



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**15-49 YAŞ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME
SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

SEVİNÇ KULAKSIZOĞLU

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK

İstanbul-2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Sevinç KULAKSIZOĞLU
Tez Başlığı : 15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 11.08.2017

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Asiye KOCATÜRK

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN

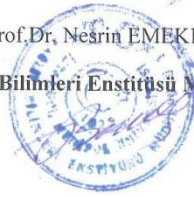
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Nazende KORKMAZ YILDIZ Marmara Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 15./08./2017. tarih ve 2017.../...24... - 22... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sevinç KULAKSIZOĞLU



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK'e,

Tez jüri üyeliğinde görev alan Sayın Yrd. Doç. Dr. Nazende KORKMAZ YILDIZ'a,
Sayın Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN'a,

Çalışmamın yapıldığı Bilecik Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan personele,

İstatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından Yrd. Doç.Dr. Hülya SARAY KILIÇ'a,

Yüksek lisans eğitimimde her zaman destekçim olan Öğr.Gör.Gözde KÜĞCÜMEN'e, Uzman Gülser ŞERBETÇİ'ye,

Tez çalışmam boyunca bana yardımcı olan ve beni yalnız bırakmayan arkadaşlarım Gamze AKYAR, Fatıma AVŞAR ve çeviride yardımcı olan Tülay KARATAŞ'a

Bugünlere gelmemde büyük payı olan annem, babam, dedem-babanneme, bana sabır gösteren bütün aileme ve ablam Ayşen BAYDOĞAN'a,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

KISALTMALAR LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DM: Diabetes mellitus

DS: Davranışların Sınırlandırılması

HT: Hipertansiyon

ICS: Uluslar arası Kontinans Grubu

I-QOL: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

MÜİ: Miks Üriner İnkontinans

n: Denek Sayısı

PE: Psikososyal Etkilenme

PTK: Pelvik Taban Kas

Sİ: Sosyal İzolasyon

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

UÜİ: Urge Üriner İnkontinans

Üİ: Üriner İnkontinans

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.1.İşeme Fazı.....	7
Şekil 6.1.Üriner İnkontinans Bulunma Durumu.....	38
Şekil 6.2. Üriner İnkontinans Tipleri.....	38



TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.3.1. Evrene Göre Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı Dağılımı.....	30
Tablo 5.3.2. Örneklem Alınan Aile Sağlığı Merkezi ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı Dağılımı.....	32
Tablo 5.4.2.1. I-QOL Ölçeğinin Cronbach's Alpha Değerleri.....	35
Tablo 6.1. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 6.2. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayanların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 6.3. Kadınların Üriner İnkontinanslarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 6.4. Üriner İnkontinan Kadınların Üriner İnkontinansın Önlenmesi ve Tedavisine İlişkin Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	44
Tablo 6.5. İnkontinan Kadınların Yaşam Kalitesi Puanları.....	45
Tablo 6.6. İnkontinan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 6.7. İnkontinan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 6.8. Kadınların Üriner İnkontinansla İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı.....	49
Tablo 6.9. Üriner İnkontinans Yaşama Zamanlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı.....	51

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Kontinans Mekanizması.....	5
4.2. Üriner İnkontinans.....	8
4.2.1. Üriner inkontinans tipleri.....	8
4.2.1.1. Stres üriner inkontinans.....	8
4.2.1.2. Sıkışma (urge) üriner inkontinans.....	8
4.2.1.3. Karışık (miks) üriner inkontinans.....	9
4.2.1.4. Taşma şeklinde idrar kaçırma (overflow inkontinans).....	9
4.2.1.5. Total tip üriner inkontinans (devamlı/bypass/refleks inkontinans).....	9
4.2.1.6. Fonksiyonel tip üriner inkontinans (bilişsel/transient/geçici).....	10

4.2.1.7. Nokturnal enurezis.....	10
4.2.2. Üriner inkontinans sıklığı.....	10
4.2.3. Üriner inkontinanstaki risk faktörleri.....	12
4.2.3.1. Yaş.....	12
4.2.3.2. Irk ve genetik.....	13
4.2.3.3. Cinsiyet.....	13
4.2.3.4. Obstetrik öykü.....	13
4.2.3.5. Menopoz.....	14
4.2.3.6. Sigara, alkol kullanımı.....	14
4.2.3.7. Obezite.....	14
4.2.3.8. Kronik konstipasyon.....	15
4.2.3.9. Kronik öksürük.....	15
4.2.3.10. Üriner sistem enfeksiyonları.....	15
4.2.3.11. Sistemik hastalıklar.....	16
4.2.3.12. Cerrahi operasyonlar.....	16
4.2.4. Üriner inkontinans tanısı.....	16
4.2.4.1. Anamnez.....	16
4.2.4.2. Mesane günlüğü.....	17
4.2.4.3. Fizik muayene.....	17
4.2.4.4. Ürojinekolojik testler.....	17
4.2.4.4.1. İdrar kültürü.....	17

4.2.4.4.2. Q tip test (cotton-swab test).....	17
4.2.4.4.3. Stres test (marshall-machetti veya boney testi).....	18
4.2.4.4.4. Ped testi.....	18
4.2.4.5. Ürodinamik laboratuvar testleri.....	19
4.2.4.5.1. Üroflowmetri (idrar akım hızı).....	19
4.2.4.5.2. Sistometri.....	19
4.2.4.5.3. Elektromiyografi.....	20
4.2.4.5.4. Üretral basınç profili.....	20
4.2.4.5.5. Videoürodinami.....	20
4.2.5. Üriner inkontinanstan korunma.....	20
4.2.6. Üriner inkontinansta tedavi.....	21
4.2.6.1. Konservatif tedavi.....	21
4.2.6.1.1. Mesane eğitimi.....	21
4.2.6.1.2. Pelvik taban kas egzersizleri.....	22
4.2.6.1.3. Davranışsal yaşam tarzı değişiklikleri.....	23
4.2.6.1.4. Elektriksel stimülasyon.....	23
4.2.6.1.5. Biofeedback.....	24
4.2.6.1.6. Vajinal konlar.....	24
4.2.6.1.7. Dijital palpasyon.....	24
4.2.6.2. Farmakolojik tedavi.....	24
4.2.6.3. Cerrahi tedavi.....	25

4.2.7. Yaşam Kalitesi.....	27
5. METOT VE MATERYAL	29
5.1. Araştırmanın Tipi.....	29
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
5.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar.....	33
5.4.1. Kişisel bilgi formu.....	33
5.4.2. İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (incontinence quality of life – I-QOL).....	33
5.5. Uygulama.....	35
5.5.1. Ön uygulama.....	35
5.5.2. Veri toplama formlarının uygulanması.....	35
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
5.7. Etik Boyut.....	36
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
6. BULGULAR	38
7. TARTIŞMA	53
7.1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Bulunma Durumlarına Göre Sosyodemografik, Obstetrik Ve Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Tartışılması.....	53
7.2. Araştırma Grubundaki İnkontinan Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması.....	58
8. SONUÇ.....	62

9. KAYNAKLAR.....	64
10. EKLER	76
11. ETİK KURUL ONAYI	86
12. ÖZGEÇMİŞ	89



1. ÖZET

15-49 YAŞ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Üriner inkontinans kadınlarda daha sık görülen, sosyal, ekonomik, fiziksel ve psikososyal etkileri olan yaygın bir sağlık sorunudur. Üriner İnkontinans miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma, kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Bilecik merkez ve ilçelerinde aile sağlığı merkezlerinde 01.03.2017-30.04.2017 tarihleri arasında tabakalı orantılı örnekleme yöntemiyle çalışmaya alınan 381 kadınla yapılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılmıştır. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı %37 olarak saptanmıştır. İnkontinansı olanlarda %53,2 stres, %31,2 urge, %15,6 miks inkontinans olduğu belirlenmiştir. Yaşın artması ve evli olmak ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kürtaj olmak, vajinal yolla doğum yapmış olmak üriner inkontinansı arttırdığı ve şikayetlerin en fazla doğum sonrası dönemde ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan inkontinan kadınların total I-QOL puanı $84,3 \pm 16,0$ min 30,9, max 100,0 puandır. I-QOL puan ortalamasının miks üriner inkontinans puanının diğerlerine göre (urge, stres) anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Kadınların genel olarak yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerde olduğu ve orta düzeyde etkilendiği görülmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan ebe-hemşirelerin üriner inkontinansın bir sağlık sorunu olduğunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bilerek korunma yöntemleri hakkında kadınları bilgilendirmeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: 15-49 yaş, kadın, sıklık, üriner inkontinans, yaşam kalitesi

2.ABSTRACT

THE FREQUENCY OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN BETWEEN THE AGES 15-49 AND DETERMINATION OF ITS EFFECT ON LIFE QUALITY

Urinary incontinence is a common health problem which is more frequently seen in women and has social, economical, physical, psychosocial effects. Urinary Incontinence is defined as a complaint of involuntary urinary incontinence regardless of the amount. This study was conducted as cross-sectional to determine the incidence of urinary incontinence and the quality of life in women. The survey was carried out with 381 women being included in the study with stratified proportional sampling method, between the dates 01.03.2017-30.04.2017 at the family health centers in the center and districts of Bilecik. Personal information form and urinary incontinence quality of life scale (I-QOL) were used to collect data. The incidence of urinary incontinence in women was found to be 37%. 53.2% stress, 31.2% urge, 15.6% mix incontinence were determined in those with incontinence. It was determined that there was a significant relationship between age increase and being married and urinary incontinence. It was found that abortion and vaginal delivery increased urinary incontinence and complaints appeared mostly in postpartum period. All incontinent women who participated in the study had a total I-QOL score of $84,3 \pm 16,0$ min 30.9, max 100.0 points. It was found that mix urinary incontinence score of the mean I-QOL score was significantly lower than the other urinary incontinence scores (urge, stress). It is generally seen that women's quality of life scores are high and moderately affected. Midwife-Nurses working at the Family Health Centers are advised to inform women about prevention methods by knowing that urinary incontinence is a health problem and negatively affects quality of life.

Key words: ages 15-49, woman, frequency, urinary incontinence, quality of life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Grubu tarafından (ICS) 2002 yılında “istemsiz olarak miktarı ne olursa olsun idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanmıştır (27).

Kadın hayatı çocukluk, puberte, cinsel olgunluk, klimakteriyum ve yaşlılık dönemi olmak üzere 5 (beş) grupta sınıflandırılmaktadır. Kadınlar 15-49 yaş arasında cinsel olgunluğa ulaşır, doğurganlık özelliği kazanırlar (103). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 15-49 yaş aralığının doğurganlık dönemi olması sebebiyle, bu yaş aralığını gebelik ve doğumla ilgili üreme sağlığı sorunlarının en fazla yaşandığı dönem olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle yaşam boyu yaklaşımı sağlayan 15-49 yaş izlemleri kadın hayatında önemli bir yer tutar (48).

Üriner inkontinans (Üİ) yetişkinlerde görülme sıklığı %20-30 arasında değişen yaygın bir sorundur. Bu sorunun kadınlarda görülme sıklığı daha fazla olup sosyal, ekonomik, fiziksel ve psikososyal etkileri bulunmaktadır (50).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının ortalaması %27,6, dağılım aralığının %4,8-58,4 arasında olduğu bildirilmektedir (77). Türk kadınlarında üriner inkontinans sıklığı %16,4 ile %49,7 arasında değişmektedir (14).

Kadınlar için üriner inkontinans risk faktörleri arasında ırk, genetik, yaş, menopoz, histerektomi, obezite, üriner enfeksiyonlar, kronik kabızlık, diyabet, gebelik ve doğum yapmış olmak yer almaktadır (78).

Kadınların çoğunluğu üriner inkontinansı tıbbi problem olmaktan çok sosyal bir problem olarak görmektedir. Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. İnkontinans, yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da sürekli ıslak olma durumu ve irritasyona bağlı rahatsızlık vermesi nedeniyle kişiye sıkıntı veren, yetersiz hissettiren bir durumdur. Üriner inkontinans şikayeti yaşayan kadınlar doğallığının ve özgürlüğünün kaybolduğunu düşünmektedirler. Kadın işeme fonksiyonunu kontrol edemediği için kendini kusurlu ve eksik olarak görür. Artık çekiciliğinin olmadığını düşünür (24).

Bu çalışma kadınlarda önemli bir sorun olan üriner inkontinansın Bilecik ilinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu çalışmadaki ortaya çıkan sonuçlarla literatüre katkı sağlamak, sağlık çalışanlarının takiplerini yaptıkları 15-49 yaş arasındaki kadınlara daha yakından yardımcı olabilmek ve duruma göre çözüm önerilerine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.



4. GENEL BİGİLER

4.1. Kontinans Mekanizması (25, 98)

Kontinans, işemenin istemli olarak gerçekleştirildiği dönemlerde, idrarını mesanede tutabilme yeteneğidir. Alt üriner sistemin normal fonksiyonunu yerine getirebilmesi ve kontinans kontrolü için;

-Merkezi ve periferik sinir sistemlerinde var olan nöral merkezler arasında tam uyum ve entegrasyonun sürdürülmesi,

-Mesane, üretra ve pelvis taban kaslarının yapısal özelliklerinin tam ve nöral geçişlerinin uyum içinde olması gerekir.

Kontinans, işeme siklusunun dolma/depolanma fazında mesane basıncının yüksek tutulması ile başarılır. Mesanenin dolum fazında idrar volümünde büyük artış olmasına rağmen fizyolojik koşullarda mesane içi basınç minimal düzeyde tutulur. Mesanenin bu fizyolojik uyum yeteneği, mesane duvarındaki bağ dokusunun yapısı ve kasların elastik özellikleri ile sağlanır.

Kontinans mekanizması iki önemli aşama ile gerçekleştirilir.

Dolum Fazı (Dolum/Depolama Fazı)

Mesanede idrarın toplanması, tutulması, uygun zamanda ve yerde dışarı atılması mesane-üretra ünitesinin birbirine karşıt ama tam uyum içindeki fonksiyonları ile yürütülür. Biri kontrakte olunca diğeri refleks yollarla gevşer.

