamamlanma süreleri, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliği hem gruplar arasında hem de ölçekler arasında karşılaştırılarak incelenmiştir.

Katılımcıların ölçekleri doldurma süreleri ve karşılaştırılması Tablo 4.18’de sunulmuştur. İKT ölçeğini PTD’li grup sağlıklı gruba göre daha uzun sürede doldurmuştur ( $p<0.05$ ). PİBA genel ve alt bölümlerine ait anketleri doldurma sürelerine bakıldığında PTD’li grubun sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha uzun sürede anketleri doldurdukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). PTSBT’yi doldurma süreleri açısından incelendiğinde ise PTD’li grubun sağlıklı gruba göre daha uzun sürede testi bitirdikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.18. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma süreleri**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD’li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>İKT</b>	1.63±0.68	1.74±0.73	1.44±0.52	-2.971	<b>0.004</b>
<b>PİBA</b>	2.54±1.04	2.71±1.14	2.23±0.74	-3.102	<b>0.002</b>
PİBA-Üİ	1.16±0.58	1.25±0.62	0.98±0.43	-2.884	<b>0.005</b>
PİBA-POP	1.21±0.53	1.28±0.58	1.07±0.41	-2.293	<b>0.023</b>
<b>PTSBT</b>	2.94±1.23	3.09±1.37	2.67±0.88	2.237	<b>0.027</b>

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA’nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA’nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü; t: t-testi; p: anlamlılık düzeyi.

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre test edilen bilgi ölçeklerini tamamlamanın kolay ve faydalı olduğu belirtilirken gruplar arasında benzerlik görülmektedir ( $p>0.05$ ). Ölçeklerin anlaşılması incelendiğinde İKT ve PİBA ölçeklerinde gruplar arasında benzerlik görülürken ( $p>0.05$ ), sağlıklı grubun PTSBT’nin anlaşılmasını daha kolay bulduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ölçeklerin hastalıkla ilişkisi incelendiğinde

PTD'li grubun sağlıklı gruba göre ölçekleri hastalıklarıyla anlamlı olarak daha çok ilişkili bulunduğ u saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğ inin gruplar arasında karşılaştırılması**

	<b>Toplam (n=150) Ort±Ss</b>	<b>PTD'li Grup (n=97) Ort±Ss</b>	<b>Sağlıklı Grup (n=53) Ort±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>İKT</b>					
Anlaşılma	2.21±1.75	2.37±1.88	1.92±1.45	1.502	0.135
Tamamlama	1.99±1.53	2.07±1.56	1.85±1.47	0.853	0.395
Fayda	2.35±1.87	2.18±1.70	2.68±2.14	-1.584	0.115
Hastalıkla ilişki	8.55±3.88	5.92±3.95	7.72±3.47	-2.886	<b>0.005</b>
<b>PİBA</b>					
Anlaşılma	2.15±1.67	2.23±1.79	2.02±1.42	0.728	0.468
Tamamlama	2.10±1.72	2.19±1.81	1.94±1.54	0.825	0.411
Fayda	2.26±1.91	2.09±1.72	2.57±2.20	-1.357	0.178
Hastalıkla ilişki	6.85±3.79	6.27±3.91	7.91±3.35	-2.695	<b>0.008</b>
<b>PTSBT</b>					
Anlaşılma	2.31±1.90	2.59±2.11	1.81±1.33	2.756	<b>0.007</b>
Tamamlama	2.30±1.91	2.38±2.08	2.15±1.56	0.704	0.483
Fayda	2.03±1.76	1.89±1.59	2.28±2.01	-1.237	0.219
Hastalıkla ilişki	6.73±3.77	6.09±3.88	7.91±3.28	-3.029	<b>0.003</b>

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; Ort; ortalama; Ss: standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; t: t-testi; p: anlamlılık düzeyi.

Ölçeklerin süre, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirlik yönünden birbirleriyle karşılaştırılmasına dair bulgular ölçekler arasındaki ortalama fark ve standart sapmayla birlikte Tablo 4.20'de gösterilmiştir. Buna göre İKT ve PİBA, İKT ve PTSBT, PİBA ve

PTSBT arasında ölçekleri tamamlama süresi açısından anlamlı olarak fark belirlenip ( $p<0.05$ ) en az vakit İKT’de; en fazla vakit PTSBT’de harcanmıştır. Kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirlik incelendiğinde yalnızca İKT ve PTSBT arasında tamamlama kolaylığı ve fayda açısından fark olup ( $p<0.05$ ) İKT’yi tamamlamak PTSBT’ye göre daha kolay; PTSBT İKT’ye göre daha faydalı görülmüştür. Diğer ölçekler anlaşılma, tamamlama kolaylığı, fayda ve hastalıkla ilişki açısından benzerdir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.20. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma sürelerinin, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğinin birbirleriyle karşılaştırılması**

	Ort±Ss	t	p
<b>Anlaşılma</b>			
İKT-PİBA	0.06±1.67	0.441	0.660
İKT-PTSBT	-0.10±1.71	-0.718	0.474
PİBA-PTSBT	-0.16±1.44	-1.363	0.175
<b>Tamamlama Kolaylığı</b>			
İKT-PİBA	-0.11±1.47	-0.888	0.376
İKT-PTSBT	-0.31±1.56	-2.403	<b>0.017</b>
PİBA-PTSBT	-0.20±1.46	-1.682	0.095
<b>Fayda</b>			
İKT-PİBA	0.09±1.64	0.697	0.487
İKT-PTSBT	0.33±1.83	2.191	<b>0.030</b>
PİBA-PTSBT	0.23±1.64	1.742	0.084

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü; t: t-testi; p: anlamlılık düzeyi; Ort: ortalama fark; Ss: standart sapma.

**Tablo 4.20 (Devam). İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tamamlanma sürelerinin, kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirliğinin birbirleriyle karşılaştırılması**

	Ort±Ss	t	P
<b>Hastalıkla ilişki</b>			
<b>İKT-PİBA</b>	-0.29±2.35	-1.530	0.128
<b>İKT-PTSBT</b>	-0.18±2.57	-0.857	0.393
<b>PİBA-PTSBT</b>	0.11±1.60	0.868	0.387
<b>Tamamlanma Süresi</b>			
<b>İKT-PİBA</b>	-0.90±0.61	-18.121	<b>0.000</b>
<b>İKT-PTSBT</b>	-1.31±0.79	-20.285	<b>0.000</b>
<b>PİBA-PTSBT</b>	-0.40±0.70	-6.999	<b>0.000</b>

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; n: örneklem büyüklüğü; t: t-testi; p: anlamlılık düzeyi; Ort: ortalama fark; Ss: standart sapma.

#### **4.15. İKT, PİBA ve PTSBT Ölçeklerinin Tavan ve Taban Etkisi**

Katılımcılar İKT'den en az 1, en fazla 12 puan almıştır. Hiçbir katılımcı tam puan ya da sıfır puan almamıştır. PİBA'dan birer kişi en az "1" ve en fazla "24" puan alabilmiştir. Katılımcıların hiçbiri PİBA genelinden ve PİBA-Üİ'den sıfır puan almamışken bir kişi PİBA-POP'den almıştır. PTSBT'den hiçbir katılımcı tam puan alamamıştır (Tablo 4.21).

Olguların tamamında, PTD'li ve sağlıklı grupta tavan ve taban etkisini ölçmek için yapılan analiz sonucuna göre taban etkisi hiçbir ölçekte ve alt boyutlarda mevcut değildir. Tavan etkisinin ise sadece PTSBT'nin tanı ve tedavi alt boyutunda mevcut olduğu (sırasıyla %23.3, %20.6 ve %28.3); diğer ölçeklerde ve alt boyutlarda olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21. İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin tavan ve taban etkisi**

		<b>Toplam</b>	<b>PTD'li</b>	<b>Sağlıklı</b>
		<b>(n=150)</b>	<b>(n=97)</b>	<b>(n=53)</b>
<b>İKT (0-14 puan)</b>	Min.-maks. puan	1-12	1-12	1-12
	Tavan puan n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Taban puan n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>PİBA toplam (0-24)</b>	Min.-maks. puan	1-24	1-24	5-22
	Tavan puan n (%)	1 (0.7)	1 (1)	0 (0)
	Taban puan n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
PİBA-Üİ (0-12)	Min.-maks. puan	1-12	1-12	3-12
	Tavan puan n (%)	9 (6)	6 (6.2)	3 (5.7)
	Taban puan n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
PİBA-POP (0-12)	Min.-maks. puan	0-12	0-12	1-11
	Tavan puan n (%)	1 (0.7)	1 (1)	0 (0)
	Taban puan n (%)	1 (0.7)	1 (1)	0 (0)
<b>PTSBT (0-29)</b>	Min.-maks. puan	0-28	0-28	8-28
	Tavan puan n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Taban puan n (%)	2 (1.3)	2 (2.1)	0 (0)
Fonksiyonve Disfonksiyon (0-8)	Min.-maks. puan	0-8	0-8	0-8
	Tavan puan n (%)	12 (8)	5 (5.2)	7 (13.2)
	Taban puan n (%)	13 (8.7)	9 (9.3)	4 (7.5)
RiskveEtiyoloji (0-13)	Min.-maks. puan	0-13	0-13	0-13
	Tavan puan n (%)	4 (2.7)	2 (2.1)	2 (3.8)
	Taban puan n (%)	6 (4)	5 (5.2)	1 (1.9)
TanıveTedavi (0-8)	Min.-maks. puan	0-8	0-8	3-8
	Tavan puan n (%)	<u>35 (23.3)</u>	<u>20 (20.6)</u>	<u>15 (28.3)</u>
	Taban puan n (%)	3 (2)	3 (3.1)	0 (0)

İKT: İnkontinans Kısa Testi; PİBA: Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi; PİBA-Üİ: PİBA'nın Üriner İnkontinans alt bölümü; PİBA-POP: PİBA'nın Pelvik Organ Prolapsusu alt bölümü; PTSBT: Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi; min.: minimum; maks.: maksimum; n: örneklem büyüklüğü; %: yüzde.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Türkçe dilinde güvenilir ve geçerli oldukları daha önce yapılmış çalışmalarda gösterilmiş olan İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin psikometrik özellikler, anlaşılabilirlik, kullanım kolaylığı, doldurma için gereken süre (fizibilite) gibi özellikler bakımından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Pelvik tabana dair bilgiyi değerlendiren ölçeklerin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Kara ve ark. (2017), Korkut ve ark. (2020), Al-Deges ve Toprak Çelenay (2021) tarafından yapılmıştır (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021; Kara vd., 2018; Korkut vd., 2020). Korkut ve ark. (2020) tarafından yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışması dışında Toprak Çelenay ve ark. (2019) tarafından da PİBA'nın Türkçe çalışması yapılmıştır (Korkut vd., 2020; Toprak Çelenay vd., 2019). İngilizce ve Türkçe haricinde İKT'nin Korece, Çince ve Portekizce versiyonlarında; PİBA'nın ise Almanca, Rusça, İbranice, İspanyolca ve Tayca (Tay dili) versiyonlarında güvenilirlik ve geçerlilik parametreleri incelenmiştir. PTSBT'nin ise Türkçe dışındaki versiyonuna rastlanmamıştır.