İdrar üreterlerden her 10 saniyede ya da 2-3 dakikada bir defa tekrarlayan peristaltik hareketlerle ve 3 cm/sn hızla mesaneye gönderilir. Mesane içi basınç ve mesane duvarının gerilmesi, üreteri kompresyonla kapalı tutar ve idrarın üretere geri kaçmasına izin vermez.

Mesanede idrar toplanmasını kolaylaştıran refleks olaylar birbirini tamamlar. İdrar mesanede 200 ml'ye ulaştığında ilk idrar yapma hissi uyanır. Bu afferent uyarılar, detrüsörün gerilmesi, trigon kasının gerilmesi, üretradaki dış sfinkter kaslar yardımı

ile pelvik taban ve perinede tansiyon artışı ile başlar. Mesanenin dolum fazında, pelvik pleksustaki sempatik baskılama ile, parasempatik sinir akışı durmuştur. İdrar miktarı 400-500 ml'ye ulaştınca mesane, maksimal kapasitesinin sınırına yaklaşır. Ancak mesane içi basınç üretra içi basınçtan (10 cm H₂O) düşüktür, bu arada idrar hissi artmıştır. İstemli çalışan kaslar uygun bir zaman ve yer bulana kadar idrarı tutmaya çalışır.

İşeme Fazı

İşeme sırasında parasempatik sinir sistemi baskındır ve detrusör, mesane tam olarak boşalınca kadar kontraktedir. İşeme fonksiyonu için merkezi ve periferik sinir sistemi koordinasyon içerisinde çalışmalıdır. İşeme fazında idrarı mesanede tutan refleksler tersine çalışmaya başlar.

İşeme sırasında;

- Pelvik taban ve üretral çizgili kaslar gevşer. Böylece intraüretral basınç düşer.
- Daha sonra detrusor kontraksiyon ile intravezikal basınç artar. İşeme sırasında intravezikal basınç hiçbir zaman 60 mm H₂O'yu aşmamalıdır. Aksi takdirde veziko-üretral reflü olur.
- Detrusor ile birlikte üretral düz kaslar da kasılarak üretranın kısalarak genişlemesini sağlar.
- Mesane boynu ve proksimal üretra hafif aşağıya iner ve idrar akışı kolaylaşır. Proksimal üretranın 1/3 kısmı mesane boynu ile birlikte huni gibi genişler.
- Mesane, üretra aksına doğru eğilir, üretrovezikal açı düzleşir ve idrar akışı başlar.

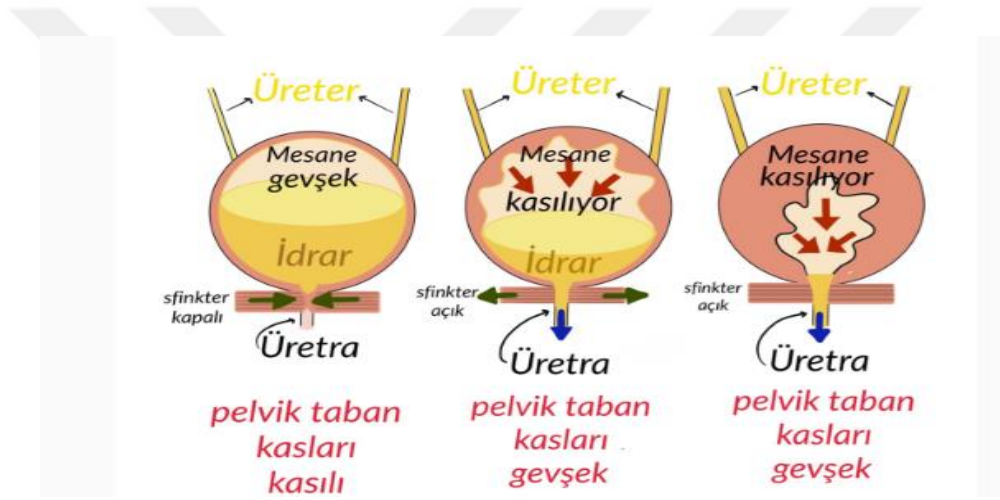
İşeme bittiğinde;

- İşemenin sonlanması için pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kasılır.
- Mesane boynu simfizise doğru yükselir.
- Üretral basınç artar.

-İdrar akımı, orta üretrada durdurulur. Proksimal üretrada kalan birkaç damla idrar mesane içine geri döner.

-Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrusor kası gevşetir. İntravezikal basınç normale döner.

Siklus yeniden başa döner ve “Spinal İşeme Merkezi”nin istemsiz inhibisyonu ile dolum fazı yeniden başlar (26).



Şekil 4.1.1. İşeme Fazı (53)

4.2. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Grubunun (ICS) 1979'daki raporuna göre "idrarin istemsiz olarak dışı atılması veya idrarın tutulamaması durumu ve objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik bir sorun" olarak tanımlanmıştır (1). Fakat araştırmacıların farklı inkontinans tanımlarını kullanması sebebiyle standart bir tanım oluşturmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaçtan yola çıkılarak ICS'nin 2002 yılındaki raporuna göre "miktarı ne olursa olsun istemsiz olarak idrar kaçıırma şikayeti" olarak tanımlanmaktadır (27).

4.2.1. Üriner inkontinans tipleri

Uluslararası Kontinans Derneğine göre üriner inkontinans sosyal yaşam, hijyen ve yaşam kalitesine olan etki, tip, sıklık, şiddet, ağırlaştırıcı faktörler, idrar kaçağını belirlemede kullanılan ölçümler, üriner inkontinans sebebiyle kişinin yardım arayışında olup olmamasına göre değerlendirilmelidir (2).

4.2.1.1. Stres üriner inkontinans

Öksürme, hapşırma, gülme, egzersiz ya da efor gibi karın içi basıncını yükselten aktiviteler sırasında ve muayene esnasında ya da dolun sistometrisi yaparken karın içi basınç artışı ile detrusor kasılması olmadan istemsiz kaçış gözlemlenmesine stres üriner inkontinans (SÜİ) denir (2, 15, 99).

Stres inkontinans, zor doğum yapmış kadınlarda ve menopozdaki kadınlarda pelvik tabanı destekleyen kas ve fasyaların zayıflamasından dolayı daha sık görülmektedir. Ayrıca stres inkontinans yaşlanmanın, östrojen yetmezliğinin ya da vajen duvar prolapsusunun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir (99). Multipar ve ileri yaştaki obez kadınlarda daha sık rastlanır (15).

4.2.1.2. Sıkışma (urge) üriner inkontinans

Birden ortaya çıkan ve önlenemeyen işeme hissi ile birlikte olan idrar kaçırmaya urge üriner inkontinans (UÜİ) denir. Bu şikayet genellikle detrusor instabilitesi sonucu oluşur (2, 15).

Urge üriner inkontinans diüretik kullanımı, üriner sistemde taş ve geçirilmiş jinekolojik ameliyat, enfeksiyon ve nörolojik nedenlere bağlı olarak da ortaya çıkabilir.

Hastaların hekime genellikle ani olarak gelişen idrar yapma hissi ile beraber idrarını tuvalete yetişemeden kaçırma şikayeti ile başvururlar (99). Bu belirtiler sistit, mesane çıkım tıkanıklığına bağlı olarak ve nörolojik hastalıklarda da görülebilir.

Urge üriner inkontinansı olan hastalar genelde cerrahi tedaviye cevap vermezler (99).

4.2.1.3. Karışık (miks) üriner inkontinans

İki ya da daha fazla tip inkontinansın bir arada görülmesine miks üriner inkontinans (MÜİ) denir. Çoğunlukla stres ve urge üriner inkontinans bir arada görülür. Acil işeme hissi ve öksürük, hapşırık, gülme, efor ile idrar kaçırmanın bir arada bulunduğu durumdur (2).

4.2.1.4. Taşma şeklinde idrar kaçırma (*overflow inkontinans*)

Şahin ve Deliktaş'a (99) göre detrusor kasılma yetersizliği nedeni ile mesanenin tam boşaltılamamasına (bazı ilaçlar, spinal/periferik sinir hasarı, yaşlanmaya bağlı miyojenik hasar) bağlı olabileceği gibi mesane çıkımındaki tıkanmaya da (erkeklerde benign prostat büyümesi, prostat kanseri, mesane boynu disfonksiyonu ya da üretra darlığı, kadınlarda geçirilmiş idrar kaçırmayı önleyici ameliyatların neden olduğu tıkanma ya da sistosel) bağlı olabilir. Bu hastalar mesanelerini tam olarak boşaltamazlar. Taşma inkontinansı, mesane çıkım tıkanıklığı tedavi edildiğinde genellikle düzelir. Taşma inkontinansı uzun bir sürede geliştiği için hastalar mesanelerini tam boşaltamadıklarının farkına varmazlar, bu nedenle idrar kaçırmayı olan her hastaya işeme sonrası rezidü idrar miktarı bakılmalıdır (99).

4.2.1.5. Total tip üriner inkontinans (*devamlı/bypass/refleks inkontinans*)

Duyusal faktör ya da herhangi bir uyarı olmadan meydana gelen sürekli idrar kaçırmaya denir (2, 15, 69).

4.2.1.6. Fonksiyonel tip üriner inkontinans (bilişsel/transient/geçici)

Uretra dışı nedenlerle olan inkontinans, ektopik üreter, fistul gibi sebeplerle üretra dışındaki kanallardan idrar akışının gözlemlendiği inkontinans tipidir (2).

4.2.1.7. Nokturnal enurezis

Uyku esnasında meydana gelen idrar kaçırma şikayetidir (2).

4.2.2. Üriner inkontinans sıklığı

Sıklık, herhangi bir zamanda herhangi bir şartın oluşma olasılığıdır, şarta uygun insan sayısı test edilen insan sayısına bölünerek bulunur (72).

Kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinsiyette yaş ile doğru orantılı olarak artış göstermektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı üzerine yapılmış farklı çalışmalarda erkeklerde %1,6-24, kadınlarda %4,5-53 arasında değişen değerler bulunmuştur. Çalışmalarda görülme sıklığının geniş aralıklarda bulunmasının sebebi üriner inkontinansın farklı şekillerde tanımlanmasından kaynaklanmaktadır (27).

Genel olarak literatürde kadınların tümü için üriner inkontinans görülme sıklığı ortalama olarak %25 şeklinde bildirilmektedir (64). Türkiyede farklı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı

Uşak'da 18 yaş üzerindeki 259 kadında %26,6 (34),

Kocaeli'de 18 yaş üzerindeki 555 kadında %44,8 (104),

İstanbul'da 35 yaş üzerindeki 201 kadında %42,8 (91),

Eskişehir'de 18 yaş üzerindeki 1.023 kadında %31,4 (51),

Aydın'da 18 yaş üzerindeki 1.012 kadında %23,9 (63),

Konya'da 65 yaş üzerindeki 543 kadında %43,6 (21),

Malatya'da 20 yaş üzerindeki 459 kadında %49,7 (45),

Rize’de menopoz dönemindeki 216 kadında %45,3 (101),

Mersin’de 18-70 yaş arasında 1.320 kadında %21,3 (40),

Elazığ’da reprodüktif çağıdaki 462 kadında %31,4 (90),

Afyon’da 20-80 yaş arasında 1.050 kadında %44,6 (100),

Denizli’de 15-49 yaş arasında 260 kadında %61.5 (23),

Kahramanmaraş’ta 15 yaş üzerindeki 4.506 kadında %18,8 (17),

Kırklareli’nde 40 yaş üzerindeki 435 kadında %48,3 (3),

Ankara’da 20 yaş üzerindeki 229 kadında %37,1 (69),

Kayseri’de 18 yaş üzerindeki 775 kadında %36,6 (28),

Şanlıurfa’da 15-49 yaş arasında 300 kadında %56 (62),

Lefkoşa’da 20 yaş üzerindeki 376 kadında %42,6 (39) olarak bulunmuştur.

Yurtdışında yapılmış çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı;

Lee ve ark Koreli 19 yaş üzerindeki 13.345 kadında %24,4 (74),

Hollanda’da yapılan 18 yaş üzerindeki 1.257 kişi ile yapılan çalışmada genel inkontinans %36,8, kadınlarda %49,0, erkeklerde %22,6 (76),

Amerika’da farklı ırklara ait 83.355 orta yaşlı kadınlarda %43 (30),

Katar’da 521 kişide %20,7 (43),

Çin’de 19.024 kadında MÜİ sıklığı %9,4 (113),

Fransa’da 18 yaş üstü 2.183 kadında %26,8 (73),

Norveç’te 27.936 kadında %25 (47),

Brezilya’da klimakterik dönemdeki 476 kadında %32 (44),

Sidney’de 41 yaş üzerindeki 262 kadın ve 232 erkek ile yapılan çalışmada kadınlarda %61 (78) olarak bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 200 milyondan fazla kişinin mesanesini kontrol edemediğini ve üriner inkontinansın toplum sağlığı açısından büyük problem olduğunu bildirmektedir (107).

Sağlık durumları ile ilgili herhangi bir sorunun görülme sıklığına ait epidemiyolojik çalışmalar, ihtiyaç duyulacak tedavi ve bakım gibi sağlık hizmetlerini sunabilmek ve dikkate alınması gereken tıbbi ve mali tedbirleri belirlemek açısından önemlidir (72, 102).

4.2.3. Üriner inkontinansa risk faktörleri

4.2.3.1. Yaş

Üriner inkontinans görülme sıklığı yaş ile beraber artış göstermektedir ancak genç ve orta yaşlı kişilerde de önemli derecede görülmektedir (5, 28, 106).

Burcu Balam’a (109) göre yaşlanma üriner inkontinansa yol açmaz, ama yaşla ilişkili değişiklikler buna yatkınlık oluşturabilir. Yaşla beraber mesane kontraktilesi, mesane kapasitesi, işemeyi geciktirme becerisi azalır. Yaşa bağlı olarak fonksiyonel üretral basınç azalır. Kadınlarda östrojenin azalma etkileri, vajinal atrofi, güçsüzleşmiş periüretral ve pelvik kaslar nedeniyle üretral direnç azalır. Bunun yanında, üretral uzunluk ve kapanış basıncı, çizgili sfinkter kas hücreleri azalır.

Üriner inkontinans tipi ayırt edilmeksizin kadınlardaki görülme oranı 18-40 yaş aralığında; %22,3 iken, 40 yaş ve üstündekilerde %70,3 olarak tespit edilmiştir (104).

Yaş grupları arasında stres üriner inkontinans görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. 17-27 yaş grubunun % 9,8’inde stres üriner inkontinans görülmüştür. Stres üriner inkontinans görülme oranı 39-49 yaş grubunda en yüksek olup %39’dur (16).

4.2.3.2. Irk ve genetik

Üriner inkontinans sıklığının genel olarak beyaz ve İspanyol kadınlar arasında, siyah ve Asyalı kadınlara göre daha yüksek olduğu; stres üriner inkontinansın beyaz kadınlar arasında, urge üriner inkontinansın siyah kadınlar arasında daha sık görüldüğü, miks üriner inkontinans için ise etnik ve ırksal gruplar arasında görülmesinde anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (75).

Afrika kökenli ve Asya kökenli Amerikalı kadınlarda, Kafkasyalı kadınlara kıyasla şiddetli idrar kaçırma olasılığının düşük olduğu belirtilmiştir (30).

Stres üriner inkontinanslı kişilerde yapılmış çalışmalarda kişilerin birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinansın üç kat fazla olduğu görülmüştür. Kollajen yapı özelliklerinin kalıtsal geçişi de bu durumu desteklemektedir (92).

İnkontinansı bulunan kadınların aile öyküleri incelendiğinde aile üyelerinde de üriner inkontinansa rastlanmıştır (100).

4.2.3.3. Cinsiyet

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülür (72).

Altınöz'ün (7) yaptığı çalışmada kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı % 31,7 iken erkeklerde % 4,9 olarak bulunmuştur.

4.2.3.4. Obstetrik öykü

Üriner inkontinans gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır (57).

Stres inkontinansı olanların gravida ortalaması 5,3, parite ortalaması 3,9 olarak bulunmuş olup, gravida ve parite sayısı arttıkça SÜİ artmıştır. İri bebek olması, doğumda vakum ve forseps kullanılması durumunda SÜİ görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (85).

Doğum şekillerine göre Üİ şikayetleri kıyaslandığında şikayet oranı vajinal doğum yapanlarda sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur (90). Dört

ve daha fazla sayıda doğum yapanlarda ve vajinal doğum yapanlarda üriner inkontinans sıklığı daha yüksek bulunmuştur (51).

Kadınlarda, özellikle doğum ve postpartum dönemde kontinansın desteklenmesi için alınan koruyucu önlemler ve Üİ ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması Üİ prevalansının azaltılmasında büyük rol oynamaktadır. Dolayısıyla, Üİ gelişimine katkıda bulunan doğum ve doğum sonrası ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi ve bilinmesi önemlidir (20).

4.2.3.5. Menopoz

Menopozal dönem genital bölgede önemli fizyolojik, semptomatik, histolojik ve fonksiyonel değişikliklere neden olur. Menopozdan sonra gelişen östrojen yetmezliği sonucunun bir belirtisi olan ürogenital atrofi, vajinal semptomlar, idrar yolu semptomları veya her ikisi ile birlikte görülebilir (72, 94).

Literatürde menopoz döneminde üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (16, 39, 51, 84, 91, 100, 104, 106, 112).

4.2.3.6. Sigara, alkol kullanımı

Karın içi basıncın kronik olarak artışına sebep olan durumlar üriner inkontinansın oluşması ve ağırlaşması için risk oluşturmaktadır. Üriner inkontinansı olan kadınlarda sigara kullanma oranı %46,7 olarak bulunmuştur (97).

Sigara içmenin üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığı görülmektedir (28, 30).

Alkol tüketimi üriner inkontinans için bağımsız risk faktörleri arasında yer almaktadır (113).

4.2.3.7. Obezite

Aşırı kiloluluk veya obezite anormal yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Vücut Kütle İndeksi (VKİ), yetişkinlerde aşırı kilolu ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan basit bir dizindir. Kilogram cinsinden kişinin ağırlığı metre cinsinden boyunun karesine bölünerek (kg / m^2) hesaplanır. VKİ 20-25 arasında

olanlar normal kilolu, VKİ 25-30 arasında olanlar aşırı kilolu, VKİ 30-35 arasında olanlar obez ve VKİ 35-40 arasında olanlar ise aşırı obez olarak tanımlanmaktadır (108).

Yapılan birçok çalışmada obezitenin üriner inkontinansa sebep olan ya da durumun ciddiyetini arttıran önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (3, 19, 30, 45, 51, 59, 76, 88, 91, 113).

4.2.3.8. Kronik konstipasyon

Kronik konstipasyonun pelvis sinirlerinde gerilmeye yol açıp sinirleri hasara uğratarak pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği düşünülmektedir. Stres inkontinanslı ve prolapsuslu kadınlarda dışkılama esnasında zorlanma ve bağırsak hareketlerindeki artış daha sık görülmektedir (72).

Literatürdeki çalışmalara göre üriner inkontinansın risk faktörleri arasında kronik konstipasyon bulunmaktadır (34, 45, 58, 76, 80, 100, 113).

4.2.3.9. Kronik öksürük

Karın içi basıncın kronik olarak artışına sebep olan her durum Üİ'nin oluşması veya ağırlaşması için risk oluşturmaktadır. Kronik öksürüğün karın içi basınç artışına neden olarak Üİ oluşumuna katkıda bulunduğu bildirilmektedir (8, 72, 106).

Öksürük şikayetinin üriner inkontinans riskini 6,7 kat arttırdığı bildirilmiştir (62).

4.2.3.10. Üriner sistem enfeksiyonları

Çalışmalar her yaşta meydana gelen üriner sistem enfeksiyonlarının üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu göstermektedir (28, 34, 51, 66, 88, 113).

Kadınların üriner inkontinans şikayetleri tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunup bulunmama durumlarına göre incelendiğinde, idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan grupta üriner inkontinans sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (26).

4.2.3.11. Sistemik hastalıklar

Kronik hastalık bulunması üriner inkontinansı etkiler (34, 106). DM (28, 30, 76, 88), HT (63, 100), solunum sistemi ve astım hastalığı (43, 113) üriner inkontinansın risk faktörleri arasında yer almaktadır.

4.2.3.12. Cerrahi operasyonlar

Histerektomi, üriner inkontinans gelişimi açısından bir risk faktörüdür (30, 39, 76, 77). Ön arka onarım öyküsüne göre yapılan gruplandırmada, ön arka onarım öyküsü olan kadınların % 41,7'sinde, ön arka onarım öyküsü olmayan kadınların %24,3'ünde stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (16).

Pelvik cerrahi miiks üriner inkontinans için risk faktörleri arasındadır (113).

4.2.4. Üriner inkontinans tanı (15, 70)

4.2.4.1. Anamnez

Anamnezin ayrıntılı bir şekilde alınması ile inkontinansın tipi ve ek patolojilerin olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olunur.

Üriner inkontinans sorununun başlama yaşı, sıklığı, süresi, kaçırılan idrar miktarı, ped kullanma gereksinimi kaydedilmelidir.

Obstetrik anamnezde gebelik ve doğum sayısı, doğum şekli, iri bebek varlığı sorulmalıdır. Jinekolojik anamnezde genital yol enfeksiyonları, menopoz hikayesi sorgulanmalıdır.

Kullanılan ilaçlar, Alzheimer gibi sinir sistemini etkileyen nörolojik hastalıklar, diyabet gibi endokrin hastalıkların varlığı ve konstipasyon durumu araştırılmalıdır.

Sürekli öksürme, astım, obezite gibi risk faktörlerini de değerlendirmek gerekir. Geçirilmiş üriner, genital, pelvik ya da spinal cerrahi girişimler dikkatli bir biçimde sorgulanmalıdır.

4.2.4.2. Mesane günlüğü

Üriner inkontinans sorununun objektif değerlendirilebilmesi için istenmesi gereken bir formdur.

Hasta 3-7 gün süre ile 24 saati kapsayan formlara aldığı sıvı miktarını, miksiyon, idrar kaçırma, zorunluluk hissetme olaylarını ve o sırada yaptığı işi saatleriyle beraber kayıt eder. Bu forma göre miksiyon sıklığı, günlük alınan sıvı miktarı ve türü (kafein vs), kaçırma ve zorunluluk sıklığı, bu sırada yapılan işler, noktüri ve gece kaçırma durumu değerlendirilir. Bu form kullanılarak yapılan değerlendirme anamnezden daha güvenilir sonuçlar sunacağından, gereksiz tetkik yapılmasını engelleyecektir. Böylece maliyet ve zamandan tasarruf edilir.

4.2.4.3. Fizik muayene

Üriner inkontinans problemi olan bir kadının abdominal, vajinal, pelvik, rektal ve nörolojik değerlendirmesinin yapılması gerekir.

Mesane de glob varlığı, vajinal prolapsus, üriner inkontinansa yol açabilecek eksternal meatus darlığı, vajen ve üretrada atrofik değişiklikler araştırılmalıdır.

4.2.4.4. Ürojinekolojik testler

4.2.4.4.1. İdrar kültürü

Hastanın ilk başvurusunda mutlaka yapılması gereken bir incelemedir. Mevcut ya da geçirilmiş üriner infeksiyonlar, hematüri varlığı hastanın daha detaylı değerlendirilmesi gerektiğini gösterir.

4.2.4.4.2. Q tip test (cotton-swab test)

Test esnasında üretral aksın yukarı doğru 30° üzerinde hareket etmesi hiper mobil üretrayı göstermektedir.

4.2.4.4.3. Stres test (marshall-machetti veya boney testi)

Mesane doldurulduktan sonra hastadan öksürmesi veya ıkınması istenir ve üretradan idarar kaçıışı olup olmadığına bakılır. Boney testindeki amaç anterior vajinal duvarı yükseltmek değil aşağı sarkmasını engellemektir.

4.2.4.4.4. Ped testi

Üriner inkontinansın şiddetini belirlemede kullanılır. Ucuz, basit, objektif ve kısa sürede sonuçlanan bir yöntemdir. 1 saat içinde kaçırılan idrar miktarını ölçmek için yapılır.

1 Saatlik Ped Testi Uygulaması:

Hastanın mesanesi boşaltılır

0. Dakika- Ağırlığı tartılmış ped verilir

500 cc sıvı kısa sürede içilir

Oturtulur ve dinlendirilir

30. Dakika-Yürüme ve merdiven çıkma

45. Dakika-Aktiviteler-Oturma/Kalkma 10 Kez

Öksürme 10 Kez

Koşma 1 Dakika

Yerden birşeyler alma 10 Kez

Elini yıkama (1 Dakika)

60. Dakika-Ped alınarak, tekrar tartılır

Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.

Testin Değerlendirme Ölçütleri:

2 gr. Kuru

2-10 gr. Hafif/orta derecede idrar kaçırma

10-50 gr. Ağır derecede idrar kaçırma

50 gr. ve üzeri çok ağır derecede idrar kaçırma

(Ped testi: ICS, 1 saatlik ped testini önermektedir. 500 cc su içirilen hastaya önceden tartılmış bir ped verilir. Mesanesi dolu olan hastanın 3 dakika hızlı yürüme, 10 kez oturup kalkma, 1 dakika merdiven inip çıkma. 5 kez yerde duran nesnelere toplama, 12 kez öksürme, 1 dakika koşma gibi hareketleri tekrarlaması istenerek, bir saatin sonunda, ped tekrar tartılır. Ağırlığı 1 gr ve üzerinde ise test anlamlı olarak değerlendirilir.)

4.2.4.5. Ürodinamik laboratuvar testleri (8)

4.2.4.5.1. Üroflowmetri (idrar akım hızı)

Hastada idrar boşaltma sorunu bulunup bulunmadığı konusunda önemli bilgiler verir. İdrar boşaltma esnasında akım hızının ve şeklinin belirlendiği temel ürodinamik bir incelemedir. Hastanın idrar akımının gözlenmesi ve belirli bir sürede boşaltılan idrar miktarının ölçülmesine dayalı bir incelemedir. Değerlendirmeyi takiben ultrasonografi ile artık idrarın kalıp kalmadığı belirlenerek kişinin işeme etkinliğiyle ilgili bilgi sahibi olunabilir.

4.2.4.5.2. Sistometri

Mesane içi basıncın ölçülme işlemine denir. I. Dolum Sistometrisi II. Boşaltım sistometrisi olmak üzere iki evrede gerçekleşir. Dolum sistometrisinde mesanenin idrar depolama fonksiyonu değerlendirilirken boşaltım sistometrisinde idrarın boşaltılması esnasındaki basınç ölçülür.

4.2.4.5.3. Elektromiyografi

İdrar boşaltılması sırasında çizgili sfinkterlerin değerlendirilmesini sağlar. Üretral sfinkter yetmezliğini göstermek için ya da nörolojik bir hastalıktan şüphelenilmesi durumunda yapılır.

4.2.4.5.4. Üretral basınç profili

Statik üretral basınç profili, hasta istirahat halindeyken kateterin üretradan yavaş yavaş dışarı çekilerek aynı zamanda üretral basıncın ölçülmesidir.

4.2.4.5.5. Videoürodinami

Videoürodinamik çalışmalarda dolum zamanında mesane içi basıncı değerlendirilirken, floroskopiyle mesane boynu ve üretra izlenebilir. Dolum ve boşaltım evrelerinde ise mesane konfigürasyonu izlenebilmektedir.