Çalışmamız PTD'li ve sağlıklı toplam 150 gönüllü üzerinde gerçekleşmiştir. Gönüllülerin PTD'si olan ve sağlıklı ayırımı semptom ölçekleri olan PTDE-20 ile alt bölümleri ve KCIÖ puanlarına göre yapılmıştır. Buna göre araştırmaya dahil olan 150 katılımcının 97'sinin PTD'li ve 53'ünün sağlıklı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizlere göre PTD'li ve sağlıklı olguların medeni durumları dışındaki fiziksel ve sosyodemografik özellikleri; alışkanlıklar, kronik öksürük ve menstrual durumları; gebelik sayısı, doğum sayısı ile doğum şekli dışındaki diğer obstetrik hikayeleri açısından benzer oldukları görülmüştür. Çalışmamıza katılan olguların fiziksel ve sosyodemografik özelliklerinin literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği söylenebilir (Komon vd., 2021; Lyatoshinskaya vd., 2016; Sánchez-Sánchez vd., 2021).

Bu çalışmadaki semptom ölçeklerinden biri olan PTDE-20 puanlarının ortalamasının tüm katılımcılarda  $40.30 \pm 43.39$ , PTD'li grupta  $54.23 \pm 47.50$ , sağlıklı grupta ise  $14.79 \pm 14.34$  olduğu görülmüştür. Korkut ve ark.'nın (2020) 206 kadın üzerinde yaptığı çalışmada sırasıyla %34.5, %6.3 ve % 21.4 oranında Üİ, POP ve

konstipasyon şikayeti saptanmış olsa da toplamdaki PTD’li olgu yüzdesi verilmemiştir. Çalışmamızda genel popülasyondaki PTDE-20 ve alt faktörlerinin puan ortalamalarının Korkut ve ark. (2020) yaptığı çalışmadan daha yüksek olmasının nedeni bu çalışmadaki yaş ortalamasının daha fazla olmasından kaynaklanabilir (Korkut vd., 2020). Diğer semptom ölçeği olan KCIÖ puan ortalamalarının ise en düşük PTD’li grupta; en yüksek sağlıklı grupta olduğu saptanmıştır. Puanın yüksek olması cinsel işlevin normal olduğunu göstermektedir. Literatürde İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin psikometrik özelliklerini inceleyen çalışmalarda KCIÖ’nün de incelendiğine dair bir bilgiye rastlanmamıştır.

### **Güvenilirlik**

Güvenilirlik analizinde ölçekte yer alan maddeler arasındaki iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı kullanılarak ölçülmüştür. Buna göre katılımcıların maddelere verdikleri “katılıyorum/evet”, “katılmıyorum/hayır” ve “bilmiyorum” yanıtlarına ve her bir madde için doğru ve yanlış cevaplardan aldıkları “0” ve “1” puanlarına göre iki farklı şekilde analiz yapılmıştır. İKT’nin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısı verilen yanıtta göre tüm katılımcılarda, PTD’li ve sağlıklı gruplarda sırasıyla 0.642, 0.666 ve 0.569; maddenin değerine göre 0.580, 0.542 ve 0.635 bulunmuştur. En iyi iç tutarlılık verilen yanıtta göre PTD’li grupta iken alınan değere göre sağlıklı grupta görülmüştür. Carvalhais ve ark. (2020) yaş ortalaması 42.4 olan 141 kadın üzerinde “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” yanıtlarına göre yaptıkları çalışmada iç tutarlılık katsayısını 0.74 bulmuşlardır (Carvalhais vd., 2020). Çalışmamızdaki her iki analizde de ortaya çıkan bulgular Kara ve ark (2018)., Kang vd. (2012), Carvalhais ve ark.’nın (2020) sonuçlarından daha düşüktür (sırasıyla 0.80, 0.78 ve 0.74). Bu farklılık Kara ve ark. (2018) ile Kang ve ark.’nın (2020) çalışmalarındaki katılımcıların sırasıyla %72.7 ve %100 oranında Üİ şikayetleri olmasından; Carvalhais ve ark.’nın (2020) çalışmasındaki katılımcıların ise %44.7’sinin sağlık profesyoneli olmasından kaynaklanabilir (Carvalhais vd., 2020; Kang vd., 2012; Kara vd., 2018).

Bu çalışmada yapılan iç tutarlılık analizinde PİBA ile alt bölümleri olan PİBA-Üİ ve PİBA-POP ölçeklerinin iki tip analizde de en yüksek Cronbach alfa katsayısı PTD’li grupta görülüp verilen yanıtta göre sırasıyla 0.838, 0.655 ve 0.787; maddeden alınan değere göre 0.822, 0.652 ve 0.755 saptanmıştır. Sanchez ve ark.’nın (2021) 147 PTD’li kadın ve kontrol grubu olarak 128 sağlık uzmanı kadın üzerinde yaptığı çalışmada

Cronbach alfa değeri PİBA-Üİ'de 0.745, PİBA-POP'de 0.758 belirlenmiştir (Sánchez-Sánchez vd., 2021). Hem PTD'li hem de sağlıklı toplamda 341 kadın üzerinde Toprak Çelenay ve ark.'nın (2019) araştırmasında KR-20 değeri PİBA-Üİ'de 0.678, PİBA-POP'de 0.756 bulunmuştur (Toprak Çelenay vd., 2019). Weiss ve ark. (2022) İbranice dilinde gebe popülasyonda yaptıkları çalışmada Üİ bölümünün iç tutarlılığını 0.745, POP bölümünün ise 0.796 ile iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğunu raporlamışlardır (Weiss vd., 2022). Çalışmamızda PİBA-Üİ'nin iç tutarlılığı literatürdeki diğer çalışmalardan düşük; PİBA-POP'nin iç tutarlılığı ise literatürle benzer görülmüştür. Üİ'li birey sayısının diğer çalışmalarda yüksek olmasından kaynaklı çalışmamızdaki sonuçlar düşük olabilir. Literatürde güvenilirlik sadece PİBA'nın alt bölümlerinde incelenmiş olup PİBA toplamında bakılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda PTD'li grupta PTSBT ve fonksiyon/disfonksiyon, risk/etioloji, tanı/tedavi alt boyutlarında saptanan iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) sırasıyla verilen yanıtta göre 0.888, 0.760, 0.779 ve 0.760 olup hem sağlıklı gruba hem de tüm katılımcılara göre daha yüksektir. Bu değer aynı ölçek ve alt boyutlarında sırasıyla maddenin değerine göre 0.883, 0.764, 0.775 ve 0.742 olup sağlıklı gruba göre fonksiyon ve disfonksiyon alt boyutu dışında daha yüksektir. Al-Deges ve Toprak Çelenay'ın (2021) 370 kadın ve erkekten oluşan çalışmasında iç tutarlılık katsayısı (KR-20) sırasıyla 0.926, 0.890, 0.920 ve 0.924 belirlenmiştir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021). Çalışmamız sonucunda elde edilen bulguların literatürdeki bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre daha düşük olmasının sebebinin hem örneklem açısından kadın ve erkeklerde çalışmanın yapılmış olmasından hem de iç tutarlılık analizinde farklı katsayıların kullanılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada genel katılımcılarda, PTD'li ve sağlıklı gruplarda hem verilen yanıtta hem de alınan değere göre üç ölçeğin iç tutarlılığı karşılaştırıldığında güvenilirlik en yüksek PTSBT'de, en düşük İKT'de görülmüştür. PTSBT'nin Türkçe olarak geliştirilmiş olması, İKT'nin ise İngilizce dilinden Türkçe'ye çevrilmiş olmasının bu farkın ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada psikometrik özellikleri incelenen bilgi ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ölçeklerden alınan toplam puan üzerinden hesaplanmıştır. İKT'nin test-tekrar test güvenilirliği sağlıklı grupta PTD'li gruba ve tüm katılımcılara

göre daha yüksek bir değere sahiptir ( $ICC=0.756$ ). Çalışmamızdaki test-tekrar güvenilirliği bulgularının Kara ve ark.'nın (2018) sonuçlarından (Spearman: 0.83-0.94) daha düşük olması farklı analiz yöntemlerinin kullanılmasından kaynaklı olabilir (Kara vd., 2018).

Sanchez ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada 147 PTD'li kadından oluşan örneklemden 25 katılımcıya test-tekrar test güvenilirliğini analiz etmek için çalışmamızda olduğu gibi bir hafta sonra PİBA'yı doldurtmuştur. Anketin Üİ bölümü için 0.995 ve POP bölümü için 0.977 Pearson korelasyon katsayısı saptanmıştır (Sánchez-Sánchez vd., 2021). Ölçeğin geliştirildiği çalışmada Shah ve ark. (2008) jinekoloji bölümüne başvuran 133; ürojinekoloji bölümüne başvuran 61 kadına ilk testi yüz yüze yapıp her alt bölümün test-tekrar test güvenilirliğini oluşturmak amacıyla ilk test katılımcılarının 24'üne telefon yoluyla PİBA'yı yeniden uygulamışlardır. Başlangıç ve tekrar test puanlarını karşılaştırmak için ise Pearson korelasyonunu hesaplayarak Üİ bölümünde 0.675, POP bölümünde 0.941 bulmuşlardır (Shah vd., 2008). PİBA'nın Türkçe psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmalarda Korkut ve ark. (2020) ilk testi dolduran 207 katılımcının 27'sine bir hafta sonra tekrar test uygulayıp alt bölümler için mükemmel ( $ICC>0.90$ ), PİBA için iyi düzeyde ( $ICC=0.878$ ) güvenilirliğe işaret eden sonuçları belirtmişlerdir (Korkut vd., 2020). Toprak Çelenay ve ark.'nın (2019) çalışmasında ise anket 341 kadından 59'una 1 hafta sonra tekrar uygulanmış ve PİBA-Üİ ve PİBA-POP için mükemmel düzeyde güvenilirlik belirtilmiştir ( $ICC$  değerleri sırasıyla 0.90 ve 0.91) (Toprak Çelenay vd., 2019). Bu çalışmada güvenilirlik değerleri alt bölümler için sağlıklı grupta PTD'li gruba göre hafifçe yüksek olup Üİ bölümünde iyi ve POP bölümünde orta düzey; PİBA için PTD'li grupta daha yüksek ve iyi düzeydedir. Literatür incelendiğinde bulgularımız PİBA ile benzer; PİBA-POP için hafifçe düşük ve PİBA-Üİ için Shah ve ark.'nın (2008) çalışması dışında diğerlerine göre daha düşüktür (Korkut vd., 2020; Sánchez-Sánchez vd., 2021; Shah vd., 2008; Toprak Çelenay vd., 2019). Bu farkın ortaya çıkmasında çalışmamızdaki sağlık alanında çalışanların oranının diğer çalışmalarda belirtilen oranlardan daha düşük olması etkili olabilir.