4.2.5. Üriner inkontinansın korunma (81)

İnkontinansın önlenmesinde primer, sekonder ve tersiyer korunma yöntemlerine önem verilmektedir.

*Primer koruma: İnkontinansın gelişme nedenlerini önlemek için yapılan korunma şeklidir

*Sekonder koruma: İnkontinansı en kısa sürede belirlemek ve oluşmasına sebep olan ilerletici faktörleri ortadan kaldırmaktır.

*Tersiyer koruma: İnkontinansın daha kötü sonuçlar doğurmasını, komplikasyonların oluşmamasını ve etkilenen kişinin inkontinansın getirdiği kişisel sınırlamalardan korunmasıdır.

İnkontinansın Önlenmesinde Alınabilecek Tedbirler (81)

- Günde 6-8 bardak sıvı alınmalı, sıcak havalarda ve spor yapıldığında sıvı alımı arttırılmalıdır.
- 3-4 saatte bir idrara çıkmak (24 saatte 4-8 kez) ve gecede 1 kez idrara çıkmak normaldir.
- Mesane veya bağırsakları boşaltmak için zorlamamak gerekir.
- Okullarda koruyucu pelvik taban egzersizleri ve mesane eğitiminin önemi anlatılmalıdır.
- Konstipasyon, şişmanlık, sigara ve bazı ilaçların (alfa blokerler, kafein, diüretikler) inkontinansın risk faktörleri arasında olduğuna dikkat etmek gerekir.
- Herhangi bir şekilde idrar kaçırma, idrar yaparken ağrı, idrarda herhangi bir nedenden dolayı kanama olursa en yakın sağlık kurumuna başvurulması gerekmektedir.
- Tuvalet konforunun ve üriner kontinansın sağlanması için tuvaletlerde tuvalet peçetesi bulunması gereklidir (9)

4.2.6. Üriner inkontinanstaki tedavi (8, 13, 111)

Üriner inkontinanslı hastalarda tedavinin amacı, hastaların/kişilerin tekrar idrarını tutabilmesidir. Kontinansı sağlamak ve sorunu iyileştirmek için tedavi seçenekleri konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır.

4.2.6.1. Konservatif tedavi

4.2.6.1.1. Mesane eğitimi

Hastaya önce alt üriner sistemin yapısı ve çalışma şekli, semptomların nasıl oluştuğu anlatılmaya çalışılır. Hastaya mesane çizelgesi verilir ve doldurduktan sonra sorunların görülmesi, farklı tavsiye ve önerileri anlaması sağlanmalıdır. Tedavi sonrasında doldurulan mesane çizelgesi tedavinin ne kadar yararlı olduğunu bize

gösteren belge niteliğindedir. Mesane eğitiminin amacı, kontinans durumunu normal duruma getirmek ya da planlanmış düzenli aralıklarla idrar yaparak inkontinansı engellemek ve kontinans durumuna geçebilmektir.

4.2.6.1.2. Pelvik taban kas egzersizleri

Pelvik taban kas egzersizlerinde hedef mesane ya da pelvik taban üzerindeki basıncı arttırmadan kasları kasmayı ve gevşetmeyi öğretebilmektir. Pelvik taban kas egzersizleri ilk kez Kegel tarafından tarif edildiği için kegel egzersizleri olarak adlandırılmıştır. Pelvik organlardaki yapısal desteğin artması ve üretradaki dış mekanik basınçın artışı kegel egzersizleriyle sağlanır ve böylelikle kontinans sağlanmış olur. Pelvik taban kas egzersizleri ve mesane eğitiminin kombine uygulanması üriner inkontinansın iyileşmesinde etkili bulunmuştur (60).

PTK egzersizlerinin avantajları düşük riskli olması, maliyetinin düşük olması ve yatışa gerek kalmadan ev programı şeklinde verilebilir olmasıdır.

Eve verilen egzersiz programlarının düzenli olarak 6-8 hafta uygulanması gerekmektedir, fakat etkisini görebilmek için en az 3 ay PTK egzersizleri yapılmalıdır.

Pelvik Kas egzersizleri için genel komutlar:

- 1- Egzersiz yapacağınız kaslar rektumdan gaz ya da gaita geçmesini önlemeye çalışırken kullandığınız kaslardır. Bu kasları kastığınızda vajina ve anüs etrafında bir sıkışma hissedeceksiniz.
- 2- Egzersizde daha iyi hissettiğinizde pelvis tabanını (vajen ve anüs çevresindeki bölge) pubik kemikten yukarı ve içe doğru hareket ettirmeyi düşünün.
- 3- Egzersizleri yaparken asla ıkmayın ya da aşağıya baskı yapmayın böyle yapmak pelvik taban üzerinde zorlanmaya neden olur.
- 4- Egzersizleri yaparken asla nefesinizi tutmayın.

5- Her bir kasılmadan sonra kaslarınızı tamamen gevşetin. Bu kaslara tekrar oksijen sağlamak ve onların ağrımamasını önlemek için önemlidir.

6- Egzersiz sırasında kalçalarınızı ve uyluk kaslarınızı gevşetmeye çalışın, sırtınız egzersiz yüzeyinden kalkmamalı ve doğru egzersiz yaparken uyluklarınızda fazla hareket olmamalıdır.

4.2.6.1.3. Davranışsal yaşam tarzı değişiklikleri (20, 32, 36, 41, 54, 70)

Hastalar toplamda ya da gün içerisinde tuvalete erişimleri kısıtlı olduğundan ya da inkontinans için risk altında olduğundan sıvı alımını kısıtlayıp oluşabilecek semptomları idare etmeye çalışırlar. Hastalara günde 6 bardak su içmeleri tavsiye edilir. İçilen su idrarın fazla konsantre olmasını önleyerek mesane için daha az irrite edici olmasını sağlar.

Kafein bir diüretik olmasına rağmen birçok kişide mesane irritanı olduğu gösterilmiştir. Kafeinin bir anda bırakılmasına bağlı kafein kesilmesinden kaynaklanan problemlerden kaçınmak için bunu kademeli olarak yapmak önerilir ve kafeinli ve kafeinsiz içeceklerin karışımı kullanılabilir.

Obezite üriner inkontinans için bir risk fatörü olarak bilinen bir sağlık problemidir. VKİ yüksek olan kadınlarda üriner inkontinans gelişme olasılığı daha fazladır ve daha şiddetli inkontinans yaşama olasılığı yüksektir. Kilolu kadınlara kilo vermeyi önermek gerekir.

Fekal inkontinans ve kabızlık sorununun üriner inkontinansa katkı yaptığı bilinmektedir. Yeterli miktarda sıvı alımı ve lifli gıdaların tüketilmesi normal dışkı kıvamını ve bağırsak hareketlerinin düzenlenmesinde önemli bir rol oynar.

4.2.6.1.4. Elektriksel stimülasyon

Elektriksel stimülasyonda alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel bir akım kullanılır. Orta frekanslı akımların yayılımı düzenli ve daha derine nüfus ettiği için daha çok orta frekanslı akım kullanılır. Etki mekanizması olarak kas gücü artar, yani pasif olan kegel egzersizi yapmış olur, üretral basınç artar, lokal dolaşım düzelir ve kortikal bilinç artar (56).

4.2.6.1.5. Biofeedback

Fizyolojik olayların ses düzeni ve bir ekran aracılığıyla işitsel ve görsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Elektriksel Stimülasyona göre hasta daha mobildir. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Haftada 3 kez 25-35 dk uygulanır, 10-20 seans sonunda tedaviden beklenen gerçekleşir (56).

4.2.6.1.6. Vajinal konlar

Kegel egzersizlerini öğrenmek ve kas gücünü arttırabilmek için kullanılırlar. Günde iki kez 10 dk, ilerleyen zamanda 20 dk tutulur. Kas gücü arttıkça ağırlık arttırılır. Vajinal konların avantajı gözetim gerektirmemesidir (56). Stres üriner inkontinanslı hastalarda pelvik taban kas egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un üriner inkontinansın azaltılmasında etkin olduğu bulunmuştur (61).

4.2.6.1.7. Dijital palpasyon

Hasta parmağını vajene yerleştirir, idrar ve gaz kaçışını durdururcasına pelvik taban kaslarını kasma istenir bu palpasyon ayrıca kadının vücudu hakkındaki bilincini arttırır.

4.2.6.2. Farmakolojik tedavi (8)

1. Östrojen tedavisi

Perimenapozal ve post menapozal dönemde üretral mukozada atrofik değişiklikler oluşarak üretral kapanma basıncında azalma meydana gelmektedir, bunu önlemek için sistemik ve lokal östrojen tedavisi uygulanabilir.

2. Diğer İlaçlarla Tedavi

Farmakolojik tedavide amaç;

1. Detrüsör aktivitesinin azaltılması ile istemsiz kasılmalar ortadan kaldırılmaya ve kasılmaların neden olduğu idrar volümü arttırılmaya ve mesane kapasitesi arttırılmaya çalışılır.

2. Mesane kapasitesinin arttırılmasıdır.

Mesane kapasitesinin arttırılması için kullanılan ilaçlar temel olarak

-Antimuskarinikler

-Adele relaksanları

-Karışık etkili ilaçlar

-Trisiklik antidepresanlar

-Alfa reseptör blokerleri

-Beta reseptör agonistleri

-Vazopressin analogları

-Ca kanal blokerleri

-K kanal açıcılar

-Serotonin reuptake inhibitörleri

-Norepinefrin reuptake inhibitörleri

-Vanilloidler

olarak sayılabilirler

4.2.6.3. Cerrahi tedavi (33)

Üriner inkontinans tedavisinde son olarak seçilen yöntem cerrahi tedavidir. Hastada cerrahi girişim kararı vermeden önce hastanın tekrardan değerlendirilmesi

gerekmektedir. Detaylı öykü, fiziksel muayene, ürodinamik ve ürojinekolojik değerlendirmeler yapıp sonuçlarına göre karar verilmelidir.

İnkontinans tedavisinde kullanılan farklı cerrahi işler vardır. Urge üriner inkontinans tedavisinde uygulanan operasyonlar aşağıda yer almaktadır.

*Vajinal operasyonlar

-KA-Kelly-Kennedy plikasyonu

*Retropubik operasyonlar

-Marshal Marchetti Krantz (MMK)

-Burch

-Paravajinal tamir

*Kombine yaklaşımlar

-İğne teknikleri (Pereyra, Stamey, Double needle, Gittes...)

-Sling

-Subüetral sling

-Vajinal duvar sling

-TVT

*Periüretal enjeksiyonlar (intra/paraüretal)

*Laparoskopik Yaklaşımlar

4.2.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişiden kişiye farklılık gösteren, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halini gösteren bir durumdur. Bireylere göre farklılık gösteren yanlar kişisel ve kültürel değerler, benlik, amaç ve hayattan beklentileridir (10).

Hastalıkların getirdiği kısıtlamalara karşın günlük yaşama aktivitelerini devam ettirmek sağlık bakımının en önemli amacıdır. Günlük yaşam aktivitelerinin olumlu yönde etkilenmesi yaşam kalitesini de olumlu yönde etkiler (10).

Üriner inkontinanslı hastaların başta psikososyal durumları olmak üzere yaşam kalitelerinin bozulduğu görülmüştür (55). Üriner inkontinansı olan kadınlar alıştıkları yaşam tarzlarını bırakmak zorunda kalırlar. Üriner inkontinanslı hastaların sosyal aktiviteleri, kariyerleri ve psikolojik durumlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (89).

Hastalarda idrar kaçırma sayısı ve miktarı arttıkça kendilerini daha çok izole ettikleri ve davranışlarını daha çok sınırladıkları için yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (96). Kadınların %70,3'ünün idrar kaçırmaya bağlı olarak dini ibadetlerinin kısıtlandığı ve yaşam kalitelerinin etkilendiği belirlenmiştir (71).

Aylaz ve ark (12) yaptığı çalışmada evli olan ve eğitim durumu daha yüksek olan kişilerde yaşam kalitesi puanının yükseldiği, çocuk sayısı, idrar kaçırma sıklığı ve miktarı arttıkça yaşam kalitesi puanının düştüğü ve miks tipte olan üriner inkontinans tipinde diğer inkontinans tiplerine göre kişilerin en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiş. Kişilerin inkontinansa bağlı yaşam kalitesi ve sosyal hayatları etkilenmedikçe doktora başvurmadıkları belirlenmiştir.

İlçe ve ark (52) yaptığı çalışmada üriner inkontinanslı yaşlıların % 52,7'sinin idrar kaçırma korkusu ile evden dışarı çıkmadığı, %18,2 si misafirlik ve alışverişe gidememe durumu ile % 18,2 dini işlerini yapamama durumunu yaşadıkları belirlenmiştir.

Üriner inkontinans yaşayan kadınlar bu dışardan farkedildiğinde; utanma, kırgınlık, damgalanma, beden imajında bozulma, anksiyete, depresyon, koku korkusu,

toplumun alaycı tavırlarına karşı kızgınlık, sosyal izolasyon, kendini kirli ve yetersiz hissetme, inkar, seksüel istekte azalma ve suçluluk duygusu yaşamaktadır (10).

Sağlık profesyonelleri üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilerine karşı duyarlı olarak, tıbbi ve psikososyal destekle normal yaşama dönüşünü hızlandırır. Kadınlar sağlık profesyonellerine idrar kaçırdığını anlatmak isterler fakat bu konuya nasıl gireceklerini bilemedikleri için konuşmamayı tercih ederler ve bu durum onlar için bir tabu haline gelir. Hastalara uygun konuşma ortamı sağlanmalı, hastalar bu konuda aydınlatılmalıdır. Hastalar bakımlarıyla ilgili motive edilmeli ve tedavi sonuçları hastaya anlatılmalıdır (10).



5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız Bilecik ilinde Aile Hekimlerine kayıtlı 15-49 yaş arasındaki kadınlarda üriner inkontinans görölme sıklığını ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel özellikte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bilecik, Marmara Bölgesi'nin güneydoğusunda; Marmara, Karadeniz, İç Anadolu ve Ege bölgelerinin kesişim noktası üzerinde yer alan küçük bir Anadolu şehridir. Şehrin yüz ölçümü 4.321 km'dir (79). 2016 nüfus bildirimine göre toplam nüfus 218.297 olup 114.189 erkek ve 104.108 kadından oluşmaktadır(18).

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bilecik ilindeki aile hekimlerine kayıtlı 15-49 yaş arası tüm kadınlar Halk Sağlığı Müdürlüğünün Aile Sağlığı merkezlerindeki nüfusa ve yaş gruplarına göre tabakalı orantılı dağıtım yapılarak örnekleme alınmıştır.

Tablo 5.3.1. Evrene Göre Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı Dağılımı

Bilecikteki Aile Sağlığı Merkezleri	Evren	Örneklem
Bilecik 1 No ASM	4453	31
Bilecik 2 No ASM	4177	29
Bilecik 3 No ASM	516	4
Bilecik 4 No ASM	1857	13
Bilecik 5 No ASM	1831	13
Bilecik 6 No ASM	1603	11
Bilecik 7 No ASM	992	7
Bilecik 8 No ASM	676	5
Bilecik 9 No ASM	336	2
Bilecik 10 No ASM	4750	33
Bozüyük 1 No ASM	5905	42
Bozüyük 2 No ASM	2124	14
Bozüyük 3 No ASM	4236	30
Bozüyük 4 No ASM	1838	13
Bozüyük 5 No ASM	556	4
Bozüyük 6 No ASM	1665	12
Bozüyük 7 No ASM	1763	12
Bozüyük 8 No ASM	1073	7
Gölpazarı 1 No ASM	1746	12
İnhisar 1 No ASM	279	2
Osmaneli 1 No ASM	4514	31
Osmaneli 2 No ASM	624	5
Pazaryeri 1 No ASM	2113	15
Söğüt 1 No ASM	3821	26
Söğüt 2 No ASM	584	5
Yenipazar 1 No ASM	406	3
Toplam	54438	381

Örnekleme alınacak kadın sayısının tespitinde “Evreni Bilinen Örneklem Formülü” kullanılarak 381 kadın çalışmaya alınmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

bu formülde;

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer:1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı(1-p): 0.50

d: 0.05 (%95 güvenirlikle)

N: Evrendeki birey sayısı: 54438

n : 381

Tablo 5.3.2. Örnekleme Alınan Aile Sağlığı Merkezi ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı Dağılımı

Bilecik ASM'leri	15-21	22-28	29-35	36-42	43-49	TOPLAM
Bilecik 1 No ASM	6	6	6	6	7	31
Bilecik 2 No ASM	6	6	6	6	5	29
Bilecik 3 No ASM	-	1	1	1	1	4
Bilecik 4 No ASM	2	2	3	3	3	13
Bilecik 5 No ASM	2	3	3	3	2	13
Bilecik 6 No ASM	2	2	3	2	2	11
Bilecik 7 No ASM	1	1	1	2	2	7
Bilecik 8 No ASM	1	1	1	1	1	5
Bilecik 9 No ASM	-	1	-	-	1	2
Bilecik 10 No ASM	9	6	6	6	6	33
Bozüyük 1 No ASM	9	9	8	8	8	42
Bozüyük 2 No ASM	3	2	3	3	3	14
Bozüyük 3 No ASM	6	6	6	6	6	30
Bozüyük 4 No ASM	3	3	3	2	2	13
Bozüyük 5 No ASM	-	1	1	1	1	4
Bozüyük 6 No ASM	3	2	2	2	3	12
Bozüyük 7 No ASM	2	2	3	3	2	12
Bozüyük 8 No ASM	1	1	1	2	2	7
Gölpazarı 1 No ASM	1	3	3	3	2	12
İnhisar 1 No ASM	1	-	-	-	1	2
Osmaneli 1 No ASM	6	7	6	6	6	31
Osmaneli 2 No ASM	1	1	1	1	1	5
Pazaryeri 1 No ASM	3	3	3	3	3	15
Söğüt 1 No ASM	6	5	5	5	5	26
Söğüt 2 No ASM	1	1	1	1	1	5
Yenipazar 1 No ASM	-	1	1	-	1	3
Toplam	75	76	77	76	77	381

5.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar

5.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırımcı tarafından literatür bilgilerine dayanarak geliştirilen form kullanılmıştır. Form, kadınların sosyodemografik, obstetrik ve üriner inkontinansa ilişkin özelliklerinin yer aldığı 32 sorudan oluşmaktadır (Ek.2).

5.4.2. İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (incontinence quality of life – I-QOL)

Yaşam kalitesi ölçeği 28 sorudan oluşmaktadır. İlk form 1996 yılında Wagner, Patrick, Bavendam, Martin ve Buesching tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirildi. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick, Martin, Bushnell, Yalcın, Wagner ve Buesching tarafından tekrar gözden geçirildi ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22’ye düşürülmüştür (Ek.3).

Ölçek, İngilizceden Türkçe’ye çevirisi yapılarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ÖZERDOĞAN tarafından yapılmıştır. Araştırmamızda kendisinden izin alınarak I-QOL formu uygulamaya konulmuştur.

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyondur. 22 maddeden oluşan İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde (I-QOL), bütün maddeler beş kategorilik Likert tipi skalada değerlendirilmektedir (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz , 5=hiç).

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

I-QOL toplam puanını ve alt boyut puanlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı puanlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100 lük puana uyarlandı.

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

Alt boyutlara giren maddeler ve puanların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

Davranışların sınırlandırılması alt skala Puanı (n=8 madde):

Bu boyutta yer alan (1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 ve 20) 8 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük puana uyarlandı.

$$\text{Puan} = X_i / 40 * 100.$$

Psikososyal etkilenme alt skala Puanı (n=9 madde):

Bu boyutta yer alan (5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 ve 22) 9 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük puana uyarlandı

$$\text{Puan} = X_i / 45 * 100.$$

Sosyal izolasyon alt skala Puanı (n= 5 madde):

Bu boyutta yer alan (8, 12, 14, 18 ve 19) 5 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100' lük puana uyarlandı

$$\text{Puan} = X_i / 25 * 100.$$

Sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri Tablo 5.4.2.1.'de verilmiştir. Bulunan değerler araştırma sonuçlarımızla uyumludur.

Veri toplama araçlarının geçerlilik ve güvenilirliği

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. Katsayı 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmaktadır, 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Cronbach alfa katsayısı; < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise ölçek düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında ise orta derecede güvenilir, > 0.80 ise yüksek derecede güvenilir yorumu yapılır.

Tablo 5.4.2.1. I-QOL Ölçeğinin Cronbach's Alpha Değerleri

Cronbach's Alpha	Fransa	İspanya	İsveç	Almanya	Çalışmamız
Yaşam kalitesi ölçeğinin geneli	.95	.92	.94	.95	.93
Davranışların sınırlanması	.90	.78	.84	.85	.81
Psikososyal etkilenme	.91	.90	.92	.93	.86
Sosyal izolasyon	.86	.79	.86	.86	.88

5.5. Uygulama

5.5.1. Ön uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü birimlerden biri olan Bilecik 5 nolu Aile Sağlığı Merkezinde, çalışmayı kabul eden 10 kişiyle yüz yüze görüşülüp uygulanan veri formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirildi. 24 ve 28. sorulara diğer seçeneği eklendi. 14. sorudaki (vakum, forseps) yazan sorudan parantez işareti kaldırıldı.

5.5.2. Veri toplama formlarının uygulanması

Veriler Ek.2 deki Kişisel Bilgi Formu ve Üİ'sın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)" kullanılarak 1 Mart -30 Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, Aile sağlığı merkezleri ziyaret edilerek, kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Kişisel bilgi formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından formu kendi başına doldurmak istemeyen kadınlara okunup, verdikleri yanıtlar forma işaretlenmiştir.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma düzenlenirken Aile Hekimlerine kayıtlı kadınların telefon ve adresleri hasta mahremiyetini ihlal edeceği için evde ziyaret yapılamayıp, Bilecik Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan izin doğrultusunda çalışma Aile Sağlığı Merkezlerine ziyaret esnasında, aydınlatılmış onam formu imzalatılan kadınlarla yapılabildi. Kişisel bilgi formlarının sadece çalışmanın yapıldığı günlerde Aile Sağlığı Merkezlerine gelen, 15-49 yaş arasındaki Türkçe konuşan ve çalışmayı kabul eden kişilere uygulanmış olması araştırmamızın sınırlılıklarındandır.

5.7. Etik Boyut

Bu tez, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21/12/2016 tarihli, 10840098-604.01.01.E.27496 sayılı toplantısında, 552 karar numarasıyla onay alındıktan (Etik Kurul Onayı) ve Bilecik Halk Sağlığı Müdürlüğünden 9592204/449 sayılı 2017/2 karar nosuna göre (Ek.4) araştırmanın uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN'dan ölçeğin araştırmada kullanılması için (I-QOL için: Ek.5) e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek “Aydınlatılmış Onam Formu” (Ek.1) okutulup, imzaları alınmak suretiyle onayları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

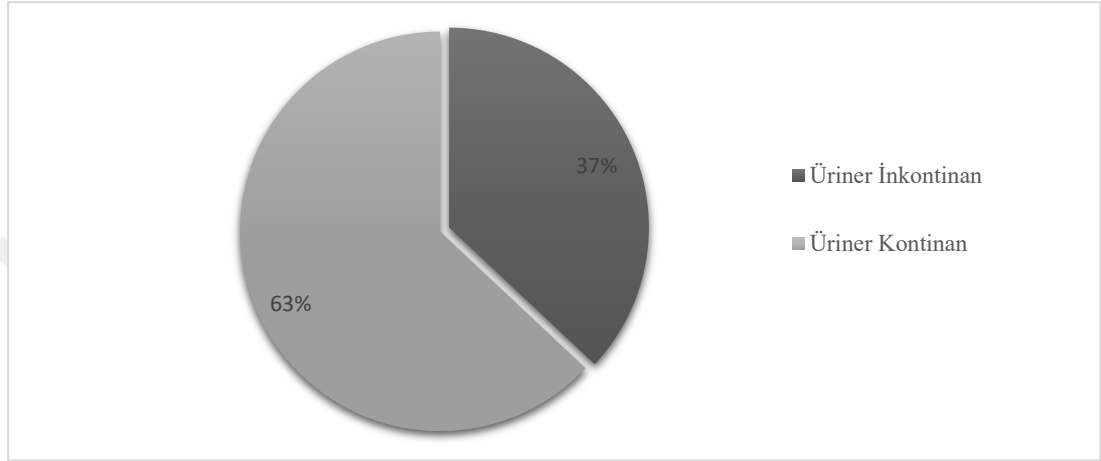
Kişisel Bilgi Formu ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış, gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Kategorik veriler için sıklık ve yüzde (%), ölçümle elde edilen sürekli sayısal veriler için ortalama \pm standart sapma tanımlayıcı istatistik olarak kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçülmesinde kullanılan I-QOL ölçeğinden elde edilen puanlar ve inkontinanslarının bulunma durumları (bağımlı değişkenler), kişisel bilgi formundan elde edilen veriler doğrultusunda (bağımsız değişkenler) karşılaştırılmıştır. Bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında normal

dağılıma uymadığı için kullanılan istatistiksel test Mann-Whitney U testidir. Üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması için de normal dağılıma uymadığı için kullanılan istatistiksel test Kruskal-Wallis testidir. Kruskal-Wallis testi ile test edilen gruplar arasında fark olması durumunda farkın kaynağını bulmak için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin kuvvetini ve yönünü belirlemek için Pearson Korelasyon katsayısına bakılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p < 0,05$ seviyesi kabul edilmiştir.



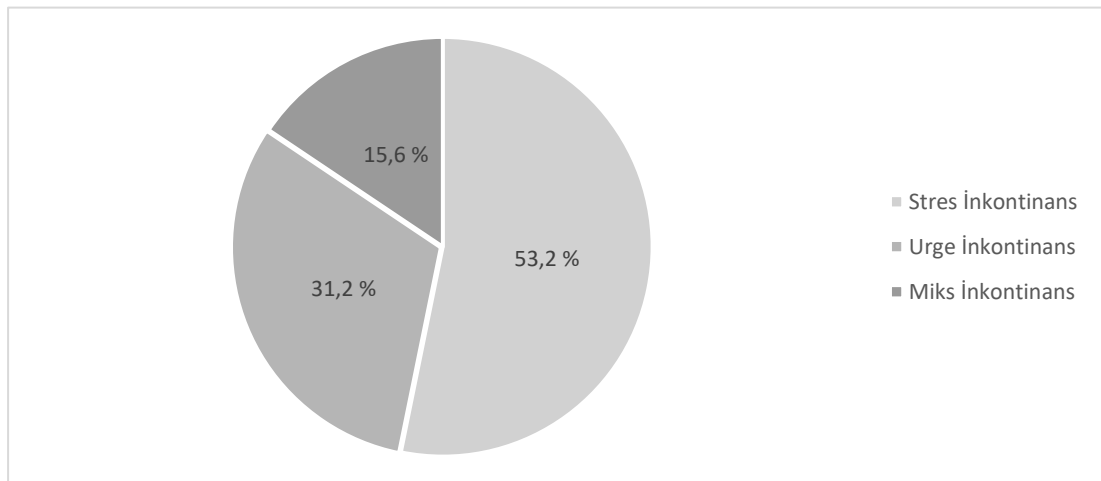
6. BULGULAR

Çalışmamız 381 kadın ile yapılmıştır. Kadınların %37'sinde (n=141) üriner inkontinans bulunduğu, %63'ünde (n=240) üriner inkontinansın bulunmadığı tespit edilmiştir.



Şekil 6.1. Üriner İnkontinans Bulunma Durumu

Aşağıdaki Şekil 6.2'de %53,2'sinde (n=75) Stres Üriner İnkontinans, %31,2'sinde (n=44) Urge Üriner İnkontinans, %15,6'sında (n=22) Miks Üriner İnkontinans olduğu bulunmuştur.