PTSBT'nin zamana dayalı stabilitesi ilk kez bu çalışmada incelenmiş olup orta ve iyi düzey güvenilirliği vardır. Sağlıklı grupta PTD'li gruba göre daha yüksek değerler görülmüştür. Fonksiyon ve disfonksiyon alt boyutu dışında sağlıklılarda ve tüm katılımcılarda güvenilirlik katsayıları iyi düzey olarak yorumlanmıştır ( $ICC>0.80$ ).

PTD'lilerde tanı ve tedavi alt boyutunda iyi düzey güvenilirlik ( $ICC > 0.80$ ); diğer alt faktörler ve PTSBT'nin genelinde orta düzey güvenilirlik ( $ICC = 0.50-0.80$ ) tespit edilmiştir.

Çalışmamızda üç ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği karşılaştırıldığında hem katılımcıların genelinde hem de gruplarda en düşük ICC değerine İKT sahiptir. En yüksek ICC değeri ise sağlıklı grupta PTSBT'de, genel katılımcılar ve PTD'li grupta PİBA toplamında görülmüştür.

### **Geçerlilik**

Yapı geçerliliği bir ölçüm aracının hipotezlerle (örneğin iç ilişkiler, diğer araçların puanlarıyla ilişkiler veya ilgili gruplar arasındaki farklılıklar açısından) tutarlı olma derecesidir (Mokkink vd., 2010). Bu çalışmada katılımcıların tamamında, PTD'li ve sağlıklı gruplarda pelvik tabana dair bilgiyi ölçtükleri için İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin birbirleriyle ilişkileri yakınsama geçerliliği kapsamında; pelvik tabanla ilişkili semptomları değerlendiren PTDE-20 ve KCIÖ ölçekleriyle ilişkileri ise ayırt edici geçerlilik kapsamında Pearson korelasyon analiziyle incelenmiştir.

Carvalhais ve ark. (2020) İKT'nin yapı geçerliliği analizi için maddelere verilen yanıtın ana odağının bilgi olduğu mantığına dayalı olarak sağlık profesyoneli olmayı ve ekonomik gösterge olarak eğitim düzeyini seçmişlerdir. Sağlık profesyoneli olmak ve eğitim seviyesinin yüksek olması bilgi düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili bulunarak yapı geçerliliğinin olduğu belirtilmiştir (Carvalhais vd., 2020). Bu çalışmadaki tüm gruplarda İKT'nin PİBA, PTSBT ve alt boyutları ile korelasyonun yüksek olduğu ( $p < 0.01$ ); PTD'li ve sağlıklı gruplarda PTDE-20 ve KCIÖ ile korelasyon göstermediği belirlenerek yakınsama geçerliliğinin ve literatürle uyumlu olarak ayırt edici geçerliliğinin olduğu tespit edilmiştir. İKT'nin yakınsama geçerliliğinin inceleyen başka başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

PİBA ve alt bölümlerinin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Korkut ve ark. (2020) bilgi ölçeği olan İKT ve septom/yaşam kalitesi ölçekleri olan PTDE-20, Pelvik Taban Etki Anketi-7 ve Global Pelvik Taban Rahatsızlık Ölçeği ile korelasyonlarını inceleyerek; Komon ve ark. (2021) toplam PİBA-POP ve PİBA-Üİ

puanları ile hasta grubu ve hemşire grubunu karşılaştırarak ölçeklerin yapı geçerliliğinin olduğunu belirtmişlerdir (Korkut vd., 2020; Komon vd., 2021). Çalışmamızdaki katılımcıların tamamında ve gruplarda PİBA ve alt bölümlerinin İKT, PTSBT ve alt faktörleriyle yüksek korelasyon gösterdiği ve ilişkili olduğu ( $p<0.01$ ); PTD'li ve sağlıklı gruplarda semptom ölçekleriyle ilişkili olmadığı ( $p>0.05$ ) görülerek yapı geçerliliğinin olduğu saptanmıştır.

PTSBT'nin yapı geçerliliği ölçeğin geliştirildiği çalışmada Rasch analizi ile, bilinen grup geçerliliği PTSBT puanları ile katılımcıların bazı demografik ve klinik özelliklerine göre Mann-Whitney U testi ile incelenerek yapı geçerliliğinin olduğu gösterilmiştir (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021). Bu çalışmada katılımcıların tamamında ve gruplarda PTSBT ve alt faktörlerinin İKT, PİBA ve alt bölümleriyle ilişkili; semptom ölçekleriyle ilişkisiz olması literatürle uyumlu olarak yapı geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

Özetle çalışmamızda ölçeklerin yakınsama ve ayırt edici geçerlilikleri incelendiğinde yapılan analiz sonucunda İKT, PİBA ve PTSBT'nin PTD'li ve sağlıklı bireylerde ayırt edici ve geçerli ölçekler olduğu görülmüştür.

### **Ölçeklerin Puanları**

Katılımcıların İKT'den aldıkları puanlar düşük-orta düzey bilgilerinin olduğunu göstermektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda katılımcıların İKT bilgi seviyeleri çalışmamızla benzer olarak düşük düzeydedir (Carvalhais vd., 2020; Yenişehir vd., 2019).

Katılımcıların PİBA ve alt bölümlerinden aldıkları puanlar orta düzey bilgilerinin olduğuna işaret etmektedir. Almanca ve Rusça dillerinde Lyatoshinkaya ve ark.'nın PTD'si olan kadınlar üzerinde yaptıkları PİBA-POP çalışmasında da katılımcıların bilgi düzeyleri çalışmamızla benzerdir (Lyatoshinskaya vd., 2016). PTSBT ve alt faktörlerinden aldıkları puanlar orta düzey bilgilerinin olduğunu göstermektedir.

### **Tamamlanma Süresi, Kullanım Kolaylığı ve Anlaşılabilirliği**

Katılımcıların ölçekleri tamamlama süreleri fizibiliteyi değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında PTD'li grubun sağlıklı gruba göre üç ölçeği de daha uzun sürede doldurdıkları görülmüştür. PTD'li grubun semptomları olduğu için maddeleri yanıtlarken daha fazla düşünceleri farkın ortaya çıkmasında etkili olabilir. Ölçeklerin karşılaştırılmasında en kısa sürede doldurulan ölçeğin İKT, en uzun sürede doldurulan ölçeğin PTSBT olduğu görülmüştür. Tamamlanma süresindeki farkın ortaya çıkmasında PTSBT'nin madde sayısının İKT'den fazla olması düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullanım kolaylığı ve anlaşılabilirlik dört parametre üzerinden (anlaşılabilirlik, tamamlanma, fayda, hastalıkla ilişki) NDÖ (1-10 puan) kullanılarak incelenmiştir. Ölçeklerin anlaşılmasının kolaylığının sıralaması PTD'li grupta PİBA, İKT ve PTSBT iken sağlıklı grupta PTSBT, İKT ve PİBA'dır. Hem PTD'li hem sağlıklı grupta ölçeklerin tamamlanmasının kolaylığı İKT, PİBA ve PTSBT olarak sıralanırken; faydanın çokluğu açısından PTSBT, PİBA ve İKT olarak sıralanmıştır. Ölçeklerin hepsi PTD'li bireylerde sağlıklı bireylere göre hastalıkla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Literatürde bilgi ölçeklerinin anlaşılabilirliği yüz geçerliliği kapsamında değerlendirilmiş olup anlaşılır bulunmuşlardır (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021; Carvalhais vd., 2020; Komon vd., 2021).

### **Tavan ve Taban Etkisi**

Branch ve ark. (1994) 65 yaş ve üstündeki yaşlıların Üİ epidemiyolojisi ve tedavisi hakkındaki bilgilerini değerlendirmek için 14 maddelik İKT'yi tasarlamışlardır. Hiçbir katılımcı tüm soruları doğru yanıtlamamıştır ama %5'i tüm soruları yanlış yanıtlamıştır (Branch vd., 1994). Bu çalışmada da literatürle benzer olarak İKT'de tavan ve taban etkisi görülmemiştir.

Çalışmamızda PİBA ve alt bölümlerinde PTD'li ve sağlıklı bireylerde tavan ve taban etkisi yoktur. Sanchez ve ark. (2021) PTD'li hastalarla yaptıkları çalışmada bu araştırmanın bulgularıyla uyumlu olarak tavan ve taban etkisinin görülmediğini bildirmişlerdir (Sánchez-Sánchez vd., 2021).

Al-Deges ve Toprak Çelenay'ın (2021) çalışmasında PTSBT ve her alt faktörü için taban etkisi %30'un üstünde görülüp tavan etkisi sadece tanı ve tedavi alt faktöründe (%15.1) görülmüştür (Al-Deges ve Toprak Çelenay, 2021). Bu çalışmada tüm katılımcılarda ve gruplarda PTSBT ve alt faktörlerinde taban etkisi yoktur. Literatüre göre farklı olmasının sebebinin üniversite düzeyinde eğitilmiş kişilerin sayısının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz. Tavan etkisi ise literatürle uyumlu olarak sadece tanı ve tedavi alt boyutunda görülüp sağlıklı kişilerde PTD'li kişilere göre daha yüksektir.