Şekil 6.2. Üriner İnkontinans Tipleri

Tablo 6.1. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Üriner İnkontinan Kadınlar		Üriner Kontinan Kadınlar		Toplam		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Yerleşim Bölgeleri							
Bilecik	46	32,6	102	42,5	148	38,8	p= 0,161 X= 3,657
Bozüyük	55	39,0	79	32,9	134	35,2	
İlçeler	40	28,4	59	24,6	99	26,0	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Yaş							
15-21	19	13,5	56	23,3	75	19,7	p= 0,001 x=19,792
22-28	19	13,5	57	23,8	76	19,9	
29-35	31	22,0	46	19,2	77	20,2	
36-42	30	21,3	46	19,2	76	19,9	
43-49	42	29,8	35	14,6	77	20,2	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
VKİ							
Zayıf _____18,4 kg/m ² ve altı	8	5,7	17	7,1	25	6,6	p=0,088 x=6,535
Normal _____18,5-24,9 kg/m ²	52	36,9	117	48,8	169	44,4	
Şişman _____25,0-29,9 kg/m ²	54	38,3	67	27,9	121	31,8	
Obez _____30,0 kg/m ² ve üstü	27	19,1	39	16,3	66	17,3	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Medeni Durum							
Bekar	27	19,1	85	35,4	112	29,4	p= 0,001 X=11,325
Evli	114	80,9	155	64,6	269	70,6	
	141	100	240	100,0	381	100,0	
Öğrenim Durumu							
Okur Yazar	1	0,7	2	0,8	3	0,8	analiz yapılmaz
İlkokul	45	31,9	37	15,4	82	21,5	
Ortaokul	16	11,3	23	9,6	39	10,2	
Lise	39	27,7	86	35,8	125	32,8	
Ön Lisans	21	14,9	38	15,8	59	15,5	
Lisans	17	12,1	50	20,8	67	17,6	
Lisans Üstü	2	1,4	4	1,7	6	1,6	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
En Uzun Süre Yaşanılan Yer							
Köy	18	12,8	38	15,8	56	14,7	p=0,574 x=1,111
İlçe	66	46,8	116	48,3	182	47,8	
İl	57	40,4	86	35,8	143	37,5	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Ekonomik Durum							
Çok İyi	4	2,8	5	2,1	9	2,4	analiz yapılmaz
İyi	45	31,9	102	42,5	147	38,6	
Orta	86	61,0	131	54,6	217	57,0	
Kötü	6	4,3	2	0,8	8	2,1	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Aile Tipi							
Çekirdek Aile	119	84,4	218	90,8	337	88,5	analiz yapılmaz
Geniş Aile	18	12,8	21	8,8	39	10,2	
Diğer	4	2,8	1	0,4	5	1,3	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	

Tablo 6.1’de Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Yerleşim bölgesine göre kadınların %38,8’i (n=148) Bilecik’de çalışmaya katılmıştır.

Kadınlardan inkontinansı olanların %29,8’i (n=42), olmayanların %14,6’sı (n=35) 43-49 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir, yaş grupları ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001$).

Kadınlardan inkontinansı olanların %38,3’ü (n=54), olmayanların %27,9’u (n=67) şişman oldukları belirlenmiştir.

Kadınlardan inkontinansı olanların %80,9’u (n=114), olmayanların %64,6’sı (n=155) evli oldukları belirlenmiştir. Medeni durum ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001$).

Tablo 6.2. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayanların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Üriner İnkontinan Kadınlar		Üriner Kontinan Kadınlar		Toplam		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Kürtaj Olma Durumu							
Evet	35	24,8	27	11,3	62	16,3	p=0,001 x=12,009
Hayır	106	75,2	213	88,8	319	83,7	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Doğum Yapma Durumu							
Evet	114	80,9	138	57,5	252	66,1	p=0,000 x=21,626
Hayır	27	19,1	102	42,5	129	33,9	
	141	100,0	240	100,0	381	100,0	
Doğum Şekli							
Sezaryen	34	29,8	68	49,3	102	40,5	p=0,000 x=32,370
Vajinal	61	53,5	56	40,6	117	46,4	
Sezaryen/Vajinal	19	16,7	14	10,1	33	13,1	
	114	100,0	138	100,0	252	100,0	

Tablo 6.2’de üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir

Kadınlardan inkontinansı olanların %24,8’inin (n=35), olmayanların %11,3’ünün (n=27) kürtaj olduğu belirlenmiştir. Kürtaj olma ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır (**p=0,001**).

Kadınlardan inkontinansı olanların %80,9’unun (n=114), olmayanların %57,5’inin (n=138) doğum yaptığı belirlenmiştir. Doğum yapma ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır (**p=0,000**).

Kadınlardan inkontinansı olanların %53,5’inin (n=61), olmayanların %40,6’sının (n=117) vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir. Doğum şekli ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır (**p=0,000**).

Tablo 6.3. Kadınların Üriner İnkontinanslarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	n	%
Belirtilen Risk Faktörleri	n#	
Çok sayıda sık aralıklarla doğum yapma	10	3,1
İri bebek doğurma	18	5,6
Zor doğum yapma	38	11,7
Jinekolojik ameliyat geçirme	11	3,4
Menopoz	9	2,8
Şişmanlık	23	7,1
Sigara içme	27	8,3
Çay, kahve içme	57	17,6
İdrar yolu enfeksiyonu	42	13,0
Kronik öksürük	40	12,3
Ağır yük kaldırmak	24	7,4
Kronik kabızlık	6	1,9
Çoğul gebelik	2	0,6
Diğer *	17	5,2
	324	100,0
Üriner İnkontinans Şikayetleri Başlama Zamanı		
Doğum sonrası	44	31,2
Hamilelik	9	6,4
İlaç kullanımı	6	4,3
Diğer**	82	58,2
	141	100,0
Üriner İnkontinans Sıklığı		
Ayda birkaç kez	44	31,2
Haftada birkaç kez	25	17,7
Günde birkaç kez	15	10,6
Düzenli olarak ped	10	7,1
Diğer***	47	33,3
	141	100,0
Kaçırılan İdrar Miktarı		
Küçük bir miktar	99	70,2
Orta miktar	25	17,7
Büyük miktar	17	12,1
	141	100
Üriner İnkontinans Zamanı	n#	
Tuvalete yetişmeden önce kaçır	65	28,8
Öksürürken veya hapsirirken kaçır	91	40,3
Uyurken kaçır	5	2,2
Cinsel ilişki sırasında	6	2,7
Fiziksel olarak aktifken kaçır	14	6,2
İşemeyi bitirip giyindiğinizde kaçır	13	5,8
Belirgin bir neden olmadan kaçır	18	8,0
Her zaman kaçır	6	2,7
Diğer****	8	3,5
	226	100

n# :katlamalıdır

***: idrarını tutmaktan, hapsirmaktan**

**** : hastalıktan, çocukluktan beri, sıvı alımı çok olduğunda**

***** : yılda 1-2 defa, yılda 1 defa**

****** : sıvı alımı fazla olunca, gülme ile**

Tablo 6.3.'de Kadınların üriner inkontinanslarına ilişkin özelliklerinin dağılımı görülmektedir.

Kadınlarının üriner inkontinans risk faktörlerine ilişkin özellikleri incelendiğinde;

Üriner inkontinansı olan kadınların %17,6'sı (n=57) çay ve kahve içmenin, %13'ü (n=42) idrar yolu enfeksiyonunun, %12,3'ü (n=40) kronik öksürüğün, %11,7'si (n=38) zor doğum yapmanın üriner inkontinansı etkilediğini belirtirken, %0,6'sı (n=2) en az çoğul gebeliğin etkilediğini belirtmiştir.

Kadınların üriner inkontinans şikayetlerinin %31,2'si (n=44) doğum sonrasında başladığını belirtmiştir.

Kadınların üriner inkontinans yaşama sıklığı olarak %31,2'si (n=44) ayda birkaç kez olarak belirtmiştir.

Kadınların kaçırılan idrar miktarı olarak %70,2'si (n=99) küçük miktarda idrar kaçırdığını belirtmiştir.

Üriner inkontinans yaşama zamanının, kadınların %40,3'ü (n=91) öksürürken veya hapşırırken, %25,8'i (n=65) tuvalete yetişmeden önce olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.4. Üriner İnkontinan Kadınların Üriner İnkontinansın Önlenmesi ve Tedavisine İlişkin Bilgi Durumlarının Dağılımı

	n	%
Üriner İnkontinans Önlenmesinin Mümkün Olma Durumu		
Evet	91	64,5
Hayır	8	5,7
Bilmiyorum	42	29,8
	141	100,0
Nereye Başvuracağını Bilme Durumu		
Bilen	90	63,8
Bilmeyen	51	36,2
	141	100,0
Üriner İnkontinansa Yönelik Tedavi Olma Durumu		
Evet	14	9,9
Hayır	127	90,1
	141	100,0
Tedavi Olmama Nedeni		
Yaşla birlikte idrar kaçırma normaldir	9	7,1
Muayene olmak için vakit bulamadım	26	20,5
İdrar kaçırma sorunum beni fazla rahatsız etmiyor	57	44,9
Muayene olmaktan çekiniyorum	12	9,4
Diğer*	23	18,1
	127	100,0

*çok sık olmadığı için, hastalık olarak görmediği için, normal olduğunu düşündüğünden

Tablo 6.4.'da üriner inkontinansı olanların üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisine yönelik bilgileri görülmektedir.

Üriner İnkontinansa yönelik olarak %64,5'i (n=91) sorununun önlenebileceğini belirtmiştir.

Kadınların %63,8'i (n=90) üriner inkontinans için nereye başvurulacağını bildiğini belirtmiştir.

Üriner İnkontinansı olanların %90,1'i (n=127) tedavi olmamıştır. Tedavi olmayanların %44,9'u (n=57) idrar kaçırmanın kendisini rahatsız etmediğini, %20,5'i (n=26) muayene olmak için vakit bulamadığını belirtmiştir.

Tablo 6.5. İnkontinan Kadınların Yaşam Kalitesi Puanları

	n	\bar{x}	SS	Min	Max
Total I-QOL Anket Puanı	141	84,3	16,0	30,9	100,0
Davranışların Sınırlandırılması Alt Skala Puanı	141	79,6	16,9	32,5	100,0
Psikososyal Etkilenme Alt Skala Puanı	141	89,5	14,8	33,3	100,0
Sosyal İzolasyon Alt Skala Puanı	141	82,7	21,9	20,0	100,0

Tablo 6.5.'da İnkontinan kadınların I-QOL anketi ve alt skalalarının aldığı puanları göstermektedir.

İnkontinan kadınların total puan ortalaması 141 anket uygulanan kadında $84,3 \pm 16,0$, min değeri 30,9, max değeri 100,0 puan olarak bulunmuştur.

Genel olarak alt skalaların ortalaması ise en fazla etkilenenden en az etkilenen alana göre sırasıyla Davranışların Sınırlandırılması alt skalası için $79,6 \pm 16,9$, Sosyal İzolasyon alt skalası için $82,7 \pm 21,9$ ve Psikososyal Etkilenme alt skalası için $89,5 \pm 14,8$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 6.6. İnkontinan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

I-QOL (X±SD)	I-QOL Total PUAN	I-QOL DS PUAN	I-QOL PE PUAN	I-QOL Sİ PUAN
Yerleşim Bölgeleri (n=141)				
Bilecik	82,7±16,1	76,9±17,0	88,6±14,4	81,3±22,6
Bozüyük	86,7±15,1	83,1±15,9	90,7±14,1	85,2±20,3
İlçeler	83,1±17,1	78,1±17,7	88,7±16,4	80,8±23,2
p*	0,283	0,075	0,553	0,626
KW χ^2 **	2,524	5,168	1,183	0,936
Yaş (n=141)				
15-21	91,5±8,5	87,8±10,4	94,0±8,4	93,0±11,6
22-28	85,9±11,4	79,2±14,5	90,6±9,3	88,4±18,0
29-35	87,7±13,2	83,8±14,1	93,1±11,4	84,2±19,5
36-42	90,5±11,5	86,5±12,2	94,0±10,4	90,6±15,8
43-49	73,5±19,5	68,2±19,3	81,0±20,0	68,6±25,7
p*	0,000	0,000	0,001	0,000
r***	-0,330	-0,322	-0,267	-0,339
VKİ (n=141)				
Zayıf	93,4±5,1	89,3±7,5	95,2±6,6	96,5±7,2
Normal	89,6±10,2	84,4±11,8	93,8±9,3	90,4±13,9
Şişman	82,1±16,8	77,2±18,5	88,1±15,3	78,9±23,1
Obez	76,1±20,7	72,6±20,5	81,9±20,3	71,2±27,3
p*	0,011	0,050	0,027	0,001
KW χ^2 **	11,099	7,804	9,187	15,895
Medeni Durum (n=141)				
Bekar	88,9±10,8	84,6±12,2	92,92±9,6	88,8±16,6
Evli	83,3±16,8	78,5±17,7	88,69±15,7	81,2±22,7
p*	0,155	0,160	0,504	0,065
Z****	-1,421	-1,405	-0,668	-1,843
Öğrenim Durumu (n=141)				
Okuryazar	30,9	32,5	33,3	24,0
İlkokul	79,1±19,5	75,6±19,0	84,6±19,2	74,6±25,9
Ortaokul	82,6±16,5	75,0±19,9	87,7±13,9	85,5±19,8
Lise	89,1±10,8	84,8±12,8	93,6±9,1	87,7±17,5
Ön Lisans	88,9±10,9	82,9±14,6	94,3±7,2	88,7±16,9
Lisans	86,1±12,4	81,4±13,8	91,1±11,0	84,7±18,7
Lisansüstü	89,5±7,0	81,2±8,83	95,5±6,2	92,0±5,6
p	0,002	0,013	0,001	0,003
r***	0,261	0,208	0,274	0,248
En Uzun Süre Yaşanılan Yer (n=141)				
Köy	79,2±20,1	76,8±19,6	83,7±20,5	75,3±25,4
İlçe	87,4±12,3	82,8±13,7	91,8±10,7	86,7±19,0
İl	82,5±17,8	76,9±18,9	88,6±16,4	80,3±23,2
p	0,728	0,886	0,771	0,740
Z****	-0,348	-0,143	-0,291	-0,332
Ekonomik Durum (n=141)				
Çok İyi	83,4±13,6	78,7±13,6	91,6±7,3	76,0±30,2
İyi	89,4±11,3	86,3±12,8	92,7±9,3	89,5±16,3
Orta	81,7±17,7	76,2±18,0	87,7±17,2	79,9±23,8
Kötü	84,5±14,8	79,5±18,2	89,2±12,8	84,0±19,7
p	0,054	0,015	0,118	0,204
Z****	-0,162	-0,205	-0,132	-0,108

* 0,05 anlamlılık düzeyinde test edildi

** kruskal wallis testi

*** pearson korelasyon

**** Mann-Whitney U

Tablo 6.6'da İnkontinan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı görülmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 15-21 yaş arasındakilerin tüm puan ortalamalarının 43-49 yaş grubunda olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların VKİ'lerine göre DS alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak ölçek toplam puanı, PE ve Sİ puan ortalamalarının İnkontinansı olan kadınlarda farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların VKİ'lerine göre ölçek toplamı, PE ve Sİ puan ortalamaları obez kadınlarda diğerlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Kadınların öğrenim durumlarına göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Lisansüstü mezunu olanların toplam puan ortalamalarının ilkokul grubunda olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 6.7. İnkontinan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

I-QOL (X±SD)	I-QOL Total PUAN	I-QOL DS PUAN	I-QOL PE PUAN	I-QOL Sİ PUAN
Kürtaj Olma (n=141)				
Evet	80,3±17,9	74,9±19,1	86,6±16,7	77,6±25,2
Hayır	85,7±15,1	81,2±15,9	90,4±14,1	84,4±20,5
p*	0,096	0,076	0,340	0,126
Z***	-1,665	-1,777	-0,954	-1,529
Doğum Yapma (n=141)				
Evet	83,0±17,0	78,0±17,7	88,7±15,9	80,7±23,1
Hayır	90,0±8,6	86,5±10,5	92,5±8,2	90,9±13,0
p*	0,108	0,035	0,904	0,019
Z***	-1,608	-2,111	-0,120	-2,351
Doğum Şekli (n=114)				
Sezaryen	87,3±14,8	82,7±15,7	92,2±13,0	85,8±21,7
Vajinal	83,0±16,3	77,8±16,7	88,8±15,7	80,9±22,3
Sezaryen/Vajinal	75,3±20,9	70,2±22,3	82,3±19,7	70,9±25,9
p*	0,055	0,086	0,091	0,026
KW χ^2 **	5,790	4,905	4,800	7,310

* 0,05 anlamlılık düzeyinde test edildi

** kruskal wallis testi

*** Mann-Whitney U

Tablo 6.7’de inkontinan kadınların obstetrik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Kadınların doğum yapma durumu ile ölçek toplam puanı ve PE alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak DS ve Sİ puan ortalamalarının İnkontinansı olan kadınlarda farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Doğum yapmayanların Sİ puan ortalamalarının doğum yapanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların doğum şekli ile ölçek toplam puanı ve DS, PE alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak Sİ puan ortalamalarının İnkontinansı olan kadınlarda farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sezaryen ile doğum yapanların Sİ puan ortalamalarının Sezaryen/vajinal doğum yapanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 6.8. Kadınların Üriner İnkontinansla İlgili Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

I-QOL (X±SD)	I-QOL Total PUAN	I-QOL DS PUAN	I-QOL PE PUAN	I-QOL Sİ PUAN
Belirtilen Üriner İnkontinans Tipleri (n=141)				
Sıkışma (Urge) İnkontinans	88,5±12,9	83,6±13,6	93,4±12,2	87,5±18,4
Stres İnkontinansı	86,0±13,4	81,3±16,0	90,3±12,1	85,7±17,9
Miks Tip İnkontinans	70,5±22,0	66,3±19,9	78,5±22,0	62,7±29,3
p*	0,002	0,002	0,008	0,001
KW χ^2 **	12,619	12,922	9,604	14,725
Üriner İnkontinans Şikayetlerinin Başlama Zamanı (n=141)				
Doğum Sonrası	82,2±17,3	77,3±17,2	88,0±15,7	79,7±25,1
Hamilelik	82,5±16,7	78,8±19,3	88,8±14,9	76,8±23,4
İlaç Kullanımı	61,9±22,9	54,5±16,2	68,8±27,7	61,3±31,1
Diğer	87,3±13,2	82,8±15,0	91,8±11,9	86,5±17,9
p*	0,007	0,003	0,033	0,050
KW χ^2 **	12,002	13,627	8,743	7,813
Üriner İnkontinans Yaşama Sıklığı (n=141)				
Ayda 1 Kez	89,8±9,0	85,9±11,2	93,6±8,1	89,4±13,9
Haftada Birkaç Kez	79,2±14,2	73,6±13,9	87,3±13,2	73,4±23,8
Günde Birkaç Kez	69,3±21,1	62,6±19,2	77,1±23,7	65,8±27,7
Düzenli Ped Kullanma	59,0±20,3	55,7±19,7	66,6±20,9	50,8±23,3
Diğer	92,2±7,9	87,6±11,2	95,5±6,5	93,5±10,8
p*	0,000	0,000	0,000	0,000
KW χ^2 **	45,464	46,677	29,006	43,265
Kaçırılan İdrar Miktarı (n=141)				
Küçük miktar	90,4±9,0	85,3±11,6	94,7±7,4	90,7±13,5
Orta miktar	72,8±19,1	69,8±18,6	79,6±19,3	65,4±24,7
Büyük miktar	66,2±20,3	61,1±21,1	73,4±21,0	61,1±28,1
p*	0,000	0,000	0,000	0,000
KW χ^2 **	36,567	29,503	31,494	37,221
Üriner İnkontinans Sorununun Önlenmesinin Mümkün Olma Durumu (n=141)				
Evet	84,6±14,7	79,3±16,3	90,1±13,0	83,3±21,2
Hayır	86,8±10,6	78,4±14,5	93,0±8,6	89,0±14,4
Bilmiyorum	83,3±19,4	80,7±19,0	87,4±19,0	80,0±24,3
p*	0,898	0,458	0,779	0,693
KW χ^2 **	0,215	1,562	0,500	0,707
Üriner İnkontinans Konusunda Nereye Başvuracağını Bilme Durumu (n=141)				
Biliyor	83,4±16,3	78,6±16,6	88,8±15,1	81,3±23,0
Bilmiyor	86,1±15,5	81,6±17,4	90,7±14,3	85,1±19,6
p*	0,223	0,151	0,491	0,521
Z***	-1,220	-1,436	-0,689	-0,643
Üriner İnkontinansa Yönelik Tedavi Olma Durumu (n=141)				
Evet	76,2±21,4	69,8±21,6	82,2±21,6	75,7±25,6
Hayır	85,2±15,1	80,7±16,0	90,3±13,8	83,4±21,4
p*	0,177	0,087	0,208	0,315
Z***	-1,349	-1,714	-1,259	-1,004
Tedavi Olmama Nedenleri (n=141)				
Yaşla Birlikte Normal	71,3±23,3	68,0±21,4	76,0±23,9	68,0±29,3
Muayene İçin Vakit Bulamadım	77,4±15,5	72,7±16,1	84,6±14,6	72,0±25,1
Fazla Rahatsız Etmiyor	90,9±9,0	86,3±11,9	95,1±7,7	90,6±11,7
Muayene Olmaktan Çekiniyorum	81,3±19,9	79,1±16,8	86,8±12,9	75,0±29,3
Diğer	87,7±15,4	81,8±16,9	92,0±14,5	89,2±18,8
p*	0,000	0,001	0,000	0,002
KW χ^2 **	23,142	19,467	22,793	17,418

* 0,05 anlamlılık düzeyinde test edildi

** kruskal wallis testi

*** Mann-Whitney U

Tablo 6.8’de Kadınların üriner inkontinansla ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların inkontinans tipleri ile ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Urge İnkontinansı olanların toplam puan ortalamalarının Miks Üriner İnkontinansı olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınlarda Üİ şikayetini başlatan durumlara göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Şikayetleri doğum sonrası başlayanların toplam puan ortalamalarının ilaç kullanımı sonrası başlayanlardan daha fazladır.

Kadınların üriner inkontinans sıklığına göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayda 1 kez inkontinansı olanların toplam puan ortalamalarının düzenli ped kullanımı olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların kaçırılan idrar miktarına göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Küçük bir miktar olanların belirtenlerin toplam puan ortalamalarının büyük miktar olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Kadınların tedavi olmama durumlarına göre ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Fazla rahatsız etmiyor diye ifade edenlerin toplam puan ortalamalarının yaşla birlikte normal olduğunu ifade edenlerden daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 6.9. Üriner İnkontinans Yaşama Zamanlarına Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

I-QOL (X±SD)	I-QOL Total PUAN	I-QOL DS PUAN	I-QOL PE PUAN	I-QOL Sİ PUAN
Tuvalete Yetişmeden Önce (n=141)				
Hayır	87,6±11,5	82,6±14,1	92,3±10,1	87,0±16,4
Evet	80,6±19,4	76,2±19,2	86,1±18,4	77,6±26,1
p*	0,082	0,076	0,176	0,093
Z**	-1,741	-1,776	-1,352	-1,677
Öksürürken/Hapşururken (n=141)				
Hayır	87,8±14,3	83,3±14,9	92,2±13,8	87,2±19,0
Evet	82,4±16,6	77,7±17,7	88,0±15,2	80,2±23,0
p*	0,048	0,078	0,065	0,036
Z**	-1,974	-1,762	-1,846	-2,102
Uyurken (n=141)				
Hayır	84,5±16,1	79,8±16,9	89,5±15,0	82,8±21,7
Evet	81,2±13,2	75,0±17,2	87,5±7,4	80,0±29,1
p*	0,257	0,408	0,176	0,568
Z**	-1,133	-0,827	-1,353	-0,572
Cinsel İlişki Sırasında (n=141)				
Hayır	85,1±15,3	80,4±16,5	90,3±14,0	83,4±21,3
Evet	66,6±21,4	63,7±19,0	70,0±20,7	65,3±29,6
p*	0,018	0,028	0,005	0,245
Z**	-2,372	-2,196	-2,787	-1,161
Fiziksel Olarak Aktifken (n=141)				
Hayır	85,7±14,7	81,2±15,7	90,4±13,6	84,5±20,4
Evet	72,0±21,9	65,8±21,8	80,7±22,1	66,2±28,0
p*	0,006	0,006	0,063	0,002
Z**	-2,736	-2,764	-1,860	-3,136
İşemeyi Bitirip Giyinince (n=141)				
Hayır	86,2±14,1	81,5±15,2	91,2±12,9	85,0±20,2
Evet	65,6±21,4	61,3±22,0	72,4±21,3	60,3±25,8
p*	0,001	0,001	0,002	0,003
Z**	-3,210	-3,182	-3,107	-3,107
Belirgin Bir Neden Olmadan (n=141)				
Hayır	85,7±14,7	81,1±15,7	90,6±13,5	84,4±20,6
Evet	74,8±21,2	69,7±21,4	81,8±20,6	70,6±26,8
p*	0,073	0,036	0,114	0,090
Z**	-1,793	-2,096	-1,578	-1,697
Her Zaman (n=141)				
Hayır	85,8±14,2	81,3±15,1	90,7±12,9	84,3±20,3
Evet	50,6±18,4	42,0±11,7	61,1±25,7	45,3±23,8
p*	0,000	0,000	0,001	0,001
Z**	-3,614	-3,870	-3,354	-3,355
Diğer Durumlarda (n=141)				
Hayır	84,0±16,2	79,3±16,9	89,1±15,1	82,4±22,1
Evet	90,1±11,2	85,6±16,6	95,8±7,0	87,0±17,9
p*	0,167	0,209	0,158	0,593
Z**	-1,383	-1,255	-1,413	-0,534

* 0,05 anlamlılık düzeyinde test edildi

** Mann-Whitney U

Tablo 6.9’da Üriner inkontinans yaşama zamanlarına göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların öksürürken/hapşururken üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre total puan ve Sİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kadınların Sİ ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir.

Kadınların cinsel ilişki sırasında üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre total puan ve DS, PE ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kadınların DS ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir.

Kadınların fiziksel olarak aktifken üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre total puan ve DS, Sİ ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kadınların DS ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir.

Kadınların işemeyi bitirip giyinince üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kadınların Sİ ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir.

Kadınların belirgin bir neden olmadan üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre DS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadınların her zaman üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu kadınların DS ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde Bilecik Merkez ve İlçelerde 15-49 yaş arasındaki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır. Bu bölüm 2 başlıktan oluşmaktadır.

1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Bulunma Durumlarına Göre Sosyodemografik, Obstetrik ve Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Tartışılması
2. Araştırma Grubundaki İnkontinan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

7.1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Bulunma Durumlarına Göre Sosyodemografik, Obstetrik ve Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Çalışmamızda Üriner inkontinans sıklığı %37 olarak bulunmuştur (Şekil 6.1). Üriner inkontinans sıklığı “İdrar kaçırma problemi yaşamıyorsanız aşağıdaki soruları cevaplamayınız” ibaresinden sonra cevaplayanlara göre belirlenmiştir. Kök (69) çalışmasında (2005) inkontinans bulgularını belirlemek için sorulan sorularla üriner inkontinans sıklığını %37,1 olarak bulmuştur. Bu oran bizim sonucumuza benzerdir. Türkiyede farklı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı %15.32-98 arasında değişmektedir (3, 5, 6, 11, 16, 17, 21, 22, 26, 28, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 45, 51, 52, 58, 62, 63, 68, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 95, 100, 101, 104, 106, 110). Yurt dışında yapılmış çalışmalarda ise kadınlarda üriner inkontinans sıklığı %9,4-61 arasında değişmektedir (30, 43, 44, 46, 47, 49, 73, 74, 76, 77, 78, 93, 113).