Araştırmanın hipotezleri:

1. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin iç tutarlılıkları benzer düzeydedir (kabul edildi).
2. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin test-tekrar test güvenilirlikleri benzer düzeydedir (reddedildi).
3. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin yakınsama geçerlilikleri benzer düzeydedir (kabul edildi).
4. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin ayırt edici geçerlilikleri benzer düzeydedir (kabul edildi).
5. Sağlıklı ve PTD'si olan kadınlarda İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerinin puanları arasında fark vardır (reddedildi).
6. İnkontinans Kısa Testi, PİBA ve PTSBT ölçekleriyle Pelvik Taban Distres Envanteri-20 (PTDE-20) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) puanları ilişkili değildir (kabul edildi).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- İKT sağlıklı ve PTD'li bireylerde PTS konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren güvenilir ve geçerli bir testtir.
- PİBA sağlıklı ve PTD'li bireylerde PTS konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren güvenilir ve geçerli bir testtir.
- PTSBT sağlıklı ve PTD'li bireylerde PTS konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren güvenilir ve geçerli bir testtir.
- Sağlıklı ve PTD'li kadınların PTS konusundaki bilgi düzeyleri benzerdir.
- İKT, PİBA ve PTSBT'nin iç tutarlılığı verilen yanıtta göre PTD'li bireylerde sağlıklı bireylere göre daha yüksektir.
- Sağlıklı ve PTD'li gruplarda İKT'nin test-tekrar test güvenilirliği benzer düzeydedir.
- Sağlıklı ve PTD'li gruplarda PİBA'nın test-tekrar test güvenilirliği benzerdir.
- PTSBT'nin test-tekrar test güvenilirliği sağlıklı kadınlarda PTD'li kadınlara göre daha yüksektir.
- İKT, PİBA ve PTSBT'nin yakınsama geçerliliği sağlıklı ve PTD'li bireylerde görülmektedir.
- İKT, PİBA ve PTSBT'nin ayırt edici geçerliliği sağlıklı ve PTD'li bireylerde görülmektedir.

- PTD'li grup sağlıklı gruba göre İKT, PİBA ve PTSBT ölçeklerini daha uzun sürede doldurmuşlardır.
- PTSBT'yi tamamlamak PİBA ve İKT'ye göre; PİBA'yı tamamlamak İKT'ye göre daha fazla vakit almaktadır.
- Sağlıklı ve PTD'li gruplara göre İKT, PİBA ve PTSBT ölçekleri kullanımı kolay ve anlaşılırdır.
- Anlaşılma ve hastalıkla ilişki yönünden ölçekler arasında fark yoktur.
- İKT-PİBA ve PİBA-PTSBT arasında tamamlama kolaylığı ve fayda yönünden fark yoktur.
- İKT'nin tamamlanması PTSBT'ye göre daha kolaydır.
- PTSBT İKT'ye göre daha faydalı bulunmuştur.

## 6.2. Öneriler

- Çalışmanın sonucunda İKT, PİBA ve PTSBT'nin PTD'li ve sağlıklı kadınlarda PTS'nin değerlendirilmesinde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli araçlar olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete bağlı bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla erkek popülasyon üzerinde de çalışma yapılabilir.
- Çalışmada katılımcıların yaşı 18-66 arasında sınırlı kalmıştır. Ergenlerde ve geriyatrik popülasyonda bilgi düzeyi ileriki çalışmalarda değerlendirilebilir.
- Çalışma tek merkezlidir. Farklı bölgelerde de incelenip karşılaştırma yapılabilir.
- Bu ölçeklerin PTS bilgisini geliştirmeye yönelik çeşitli eğitim/stratejilerin etkinliğini göstermeye duyarlı olup olmadıklarının incelenmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A & Wein A (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37–49. DOI.org/10.1016/S0090-4295(02)02243-4.
- Acar Z, Aslan E (2021). The burden and cost in urinary incontinence. *The New Journal of Urology*, 16(1), 65–74. DOI.org/10.33719/yud.746448.
- ACOG (2020). Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstetrics and Gynecology*, 135(3), e98–e109. DOI.org/10.1097/AOG.0000000000003716.
- al Edwan G, Abdelazim MS, Salhab SE, Jamal YM, Soliman MA (2021). The prevalence of Overactive Bladder Symptoms in women in Algeria, Egypt, Jordan and Lebanon: A Cross-Sectional Population-Based Survey. *Advances in Therapy*, 38(2), 1155–1167. DOI.org/10.1007/s12325-020-01588-4.
- Al-Deges W, Toprak Çelenay Ş (2019). Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirliği. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye. Erişim adresi: <http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1854/612775.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Al-Deges W, Toprak Çelenay Ş (2021). Development of Pelvic Floor Health Knowledge Quiz in Turkish People: Validity and Reliability. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 32(2), 122–131. DOI.org/10.21653/TJPR.754949.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic criteria and codes. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (p. 423). <http://dsm.psychiatryonline.org//content.aspx?bookid=556&sectionid=41101754>
- Aslan E, Fynes M (2008). Female sexual dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 19(2), 293–305. DOI.org/10.1007/s00192-007-0436-3.
- Aukee P, Usenius JP, Kirkinen P (2004). An evaluation of pelvic floor anatomy and function by MRI. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 112(1), 84–88. DOI.org/10.1016/S0301-2115(03)00327-0.
- Aygin D, Eti Aslan F (2005). Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(3), 393–399.

- Aytan H, Ertunç D, Tok EC, Yaşa O, Nazik H (2014). Genel bir kadın popülasyonunda pelvik organ prolapsusu prevalansı ve ilişkili faktörler. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 11(3), 176–180. DOI.org/10.4274/tjod.90582.
- Balkanlı Kaplan P, Sut N, Kahyaoglu Sut H (2012). Validation, cultural adaptation and responsiveness of two pelvic-floor-specific quality-of-life questionnaires, PFDI-20 and PFIQ-7, in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 229–233. DOI.org/10.1016/j.ejogrb.2012.03.004.
- Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC (2001). Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(6), 1388–1395. DOI.org/10.1067/mob.2001.118659.
- Barber MD, Walters MD, Bump RC (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(1), 103–113. DOI.org/10.1016/j.ajog.2004.12.025.
- Baykuş N, Yenal K (2020). Prevalence of urinary incontinence in women aged 18 and over and affecting factors. *Journal of Women and Aging*, 32(5), 578–590. DOI.org/10.1080/08952841.2019.1682923.
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H, Keskinoglu P, Ellidokuz H (2015). Validity and reliability of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire for the Turkish population. *The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology*, 26(4), 309–314. DOI.org/10.5152/TJG.2015.0185.
- Berzuk K, Shay B (2015). Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 26(6), 837–844. DOI.org/10.1007/s00192-014-2599-z.
- Bharucha AE (2006). Pelvic floor: Anatomy and function. *Neurogastroenterology and Motility*, 18(7), 507–519. DOI.org/10.1111/j.1365-2982.2006.00803.x.
- Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S (2006). Functional anorectal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1510–1518. DOI.org/10.1053/j.gastro.2005.11.064.
- Bordoni B, Sugumar K, Leslie SW (2021). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor. *StatPearls*. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482200/>
- Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CE, Resnick NM (1994). Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(12), 1257–1261. DOI.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb06507.x.

- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JOL, Klarskov P, Shull BL, Smith ARB (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(1), 10–17. DOI.org/10.1016/S0002-9378(96)70243-0.
- Bump RC, Norton PA (1998). Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(4), 723–746. DOI.org/10.1016/S0889-8545(05)70039-5.
- Bump RC, Markowitz MA, Kanji F, Scott V, Ackerman AL, Eilber KS, Anger JT (2020). Validation of the Pelvic Floor Awareness and Knowledge Survey. *Journal of Urology*, 203(Supplement 4). DOI.org/10.1097/ju.0000000000000819.07.
- Cam C, Sakalli M, Ay P, Aran T, Cam M, Karateke A (2007). Validation of the Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL) in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 132–135. DOI.org/10.1016/J.EJOGRB.2007.06.009.
- Cam C, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A. (2007). Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourology and Urodynamics*, 26(1), 129–133. DOI.org/10.1002/NAU.20292.
- Cam C, Sancak P, Karahan N, Sancak A, Celik C, Karateke A (2009). Validation of the short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 146(1), 104–107. DOI.org/10.1016/J.EJOGRB.2009.05.016.
- Cam C, Selcuk S, Asoglu MR, Tug N, Akdemir Y, Ay P, Karateke A (2011). Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. *International Urogynecology Journal*, 22(11), 1375–1379. DOI.org/10.1007/S00192-011-1464-6.
- Carvalhais A, Araújo F, Ferreira M (2020). Incontinence Quiz: Translation, validation, and reproducibility in Portuguese women. *Neurourology and Urodynamics*, 39(8), 2490–2497. DOI.org/10.1002/NAU.24521.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia internationalis*, 72(1), 52–57. DOI.org/10.1159/000075273.
- Çayan S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, Aşçı R, Gümüş B, Kadioğlu A (2016). Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 203, 303–308. DOI.org/10.1016/j.ejogrb.2016.06.030.

- Chao J, Lundberg L, Park H, Nhundu B, Torres P, Desire A, Levy K, Guess M (2016). Fecal incontinence knowledge questionnaire (FIKQ): Validating an instrument to assess knowledge of fecal incontinence in women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214(4), S498–S499. DOI.org/10.1016/J.AJOG.2016.01.091.
- Cichowski SB, Dunivan GC, Komesu YM, Rogers RG (2013). Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. *Southern Medical Journal*, 106(12), 675–678. DOI.org/10.1097/SMJ.0000000000000029.
- Culha MG, Degirmentepe RB, Ozbir S, Cakir SS, Homma Y (2019). Turkish validation of the Overactive Bladder Symptom Score (OABSS) and evaluation of mirabegron treatment response. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2121–2126. DOI.org/10.1007/S00192-019-04054-0.
- de Freitas LM, Bø K, Fernandes ACNL, Uechi N, Duarte TB, Ferreira CHJ (2019). Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. *International Urogynecology Journal*, 30(11), 1903–1909. DOI.org/10.1007/s00192-018-3824-y.
- Dedeli O, Fadiloglu C, Bor S (2009). Validity and reliability of a Turkish version of the Fecal Incontinence Quality of Life Scale. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 36(5), 532–538. DOI.org/10.1097/WON.0B013E3181B36010.
- DeLancey JOL (1993). Anatomy and biomechanics of genital prolapse. In *Clinical Obstetrics and Gynecology* (Vol. 36, Issue 4, pp. 897–909). DOI.org/10.1097/00003081-199312000-00015.
- Dias JJ, Rajan RA, Thompson JR (2008). Which questionnaire is best? The reliability, validity and ease of use of the patient evaluation measure, the disabilities of the arm, shoulder and hand and the Michigan hand outcome measure. *Journal of Hand Surgery: European Volume*, 33(1), 9–17. DOI.org/10.1177/1753193407087121.
- Diaz DC, Robinson D, Bosch R, Costantini E, Cotterill N, Espuña-Pons M, Kocjancic E, Lemos N, Tarcan T, Yoshida M (2017). Patient-Reported Outcome Assessment. In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. Wein (Eds.), *Incontinence: Proceedings of the Sixth International Consultation on Incontinence*, Tokyo, 541-598. Health Publications Limited
- Doğan H, Özen N, Bakar Y, Duran B (2016). Reliability and validity of a Turkish version of the Global Pelvic Floor Bother Questionnaire. *International Urogynecology Journal*, 27(10), 1577–1581. DOI.org/10.1007/S00192-016-3014-8.
- Drake MJ (2014). Do we need a new definition of the overactive bladder syndrome? ICI-RS 2013. *Neurourology and Urodynamics*, 33(5), 622–624. DOI.org/10.1002/NAU.22609.

- Dumoulin C, Gravel D, Bourbonnais D, Lemieux MC, Morin M (2004). Reliability of dynamometric measurements of the pelvic floor musculature. *Neurourology and Urodynamics*, 23(2), 134–142. DOI.org/10.1002/NAU.10175.
- Dunbar A, Ernst A, Matthews C, Ramakrishnan V (2011). Understanding vaginal childbirth. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 35(2), 51–56. DOI.org/10.1097/jwh.0b013e3182266996.
- Eickmeyer SM (2017). Anatomy and physiology of the pelvic floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(3), 455–460. DOI.org/10.1016/J.PMR.2017.03.003.
- Ercan İ, Kan İ (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211–216. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35255/391149>
- Eyigor S, Karapolat H, Akkoc Y, Yesil H, Ekmekci O. (2010). Quality of life in patients with multiple sclerosis and urinary disorders: reliability and validity of Turkish-language version of Incontinence Quality of Life Scale. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 47(1), 67–71. DOI.org/10.1682/JRRD.2009.08.0132.
- Falah-Hassani K, Reeves J, Shiri R, Hickling D, McLean L (2021). The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 32(3), 501–552. DOI.org/10.1007/S00192-020-04622-9.
- Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, Oberpenning F, Osborne JL, Schumacher S (2004). EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*, 46(6), 681–689. DOI.org/10.1016/J.EURURO.2004.07.030.
- Fante JF, Silva TD, Mateus-Vasconcelos ECL, Ferreira CHJ, Brito LGO (2019). Do women have adequate knowledge about pelvic floor dysfunctions? A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia: Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, 41(8), 508–519. DOI.org/10.1055/S-0039-1695002.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. DOI.org/10.3758/BF03193146.
- Food and Drug Administration (FDA) (2006). Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 79. DOI.org/10.1186/1477-7525-4-79.

- Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials: a review. *Health Technology Assessment*, 2(14). DOI.org/10.3310/HTA2140.
- Frawley H, Shelly B, Morin M, Bernard S, Kari B, Digesu GA, Dickinson T, Goonewardene S, McClurg D, Rahnama'i MS, Schizas A, Sliker-ten Hove M, Takahashi S, Voelkl Guevara J (2021). An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 40(5). DOI.org/10.1002/NAU.24658.
- Gökkaya CS, Öztekin ÇV, Doluoğlu ÖG, Güzel Ö, Ersahin V, Özden C, Memiş A (2012). Validation of Turkish version of Bristol Female Lower urinary tract symptom index. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 3(4), 415–418. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRNMk9ESTBOQT09/validation-of-turkish-version-of-bristol-female-lower-urinary-tract-symptom-index>
- Gowda SN, Bordoni B (2021). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Levator Ani Muscle. *StatPearls*. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556078/>
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 21(1), 5–26. DOI.org/10.1007/s00192-009-0976-9.
- High R, Thai K, Virani H, Kuehl T, Danford J (2020). Prevalence of pelvic floor disorders in female CrossFit athletes. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 26(8), 498–502. DOI.org/10.1097/SPV.0000000000000776.
- Howard FM (2003). Chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 101(3), 594–611. DOI.org/10.1016/S0029-7844(02)02723-0.
- Hu T (1990). Impact of Urinary Incontinence on Health-Care Costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(3), 292–295. DOI.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03507.x.
- Hwang SK, Bennis SA, Scott KM, Bonder J (2021). Pelvic Floor Disorders. D. X. Cifu, D. L. Kaelin, K. J. Kowalske, H. L. Lew, M. A Miller, K. T. Ragnarsson, & G. M. Worsowicz (Editors), *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation* (6th ed., pp. 774–788). Elsevier. DOI.org/10.1016/B978-0-323-62539-5.00038-2.
- Iglesia CB, Smithling KR (2017). Pelvic Organ Prolapse. *American Family Physician*, 96(3), 179–185. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/afp/2017/0801/p179.html#afp20170801p179-b1>

- Islam RM, Bell RJ, Billah B, Hossain MB, Davis SR. (2016). The prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in women in Bangladesh. *Climacteric*, 19(6), 558–564. DOI.org/10.1080/13697137.2016.1240771.
- Kang Y, Jones EG, Kim SS (2012). Evaluation of the psychometric properties of the Korean language version of the Incontinence Quiz. *Urologic Nursing*, 32(6), 313–318. DOI.org/10.7257/1053-816x.2012.32.6.313.
- Kaplan S, Türkler C, Bülbül M, Kırıcı P (2020). Evaluation of the prevalence and risk factors of pelvic floor disorders among women in rural Turkey. *Journal of Health Inequalities*, 6(2), 166–171. DOI.org/10.5114/jhi.2020.103230.
- Kara KC, Çıtak Karakaya İ, Tunalı N, Karakaya MG (2018). Reliability and validity of the Incontinence Quiz–Turkish version. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(1), 144–150. DOI.org/10.1111/jog.13469.
- Karakaş Uğurlu G, Uğurlu M, Çayköylü A (2020). Prevalence of female sexual dysfunction and associated demographic factors in Turkey: A Meta-Analysis and Meta-Regression study. *International Journal of Sexual Health*, 32(4), 365–382. DOI.org/10.1080/19317611.2020.1819503.
- Kaya N, Turan N (2011). Reliability and validity of constipation severity scale. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1491–1501. DOI.org/10.5336/MEDSCI.2010-22198.
- Kaya S, Akbayrak T, Toprak Çelenay Ş, Dolgun A, Ekici G, Beksaç S (2015). Reliability and validity of the Turkish King's Health Questionnaire in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 26(12), 1853–1859. DOI.org/10.1007/S00192-015-2786-6.
- Kegel AH (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 56(2), 238–248. DOI.org/10.1016/0002-9378(48)90266-X.
- Kepenekci I, Keskinilic B, Akinsu F, Cakir P, Elhan AH, Erkek AB, Kuzu MA (2011). Prevalence of pelvic floor disorders in the female population and the impact of age, mode of delivery, and parity. *Diseases of the Colon and Rectum*, 54(1), 85–94. DOI.org/10.1007/DCR.0b013e3181fd2356.
- Khullar V, Bray R (2017). History and Examination. L. Cardozo & D. Staskin (Editors), *Textbook of Female Urology and Urogynecology* (4th ed., Vol. 1, pp. 408–422). CRC Press.
- Kitiş Y, Şentürk Erenel A, Arslan Gürcüoğlu E (2019). Turkish adaptation of Female Sexual Distress Scale-R: A validity and reliability study. *Sexuality & Culture*, 23, 927–942. DOI.org/10.1007/s12119-019-09599-2.

- Klinge CJ, Bharucha AE, Fletcher JG, Gebhart JB, Riederer SG, Zinsmeister AR (2005). Pelvic organ prolapse in defecatory disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 106(2), 315–320. DOI.org/10.1097/01.AOG.0000171104.72972.34.
- Komon W, Manonai J, Kijmanawat A, Silpakit C, Tunkoon B, Jengprasert K, Sarit-apirak S (2021). Validation of the Thai version of the Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire (PIKQ). *International Urogynecology Journal*. DOI.org/10.1007/S00192-021-05020-5.
- Korkut A, Citak Karakaya I, Yenisehir S, Karakaya MG (2020). Psychometric properties of the Turkish version of Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 1–9. DOI.org/10.21613/gorm.2020.1099.
- Kucukbas M, Selcuk S, Asoglu MR, Akdemir Y, Karateke A, Cam C (2016). Validation of the Fecal Incontinence Severity Index in a Turkish population. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 22(4), 283–286. DOI.org/10.1097/SPV.0000000000000263.
- Kurt TK (2020). The validity and reliability of the Turkish version of the Pelvic Pain Impact Questionnaire (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir Demokrasi Üniversitesi, İzmir, Türkiye. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kutlu AK, Yilmaz E, Çeçen D, Eser E (2011). The reliability and validity of the Turkish version of the constipation risk assessment scale. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 34(3), 200–208. DOI.org/10.1097/SGA0B013E31821AB553.
- Laycock J, Jerwood D (2001). Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642. DOI.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X.
- Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. (2006). Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetrics and Gynecology*, 107(6), 1253–1260. DOI.org/10.1097/01.AOG.0000218096.54169.34.
- Lyatoshinskaya P, Gumina D, Popov A, Koch M, Haggmann M, Umek W (2016). Knowledge of pelvic organ prolapse in patients and their information-seeking preferences: comparing Vienna and Moscow. *International Urogynecology Journal*, 27(11), 1673–1680. DOI.org/10.1007/S00192-016-3018-4.
- Mantle J (2004). Urinary function and dysfunction. In J. Mantle, J. Haslam, & S. Barton (Editors), *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology* (2nd ed., pp. 333–334). Butterworth-Heinemann.
- Mantle J, Haslam, J, Barton S (2004). Anatomy. In *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology* (2nd ed., p. 5). Butterworth-Heinemann.

- Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, Laycock J, Lim PHC, van Lunsen R, Lycklama À Nijeholt G, Pemberton J, Wang A, Watier A, van Kerrebroeck P (2005). Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 24(4), 374–380. DOI.org/10.1002/nau.20144.
- Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, Terwee CB (2018). COSMIN manual for systematic reviews of PROMs COSMIN methodology for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) user manual. Erişim adresi: <http://www.cosmin.nl/>
- Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Bouter LM, de Vet H CW (2006). Protocol of the COSMIN study: CONsensus-based Standards for the selection of health Measurement INSTRuments. *BMC Medical Research Methodology*, 6. DOI.org/10.1186/1471-2288-6-2.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539–549. DOI.org/10.1007/s11136-010-9606-8.
- Neels H, Wyndaele JJ, Tjalma WAA, de Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A (2016). Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(5), 1524–1533. DOI.org/10.1589/jpts.28.1524.
- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, Spino C, Whitehead WE, Wu J, Brody DJ (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 300(11), 1311–1316. DOI.org/10.1001/jama.300.11.1311.
- O'Donovan G, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, Fox KR., Gately P, Giles-Corti B, Gill JMR, Hamer M, McDermott I, Murphy M, Mutrie N, Reilly JJ, Saxton JM, Stamatakis E (2010). The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *Journal of Sports Sciences*, 28(6), 573–591. DOI.org/10.1080/02640411003671212.
- Oksuz E, Malhan S (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, 175(2), 654–658. DOI.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7.
- Onukwugha E, Zuckerman IH, McNally D, Coyne KS, Vats V, Mullins CD (2009). The total economic burden of overactive bladder in the United States: a disease-specific approach. *The American Journal of Managed Care*, 15(4 Suppl), 1–10. Erişim adresi: [https://www.ajmc.com/view/a220\\_09mar\\_onuks90tos97](https://www.ajmc.com/view/a220_09mar_onuks90tos97)

- Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y (2009). Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. *International Journal of Urology*, 16(6), 566–569. DOI.org/10.1111/J.1442-2042.2009.02311.X.
- Orhan C, Özgül S, Baran E, Üzelpasacı E, Nakip G, Çinar GN, Beksaç MS, Akbayrak T (2019). Cultural adaptation and validation of the Turkish CONTILIFE: a quality of life questionnaire for urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 30(1), 139–147. DOI.org/10.1007/S00192-018-3823-Z.
- Özengin N, Kaya S, Orhan C, Bakar Y, Duran B, Ankaralı H, Akbayrak T (2017). Turkish adaptation of the Pelvic Organ Prolapse Symptom Score and its validity and reliability. *International Urogynecology Journal*, 28, 1217–1222. DOI.org/10.1007/s00192-016-3251-x.
- Raizada V, Mittal RK (2008). Pelvic floor anatomy and applied physiology. In *Gastroenterology Clinics of North America* (Vol. 37, Issue 3, pp. 493–509). Elsevier. DOI.org/10.1016/j.gtc.2008.06.003.
- Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, Wald A (2016). Anorectal Disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1430-1442.e4. DOI.org/10.1053/J.GASTRO.2016.02.009.
- Rao SSC, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M (2004). Dyssynergic defecation: Demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 38(8), 680–685. DOI.org/10.1097/01.MCG.0000135929.78074.8C.
- Reeves P, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, Lloyd A (2006). The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *European Urology*, 50(5), 1050–1057. DOI.org/10.1016/j.eururo.2006.04.018.
- Roberts RO, Jacobsen SJ, Reilly WT, Pemberton JH, Lieber MM, Talley NJ (1999). Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: A community-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(7), 837–841. DOI.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb03841.x.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R (2000). The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191–205. DOI.org/10.1080/009262300278597.
- Rossetti SR (2016). Functional anatomy of pelvic floor. *Archivio Italiano Di Urologia e Andrologia*, 88, 1. DOI.org/10.4081/aiua.2016.1.28.
- Sánchez-Sánchez B, Arranz-Martín B, Navarro-Brazález B, Vergara-Pérez F, Bailón-Cerezo J, Torres-Lacomba M (2021). How do we assess patient skills in a competence-based

- program? Assessment of patient competences using the Spanish version of the Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire and real practical cases in women with pelvic floor disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–12. DOI.org/10.3390/IJERPH18052377.
- Sargın MA, Yassa M, Taymur BD, Ergun E, Akca G, Tug N (2016). Adaptation and validation of the Michigan Incontinence Severity Index in a Turkish population. *Patient Preference and Adherence*, 10, 929–935. DOI.org/10.2147/PPA.S106209.
- Sarıbrahim Astepe B, Köleli I (2019). Translation, cultural adaptation, and validation of Australian pelvic floor questionnaire in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 234, 71–74. DOI.org/10.1016/J.EJOGRB2019.01.004.
- Savas S, Saka B, Akın S, Tasci I, Tasar PT, Tufan A, Yavuzer H, Balci C, Sezgin G, Karan MA, Kocak FOK, Ozturk ZA, Varli M, Erdinçler DS, Esmem M, Nalbant S, Cankurtaran M, Özer FF, Atlı T, Akcicek F (2020). The prevalence and risk factors for urinary incontinence among inpatients, a multicenter study from Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90. DOI.org/10.1016/j.archger.2020.104122.
- Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJG (2008). Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Education Today*, 28(8), 926–934. DOI.org/10.1016/J.NEDT.2008.05.009.
- Seyran Z (2018). Female genitourinary pain index'inin Türkçe versiyonunun kronik pelvik ağrılı kadınlarda kültürel adaptasyon, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Medipol Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. Erişim adresi: <https://acikerisim.medipol.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12511/7240>
- Shah AD, Massagli MP, Kohli N, Rajan SS, Braaten KP, Hoyte L (2008). A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, 19(9), 1283–1289. DOI.org/10.1007/s00192-008-0631-x.
- Stoker J (2009). Anorectal and pelvic floor anatomy. *Best Practice and Research: Clinical Gastroenterology*, 23(4), 463–475. DOI.org/10.1016/j.bpg.2009.04.008.
- Streiner DL, Norman GR, Cairney J (2014). Validity. D. L. Streiner, G. R. Norman, & J. Cairney (Editors), *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use* (5th ed., Issue August, pp. 227–250). Oxford University Press. DOI.org/10.1093/MED/9780199685219.003.0010.
- Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS (2001). Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 98(4), 646–651. DOI.org/10.1016/S0029-7844(01)01472-7.

- Sultan AH, Monga A, Lee J, Emmanuel A, Norton C, Santoro G, Hull T, Berghmans B, Brody S, Haylen BT (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28(1), 5–31. DOI.org/10.1007/S00192-016-3140-3..
- Sung VW, Hampton BS (2009). Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 421–443. DOI.org/10.1016/j.ogc.2009.08.002
- Tarcan T, Mangır N, Özgür MÖ, Akbal C (2012). OAB-V8 Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu Validasyon Çalışması. *Üroloji Bülteni*, 21, 113–116. Erişim adresi: <https://kontinansdernegi.org/wp-content/uploads/2021/08/oab-v8-asiri-aktif-mesane-sorgulama-formu.pdf>
- Tekin YB, Ural ÜM, Üstüner I, Balık G, Güven ESG (2014). Doğu Karadeniz Bölgesinde yaşayan evli kadınlarda cinsel fonksiyon indeksinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 11(3), 153–158. DOI.org/10.4274/tjod.43815.
- Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, Bouter LM, de Vet HCW (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. DOI.org/10.1016/J.JCLINEPI.2006.03.012.
- Toprak Çelenay Ş, Akbayrak T, Kaya S, Ekici G, Beksac S (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the Pelvic Floor Distress Inventory-20. *International Urogynecology Journal*, 23(8), 1123–1127. DOI.org/10.1007/s00192-012-1729-8.
- Toprak Celenay S, Coban O, Sahbaz Pirincci C, Korkut Z, Birben T, Alkan A, Avsar AF (2019). Turkish translation of the Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire: validity and reliability. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2183–2190. DOI.org/10.1007/S00192-019-03962-5.
- Turan N, Aşti TA, Kaya N (2017). Reliability and validity of the Turkish version of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale. *Gastroenterology Nursing*, 40(1), 47–55. DOI.org/10.1097/SGA.000000000000177.
- Uyar Hazar H, Şirin A (2008). İnkontinans Şiddet İndeksinin Geçerlilik ve Güvenilirliği Çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3), 5–8. Erişim adresi: <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/2156?show=full>
- Wall LL, DeLancey JOL (1991). The politics of prolapse: A revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women. *Perspectives in Biology and Medicine*, 34(4), 486–496. DOI.org/10.1353/pbm.1991.0034.

- Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, Fischer J, Hull T, Nygaard I, Weidner AC (2001). The Standardization of Terminology for Researchers in Female Pelvic Floor Disorders. *International Urogynecology Journal*, 12(3), 178–186. DOI: 10.1007/pl00004033
- Weber AM, Richter HE (2005). Pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3), 615–634. DOI.org/10.1097/01.AOG.0000175832.13266.bb.
- Weiss A, Yohay NZ, Daya K, Elnir Katz M, Yohay Z, Hasan M, Baumfeld Y, Elharar D, Weintraub AY, Eshkoli T (2022). Validation of the hebrew version of the prolapse and incontinence knowledge questionnaire (PIKQ) during pregnancy. *International Urogynecology Journal*. DOI.org/10.1007/S00192-021-05038-9.
- Whitehead WE, Wald A, Diamant NE, Enck P, Pemberton JH, Rao SC (1999). Functional disorders of the anus and rectum. *Gut*, 45(2), 1155–1159. DOI: 10.1136/gut.45.2008.ii55
- Whittaker JL, Thompson JA, Teyhen DS, Hodges P (2007). Rehabilitative ultrasound imaging of pelvic floor muscle function. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 37(8), 487–498. DOI.org/10.2519/JOSPT.2007.2548.
- Yağmur Y, Gül S (2021). Urinary incontinence in women aged 40 and older: Its prevalence, risk factors, and effect on quality of life. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(2), 186–192. DOI.org/10.4103/njcp.njcp\_626\_18.
- Yenişehir S, Çıtak Karakaya İ, Karakaya MG (2019). Knowledge and practice of nursing home caregivers about urinary incontinence. *European Geriatric Medicine*, 10(1), 99–105. DOI.org/10.1007/S41999-018-0129-0.
- Yildiz E, Dinçgez Çakmak B, Ketenci Gencer F, Aydın Boyama B (2018). Incidence and severity of pelvic organ prolapse and its risk factors in perimenopausal women. *Eur Arch Med Res*, 34(2), 148–153. DOI.org/10.5152/eamr.2018.70893.
- Yuan H, Williams BA (2010). Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health and Social Care in the Community*, 18(1), 82–90. DOI.org/10.1111/J.1365-2524.2009.00876.X.

## EKLER

## Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No : 210206

Karar No : 225

Araştırma Yürütücüsü	Fizyoterapist DİLAN AYDEMİR
Kurumu / Birimi	İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ / FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
Araştırmanın Başlığı	Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendiren Üç Farklı Türkçe Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	07.09.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	15.09.2021
Karar Tarihi	30.09.2021

KARAR : UYGUNDUR

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

Prof.Dr. Haşim OLGUN  
BaşkanProf.Dr. Kılıçhan BAYAR  
Üye  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun Yönergesinin Madde-9/5-a bendine göre değerlendirilmediği yer alınmıştır.Prof.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA  
ÜyeProf.Dr. Özcan SAYGIN  
ÜyeDoç.Dr. Ahmet Salih SÖNMEZDAĞ  
ÜyeDoç.Dr. Cem ŞAHİN  
ÜyeProf.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ  
Üye

**Ek 2: KURUM İZİN ONAYI**

06.12.2021

DOKTOR SEÇİL GÜNAY AVCI SAĞLIK HİZMETLERİ

T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

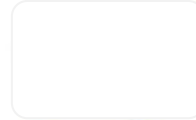
Öğrenci Daire Başkanlığı'na

İlgi: Öğrenci Daire Başkanlığı'nın 25.11.2021 tarihli ve E-28677689-302.08-356981 sayılı yazısına cevaben

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı 1844020006 numaralı öğrencisi Dilan Aydemir'in, "Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendiren Üç Farklı Türkçe Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması" adlı yüksek lisans tez çalışması kapsamında 01.12.2021- 01.06.2022 tarihleri arasında Dr. Seçil Günay Avcı Sağlık Hizmetlerinde anket-ölçek yapma talebi kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Seçil Günay Avcı



### Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Sayın Al-Değes,  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon programı tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışması için İstanbul'da belirlenen bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde pelvik taban sağlığı konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren üç farklı Türkçe ölçeğin psikometrik özelliklerinin karşılaştırılmasını amaçlamaktayız.

Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi ölçeğini çalışmada kullanmak için izninizi talep ediyoruz. Ölçek sadece çalışmamız için kullanılacaktır. Ölçeğin satılması ya da çalışma dışı durumlarda kullanılması söz konusu değildir. Çalışma detaylarını incelemek isterseniz tez çalışması tamamlandıktan sonra elektronik kopyası (PDF) tarafınıza mail olarak iletilecektir.

Ölçeğin kullanım iznini onaylayıp onaylamadığınızı bu mail adresi yoluyla cevaplayabilirsiniz çok sevirim. Teşekkürler.

Keyifli çalışmalar,  
Dilan Aydemir  
Fizyoterapist

Sayın Aygün,  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon programı tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışması için İstanbul'da belirlenen bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde pelvik taban sağlığı konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren üç farklı Türkçe ölçeğin psikometrik özelliklerinin karşılaştırılmasını amaçlamaktayız.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ni çalışmada semptomu ölçmeye yönelik kullanmak için izninizi talep ediyoruz. Ölçek sadece çalışmamız için kullanılacaktır. Çalışma detaylarını incelemek isterseniz tez çalışması tamamlandıktan sonra elektronik kopyası (PDF) tarafınıza mail olarak iletilecektir.

Ölçeğin kullanım iznini onaylayıp onaylamadığınızı bu mail adresi yoluyla cevaplayabilirsiniz çok sevirim. Teşekkürler.

Saygılar,  
Dilan Aydemir  
Fizyoterapist

Konu: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Toprak Çelenay,  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon programı tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışması için İstanbul'da belirlenen bir kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde pelvik taban sağlığı konusundaki bilgi düzeyini değerlendiren üç farklı Türkçe ölçeğin psikometrik özelliklerinin karşılaştırılmasını amaçlamaktayız.

Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi ile Pelvik Taban Distres Envanteri-20 ölçeklerini çalışmada kullanmak için izninizi talep ediyoruz. Ölçekler sadece çalışmamız için kullanılacaktır. Ölçeklerin satılması ya da çalışma dışı durumlarda kullanılması söz konusu değildir. Çalışma detaylarını incelemek isterseniz tez çalışması tamamlandıktan sonra elektronik kopyası (PDF) tarafınıza mail olarak iletilecektir. Ölçeklerin kullanım iznini onaylayıp onaylamadığınızı bu mail adresi yoluyla cevaplayabilirsiniz çok sevirim. Teşekkürler.

Saygılar,  
Dilan Aydemir  
Fizyoterapist

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

“Pelvik Taban Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyini Değerlendiren Üç Farklı Ölçeğin Psikometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması” adlı çalışma Fzt. Dilan Aydemir tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma pelvik taban sağlığı ve fonksiyon bozuklukları konusunda bilgi düzeyini ölçmek üzere geliştirilmiş üç farklı ölçeğin (İnkontinans Kısa Testi, Prolaps ve İnkontinans Bilgi Anketi, Pelvik Taban Sağlığı Bilgi Testi) psikometrik özelliklerinin karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır.

Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz ve bir hafta sonra aynı anketleri yeniden doldurmanız büyük önem taşımaktadır. Çalışmada 5 farklı anket toplam 106 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 60 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Dilan Aydemir ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Fizyoterapist, Dilan Aydemir

Telefon Numarası: 0537 219 9221

Mail: [ptdaydemir@gmail.com](mailto:ptdaydemir@gmail.com)

Gönüllünün Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Katılımınız için teşekkür ederiz.

PELVİK TABAN SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİ DEĞERLENDİREN ÜÇ FARKLI TÜRKÇE ÖLÇEĞİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI DEĞERLENDİRME FORMU			
Adı Soyadı:		Tel No:	Tarih:
<b>A. Fiziksel özellikler</b>			
Yaş:			
Boy:			
Kilo:			
VKI:			
<b>B. Medeni halleri</b>			
<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Dul
<b>C. Eğitim düzeyleri</b>			
<input type="checkbox"/> Okur-yazar	<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise
<input type="checkbox"/> Önlisans	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Lisansüstü	
<b>D. Mesleği:</b>			
<b>E. Çalışma durumu</b>			
<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışıyor	<input type="checkbox"/> Tam zamanlı çalışıyor	
<b>F. Gelir-gider dengesi</b>			
<input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla	<input type="checkbox"/> Gelir giderden az	<input type="checkbox"/> Gelir ve gider eşit	
<b>G. Düzenli sigara alışkanlığı</b>			
<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
<b>H. Düzenli alkol alımı</b>			
<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
<b>I. Kronik öksürük</b>			
<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
<b>J. Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığı (günlük en az 30 dakika olmak üzere haftada 5-7 gün)</b>			
<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
<b>K. Obstetrik hikayeleri</b>			
Gebelik sayısı:			
Doğum sayısı:			
Yaşayan çocuk sayısı:			
Önceki doğum şekli (varsa):	<input type="checkbox"/> Vajinal	<input type="checkbox"/> Sezaryen	
Doğum zamanı:			
Küretaj:	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok	
Abortus sayısı:			
Menstrual durum:	<input type="checkbox"/> Düzenli adet	<input type="checkbox"/> Düzensiz adet	<input type="checkbox"/> Menopoz

Tarih:

**İNKONTİNANS KISA TESTİ**

Aşağıdakiler, üriner inkontinans (idrar kaçırma) ile ilgili bazı ifadelerdir. Lütfen her bir ifade için katılıp katılmadığınızı veya bilmediğinizi belirtiniz (her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz).

	İfadeler	Katılıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum
1.	İdrar kaçıran kişilerin çoğu normal yaşamlarını sürdürürler			
2.	Sıklıkla sızdıran mesane veya istemsiz idrar kaybı olarak adlandırılan idrar kaçırma, yaşlanmanın doğal sonuçlarından biridir			
3.	Birçok kişi 85 yaşına gelince düzenli olarak istemeden/kazara idrar kaçırarak			
4.	Kadınlar idrar kaçırmaya erkeklerden daha yatkındır			
5.	İdrar kaçırmayı tedavi etmek veya ortadan kaldırmak için ped (kadın bağı), alt bezi ve sonda kullanmaktan başka yapılabilecek çok az şey vardır			
6.	Öksürürken, hapsirirken veya gülerken idrar kaçırlıyorsa idrar kontrolüne yardımcı olabilecek egzersizler vardır			
7.	İdrar kaçırmanın en iyi tedavisi genellikle cerrahidir			
8.	İdrar kaçıran bir çok kişi tamamen tedavi edilebilir ve neredeyse hepsi belirgin şekilde iyileşebilir			
9.	İnsanlar düzenli olarak idrar kaçırmaya başladıklarında genellikle bir daha asla bu kontrolü tam olarak kazanamazlar			
10.	İdrar kaçırma, kolayca tedavi edilebilen birçok tıbbi durum nedeniyle oluşabilir			
11.	Reçetesiz ilaçların çoğu idrar kaçırmaya neden olabilir			
12.	İdrar kaçırma sadece bir veya iki nedenle oluşur			
13.	Birçok doktor yaşlı hastalarına mesane kontrol problemlerinin olup olmadığını sorar			
14.	İdrar kaçıran kişilerin çoğu doktorlarıyla bunun hakkında konuşur			

### KULLANIM KOLAYLIĞI VE ANLAŞILABİLİRLİK

1. Bu ölçeğin anlaşılması:											
1: anlaşılması çok kolay	10: anlaşılması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>7</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>9</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>10</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		
2. Bu ölçeğin tamamlanması:											
1: tamamlanması çok kolay	10: tamamlanması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>7</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>9</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>10</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		
3. Bu soruların faydası:											
1: çok faydalı	10: hiç faydalı değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>7</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>9</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>10</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		
4. Bu soruların hastalıkla ilişkisi:											
1: hastalığımla çok ilişkili	10: hastalığımla hiç ilişkili değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>1</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>2</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>3</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>4</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>5</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>6</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>7</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>8</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>9</b></td> <td style="width: 20px; text-align: center;"><b>10</b></td> </tr> </table>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>		

<b>Puan</b>	
<b>Süre</b>	

Tarih:

**PROLAPS VE İNKONTİNANS BİLGİ ANKETİ (PİBA)****PİBA-ÜRİNER İNKONTİNANS**

*Aşağıdakiler, üriner inkontinans (idrar kaçırma) ile ilgili bazı ifadelerdir. Lütfen her bir ifade için katılıp katılmadığınızı veya bilmediğinizi belirtin.*

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum
1. İdrar kaçırma genç kadınlarda, yaşlı kadınlardan daha sık görülür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kadınların idrar kaçırma ihtimali erkeklerden daha fazladır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İdrar kaçırmaya karşı ped ve alt bezi kullanmaktan başka yapılabilecek pek bir şey yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tedavi etmeye çalışmadan önce idrar kaçırma tipini teşhis etmek önemli DEĞİLDİR.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Birçok şey idrar kaçırmaya neden olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Belirli egzersizler İdrar kaçırmanın kontrolüne yardımcı olması için yapılabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bazı ilaçlar idrar kaçırmaya neden olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. İnsanlar bir kez idrar kaçırmaya başladıklarında idrarlarını bir daha asla kontrol edemezler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. İdrar kaçırmayı teşhis etmek için doktorlar özel mesane testleri yapabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ameliyat, idrar kaçırmanın tek tedavisidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Çok doğum yapmak idrar kaçırmaya yol açabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. İdrar kaçıran kişilerin çoğu bazı tedavilerle tamamen veya kısmen iyileşebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PİBA-PELVİK ORGAN PROLAPSUSU**

*Aşağıdakiler, pelvik organ sarkması (vajina, rahim, mesane veya makat sarkması) ile ilgili bazı ifadelerdir. Lütfen her bir ifade için katılıp katılmadığınızı veya bilmediğinizi belirtin.*

	Katılıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum
1. Pelvik organ sarkması (vajina, rahim, mesane veya makat sarkması) genç kadınlarda, yaşlı kadınlardan daha sıktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Çok doğum yapmak pelvik organ sarkmasına yol açabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pelvik organ sarkması herhangi bir yaşta meydana gelebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Belirli egzersizler pelvik organ sarkmasının kötüleşmesini durdurmaya yardımcı olabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pelvik organ sarkmasının belirtileri, pelvik (alt tarafta) ağırlık ve/veya basınç hissini içerir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hastayı muayene etmek, doktorun pelvik organ sarkmasını teşhis etmesinin iyi bir yoludur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bir hastada pelvik organlar sarktığında, onun için yapılabilecek pek bir şey yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Her gün ağır kaldırmak pelvik organ sarkmasına yol açabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ameliyat, pelvik organ sarkması için tedavi türlerinden biridir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Doktorlar pelvik organ sarkmasını teşhis etmek için kan testi yapabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pelvik organ sarkması belirtilerini tedavi etmek için peser denilen lastik bir halka kullanılabilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Obez insanlarda pelvik organ sarkması ihtimali daha düşüktür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### KULLANIM KOLAYLIĞI VE ANLAŞILABİLİRLİK

1. Bu ölçeğin anlaşılması:											
1: anlaşılması çok kolay	10: anlaşılması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2. Bu ölçeğin tamamlanması:											
1: tamamlanması çok kolay	10: tamamlanması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3. Bu soruların faydası:											
1: çok faydalı	10: hiç faydalı değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4. Bu soruların hastalıkla ilişkisi:											
1: hastalığımla çok ilişkili	10: hastalığımla hiç ilişkili değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Puan PİBA	
Puan PİBA-Üİ	
Puan PİBA-POP	
Süre PİBA	
Süre PİBA-Üİ	
Süre PİBA-POP	

Tarih:

**PELVİK TABAN SAĞLIĞI BİLGİ TESTİ**

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



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

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

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Bilmiyorum</b>
13. Sigara bağımlılığı, pelvik tabanı zayıflatabilir.			
14. Sürekli ağırlık taşıma pelvik tabana zarar verebilir.			
15. Kabızlık pelvik tabanın zayıflamasına neden olabilir.			
16. Pelvik taban problemleri gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülebilir.			
17. Bilinçsizce yapılan zorlayıcı sporlar/egzersizler (zıplama, halter kaldırma gibi) pelvik tabanı zayıflatabilir.			
18. Duruş bozukluğu pelvik tabanı etkilemez.			
19. Menopoz, pelvik taban problemlerini etkileyebilir.			
20. Bazı ilaçlar, pelvik taban problemlerine neden olabilir.			
21. Pelvik organlarla (mesane, prostat, rahim...) ilgilicerrahi yaklaşımlar pelvik tabanı zayıflatabilir.			
<b><i>Tanı ve Tedavi</i></b>			
22. Pelvik taban problemlerini belirlemede hasta muayenesi önemlidir.			
23. Pelvik taban problemlerini belirlemede bazı özeltestler kullanılır.			
24. Pelvik taban problemlerinde klinik muayenenin yanında hastanın şikâyeti de önemlidir.			
25. Pelvik taban egzersizleri, pelvik taban problemlerini önleyebilir.			
26. Fizik tedavi, pelvik taban problemlerinin tedavisinde kullanılabilir.			
27. İlaç, pelvik taban problemlerinde tek tedavi yöntemidir.			
28. Ameliyat, pelvik taban problemlerinde kesin çözüm olmayabilir.			
29. Düzenli yapılan fiziksel aktivite ve egzersiz pelvik taban problemleri için yararlıdır.			

### KULLANIM KOLAYLIĞI VE ANLAŞILABİLİRLİK

1. Bu ölçeğin anlaşılması:											
1: anlaşılması çok kolay	10: anlaşılması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2. Bu ölçeğin tamamlanması:											
1: tamamlanması çok kolay	10: tamamlanması çok zor										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
3. Bu soruların faydası:											
1: çok faydalı	10: hiç faydalı değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
4. Bu soruların hastalıkla ilişkisi:											
1: hastalığımla çok ilişkili	10: hastalığımla hiç ilişkili değil										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">10</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

<b>Puan</b>	
<b>Süre</b>	

Tarih:

**PELVİK TABAN DİSTRES ENVANTERİ- 20****Pelvik Organ Prolaps Distres Envanteri 6 (POPDI-6)**

1. Karnınızın alt bölgesinde sıklıkla baskı hissediyor musunuz?

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

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

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

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

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

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

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

5. İdrarınızı yaptıktan sonra tamamlanmadığı hissini sıklıkla yaşıyor musunuz?

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

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

Hayır Evet

Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Önemsiz	Az	Orta	Çok

**Kolorektal-Anal Distres Envanteri 8 (KRADE-8)**

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

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

8. Büyük tuvaletiniz bittiğinde barsaklarınızın tamamen boşaltmadığınızı hissediyor musunuz?

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

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

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

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

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

11. Kontrolünüz dışında sıklıkla barsaktan gaz kaçırıyor musunuz?

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

12. Büyük tuvaletinizi yaparken sıklıkla ağrınız oluyor mu?

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

---

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

Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Önemsiz Az Orta Çok

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

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

**Üriner Distres Envanteri 6 (ÜDE-6)**

15. Sık sık idrara çıkmayı sıklıkla yaşıyor musunuz?

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

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

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

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

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

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

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

19. İdrar torbanızı boşaltmada zorluk sıklıkla oluyor mu?

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

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

- Hayır  Evet Eğer evet ise bu sizi ne kadar rahatsız ediyor?
- 
- Önemsiz Az Orta Çok

Tarih:

## KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ-(FSFI)

Son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederiz.

**\*Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin etme dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler  
**\*\*Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)  
**\*\*\*Cinsel uyarılma:** Sevişme, şevhet, duygu ve düşüncelerin belirlemesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar  
**\*\*\*\*Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat, alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmaların olma durumu.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?
  - Çok yüksek
  - Yüksek
  - Orta
  - Düşük
  - Çok düşük veya hiç
3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Çok yüksek
  - Yüksek
  - Orta
  - Düşük
  - Çok düşük veya hiç
5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok emindim
  - Emindim
  - Oldukça emindim
  - Az emindim
  - Çok az / hiç emin değildim
6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?
  - Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok çok zor veya imkansızdı
  - Çok zordu
  - Zordu
  - Biraz zordu
  - Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişkiniz\*\* bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişkiniz\*\* bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma\*\*\* veya cinsel ilişkide\*\* ne sıklıkta orgazm\*\*\*\* oldunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma\*\*\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında orgazma\*\*\*\* ulaşmak sizin için ne kadar zordu?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok çok zor veya imkansızdı
  - Çok zordu
  - Zordu
  - Biraz zordu
  - Hiç zorluk çekmedim
13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma\*\*\* veya cinsel ilişki\*\* sırasında orgazma\*\*\*\* ulaşmanız ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok tatminkardı
  - Genellikle tatminkardı
  - Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
  - Genellikle tatminkâr değildi
  - Hiç tatminkâr değildi
14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite\* veya cinsel ilişkiniz\*\* sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok tatminkardı
  - Genellikle tatminkardı
  - Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
  - Genellikle tatminkâr değildi
  - Hiç tatminkâr değildi
15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz\*\* sizin için ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok tatminkardı
  - Genellikle tatminkardı
  - Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
  - Genellikle tatminkâr değildi
  - Hiç tatminkâr değildi
16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
  - Çok tatminkardı
  - Genellikle tatminkardı
  - Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkâr değildi
  - Genellikle tatminkâr değildi
  - Hiç tatminkâr değildi
17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Hemen hemen her zaman
  - Çoğu zaman (15 günden fazla)
  - Bazen (15 günde)
  - Birkaç kez (15 günden az)
  - Hemen hemen hiç / hiçbir zaman
19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?
- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
  - Çok yüksek
  - Yüksek
  - Orta
  - Düşük
  - Çok düşük veya hiç

**Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ**

- Adı Soyadı : Dilan Aydemir
- Yabancı Dili : İngilizce
- Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)
- Lise : Mersin Hacı Sabancı Anadolu Lisesi (2006-2010)
- Lisans : Süleyman Demirel Üniversitesi (2011-2015)
- Yüksek Lisans : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (2018-2022)
- Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl : İstanbul Başkent Üniversite Hastanesi (2022-devam ediyor)
- Yayımları (SCI ve diğer) : Aydemir, D & Başbuğ, P. (2019). Urinary incontinence in female athletes. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, Volume 6, Addition 2, Page 75 X. Congress of Sports Physiotherapists with International Participation.
- Aydemir, D. & Günay Avcı, S. (2020). Doğum Sonrası Geç Dönemde Pelvik Organ Prolapsusu İçin Bir Tedavi Seçeneği Olarak Fizyoterapi. 1. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, Haliç Üniversitesi.
- Günay Avcı, S. & Aydemir, D. (2022). Analjezik Alerjisi Olan Panik Ataklı Gebede Non Farmakolojik Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) Yöntemi ile İntrapartum Analjezi; Olgu Sunumu. 4th International Congress On Medical Sciences And Multidisciplinary Approaches (p. 892). Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları, E-ISBN: 978-625-7367-53-0.