Çalışma sonuçlarının geniş aralıklarda olmasının nedeni farklı öykü ve ölçeye dayalı yöntemler kullanılması ve inkontinans tanımının farklı yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Üriner İnkontinans saptanan hastaların tiplerine göre dağılımları incelendiğinde, %53,2'sinde (n=75) stres tip inkontinans, %31,2'sinde (n=44) urge tip inkontinans ve %15,6'sında (n=22) miks tip inkontinans görüldüğü belirlenmiştir

(Şekil 6.2). Çiftçi ve ark (28) yaptıkları çalışmada en yüksek (%64,8) miks tip inkontinans bulunmuş, Şensoy ve ark (100) yaptıkları çalışmada en yüksek (%47,4) urge tip inkontinans bulunmuş, Yaz ve ark (110) yaptıkları çalışmada ise en yüksek (%40,9) stres tip inkontinans bulunmuş ve çalışmanın bulguları çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda cinsel olgunluk çağındaki kadınlarda en sık görülen stres inkontinans, 50 yaşın üstünde urge inkontinans, daha ileri yaşlarda miks inkontinansın görülmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların yaş gruplarına göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında 15-21 yaş arasında %13,5, 22-28 yaş arasında %13,5, 29-35 yaş arasında %22, 36-42 yaş arasında %21,3, 43-49 yaş arasında %29,8 görülmektedir. Yaş grupları ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gözükmemektedir ($p=0,001$) (Tablo 6.1). Literatürde yaşla birlikte üriner inkontinans sıklığının arttığı belirtilmektedir (3, 16, 17, 40, 45, 47, 66, 91, 104), Terzi ve ark (104) 18 yaş üstü kadınlarla yaptığı çalışmada 18-40 yaş aralığında üriner inkontinans görülme sıklığı %22,3, 40 yaş üstünde %70,3 bulunmuş ve yaş ile üriner inkontinans görülme sıklığındaki artış istatiki olarak anlamlı bulunmuştur. Öztürk ve ark (91) 35 yaş ve üstü kadınlarla yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre Üİ görülme sıklığına bakıldığında 35-49'da %26,5 ($n=26$), 50-64'de % 54,7 ($n=41$), ≥ 65 'de %67,9 ($n=19$) bulunmuş ve üriner inkontinans ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$). Hannestad ve ark (47) Norveç'te 20 yaş üstü 27.936 kadınla yapılan çalışmada şiddetli üriner inkontinans sıklığının yaş arttıkça arttığı bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına bakıldığında üriner inkontinans sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Çalışmamız bu yönüyle literatürle paralellik göstermektedir.

Kadınların VKİ'si ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 6.1). VKİ ile üriner inkontinans arasında ilişki anlamlı bulunamayan çalışmalar vardır ve bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir (37, 86). Bazı çalışmalarda VKİ arttıkça inkontinansın görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (60). Hannestad ve ark (47) Minassian ve ark (77) yaptıkları çalışmalarda aşırı kilolu olan kadınlarda karın içi basıncın artmasıyla üriner inkontinansın daha sık görüldüğünü bildirilmiş, Boztaş ve ark (22) 2016 yılında yaptığı çalışmada yapılan istatistiksel incelemede

VKİ ile üriner inkontinans arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. VKİ yüksek olanlarda karın içi basınç arttığı için inkontinans görülebilir. Bizim çalışmamızda anlamlı ilişki bulunamamasının nedeni kadınların karın içi basıncını arttırıcı işlerde çalışmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda medeni durumunun evli olması ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001$). Evli olmak inkontinans sıklığını arttırmaktadır (Tablo 6.1). Demirel ve ark (37) yaptıkları çalışmada medeni durum ve üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamız ile literatür bilgileri uymamaktadır. Evli olan kadınlarda inkontinansın daha fazla görülmesinin sebebi doğum yapmış olmaları düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.1). Literatürde eğitim düzeyi ve üriner inkontinans arasında bakılan ilişkilerde farklılıklar vardır. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda üriner inkontinans bulgularının görülme oranı daha fazla bulunmuş (34, 87) ve yapılan diğer çalışmalarda inkontinans ile eğitim durumları incelendiğinde anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (65, 68). Anlamlı bir ilişki bulunamamasının nedenleri arasında eğitim durumu düşük olsa da bilinç düzeylerinin yüksek olmasından inkontinansa daha az rastlanılması sayılabilir.

Araştırmada kadınların üriner inkontinans durumu ile yaşanan yer ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 6.1). Çalışmamız Demirel ve ark (37) yaptığı çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Yaşanılan yer ve aile yapısının inkontinansı etkilememe nedenleri arasında ekonomik durumlarının orta olması ve kadınların eski köy hayatını yaşamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda inkontinansı olan kadınların %61'i ($n=86$), olmayanların %54,6'ü ($n=131$) ekonomik durumunun orta olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6.1). Ekonomik durum ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Koçak ve ark (63), Özdemir ve ark (84) çalışmalarında gelir düzeyinin üriner inkontinansın meydana gelmesinde etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Ekonomik durumu kötü olanların da sağlık kuruluşlarında aynı tedaviye

ulaşabildikleri için ekonomik durum ile inkontinans arasında ilişki bulunamamış olabilir.

Çalışmamızda inkontinansı olanların %24,8'i (n=35), olmayanların %11,3'ü (n=27) kürtaj olduğunu belirtmişler ve kürtaj olma ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 6.2), Durmaz ve ark (39), Bektaş ve ark (16) yaptıkları çalışmalarda kürtaj olma durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre paralel bulunmuştur. Kürtaj olmanın pelvik taban kaslarına zarar verdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinans için risk faktörleri arasında doğum yapmak büyük önem taşımaktadır. İnkontinansı olan kadınların %80,9'u (n=114), olmayanların %57,5'i (n=138) doğum yaptığını belirtmektedir. Üriner inkontinans ile doğum yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 6.2). Çiftçi ve ark (28) yaptıkları çalışmada doğum yapmamış kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %25 iken, 5 ve daha fazla doğum yapmış olanlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %79 olarak bulunmuş ve doğum yapmanın üriner inkontinans için risk oluşturduğu görülmüştür. Doğum şekli ile ilgili yapılan çalışmalarda vajinal doğum ile sezaryen arasında yapılan çalışmalarda vajinal doğum yapmanın üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu görülmektedir (22, 29, 51, 68, 84, 88). İnkontinansı olan kadınların %53,5'i (n=61) vajinal doğum yaptığını, %29,8'i (n=34) sezaryen yaptığını, %16,7'si (n=19) sezaryen ve vajinal doğum yaptığını belirtmişlerdir. Doğum şeklinin vajinal olması ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır (p=0,000) (Tablo 6.2). Çalışmamız bu yönüyle literatüre paralellik göstermektedir. Çalışmamızda vajinal doğum yapanların sezaryen ile doğum yapanlara göre iki kat fazla inkontinans yaşadığı görülmektedir. Vajinal doğum esnasında Kristeller manevrası (fundal bası) yapılması, vajina, üretra, mesane, kaslar ve sinirlerde baskı ve gerilme hissi ile pelvik organlarda hasara yol açtığı için inkontinans yaşanmaktadır.

Çalışmamızda üriner inkontinans risk faktörleri olarak %17,6'sı (n=57) çay-kahve içme, %13,0'ü (n=42) idrar yolu enfeksiyonu olma, %12,3'ü (n=40) kronik öksürük, %11,7'si (n=38) zor doğum yapmayı belirtmişlerdir (Tablo 6.3). Akıncı ve ark (4) çalışmasına göre kafeinli içecek içenler ve içmeyenler arasında ped testi yapılmış ve

ped testi sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Durmaz ve ark (39) çalışmasında sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir ve çalışmada zor doğum yapmanın üriner inkontinans ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kocaöz ve ark (64) çalışmasında risk faktörleri olarak sürekli öksürük ile inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Demirel ve ark (37) çalışmasında çoğul gebelik ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fazla sıvı alımı idrar üretiminin artması ve mesanenin uyarılması ile inkontinansa sebep olmaktadır. Enfeksiyonlar direk olarak mesaneyi etkilediği için inkontinans gözlenebilir.

Çalışmamızda üriner inkontinans yaşama sıklığı olarak kadınların %31,2'si (n=44) ayda birkaç kez inkontinans yaşadığını belirtmiştir. Bilgili ve ark (21) çalışmasında kadınların 38,8'inin ayda 2 ve daha fazla idrar kaçırdığı bildirilmiştir. Kaçırılan idrar miktarı olarak kadınların %70,2'si (n=99) küçük miktarda olduğunu belirtmiştir (Tablo 6.3). Bilgili ve ark (21) çalışmasında kadınların %50,2'sinin hafif miktarda idrar kaçırdığı bildirilmiştir. Kaçırılan idrar miktarının küçük miktarda olarak yanıtlanmasının kadınların rahatsız olmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinans yaşama zamanı olarak en fazla %40,3'ü (n=91) öksürürken veya hapsirirken, %28,8'i (n=65) tuvalete yetişmeden önce olduğunu belirtmektedirler (Tablo 6.3). Akıncı ve ark (4) çalışmasında idrar kaçırma zamanı olarak öksürürken, hapsirirken, gülerken üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Karın içi basıncı arttıran faktörlerin buna neden olduğu düşünülmektedir.

Üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınların büyük çoğunluğu bu sorunun önlenebileceğini belirtmişlerdir. Buna karşılık kadınların %90,1'i (n=127) üriner inkontinansa yönelik tedavi almamıştır. Tedavi almayan kadınların idrar kaçırmanın kendisini rahatsız etmediğini, muayene olmak için vakit bulamadığını belirtmiştir (Tablo 6.4). Demir ve ark (31) çalışmasında kadınların doktora başvurmama nedenleri arasında en fazla, önemsememe, vakit bulamama, çekinme/utanma, normal olarak düşünme yer almaktadır. Ülkemizde üriner inkontinansla ilgili düşüncelerin alındığı ankette %88,5'i idrar kaçırmanın önlenebileceğini, %57'si sağlık sorunları arasında idrar sorunlarının sorgulanması ve bildirilmesi gerektiğini, %95,1'i idrar

kaçırmanın üstesinden gelinebileceğini düşünmektedir (105). Öztürk ve ark (91) çalışmasında üriner inkontinas şikayetlerini sağlık sorunu olarak görmeyip önemsemediği bildirilmiştir. Yılmaz ve ark (112) yaptıkları çalışmada kadınlar utanma duygusu ve idrar kaçırmayı sağlık sorunu olarak görmemesinden dolayı hekime başvurmamıştır. Kök ve ark (68) çalışmasında idrar kaçırmadan dolayı tedavi olmama durumu %85,88 (n=73) olarak bulunmuş, hastaların sağlık kurumuna başvurmama nedenleri arasında kadınların %39,70'i (n=27) yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünmekte, %19,11'i (n=13) muayeneye gelmek için vakit bulamadıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda inkontinans yaşayan kadınların inkontinans sıklığı ve miktarını önemsemedikleri için tedavi arayışına girmedikleri tespit edilmiştir.

7.2. Araştırma Grubundaki İnkontinan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Tartışılması

Çalışmamızda üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerine baktığımızda kadınların genel olarak yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerlerde olduğu ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde etkilendiği görülmektedir. Akgün ve ark (3) yaptıkları çalışmanın bulguları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Yaşam kalitesi puanlarının yüksek olması üriner inkontinansa bakış açılarından kaynaklandığı düşünülmektedir. (Tablo 6.5)

İnkontinansı olan kadınların total I-QOL puanları Tablo 6.5 'de özetlenmiştir. Aksu ve ark (5) çalışmasında total alt skala puanları arasında en fazla etkilenen alanın davranışların sınırlandırılması, ardından sosyal izolasyon ve en az etkilenen alanın psikososyal etkilenme olduğu belirlenmiştir. Sonuçları bizim bulgularımıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda İnkontinansı olan kadınların yaş grupları ile ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yaş arttıkça puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir (Tablo 6.6). Literatürde yaş ile üriner inkontinans yaşam kalitesi puanları arasında farklılıklar mevcuttur. Akıncı ve ark (4) çalışmasında yaş grupları ile yaşam kaliteleri puanları arasında anlamlı farklılık saptanamamışken Aylaz ve ark

(12) çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi puanının düşmesinin nedenleri arasında ileri yaşta daha fazla inkontinansa rastlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların medeni durumunun evli olması ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6.6). Çalışmamızda bekar olan kadınların evli olan kadınlara göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bekar olan kadınların yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (12, 37). Evli olan kadınların çocuk sahibi olmasından inkontinans yaşaması artmakta ve yaşam kalitesi puanı düşmektedir.

Kadınların öğrenim durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.6). Lisansüstü mezunu olanların toplam puan ortalamalarının ilkökul grubunda olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Aylaz ve ark (12) yaptığı çalışmada eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir. Öğrenim durumu arttıkça çalışma hayatının daha iyi koşullarda olması yaşam kalitesi puanlarını yükselmektedir.

İnkontinansı olan kadınların ekonomik durum ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir fakat ekonomik durumu iyi olanların DS puan ortalamalarının ekonomik durumu orta olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 6.6). Demirel ve ark (37) çalışmasında ekonomik durumunun iyi olarak algılayanların, ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlara göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Üriner inkontinans tipleri kadınların yaşam kalitesini farklı düzeylerde etkilemektedir. İnkontinans tipleri ile ölçek toplam puanı ve DS, PE, Sİ alt faktörü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.8). Miks tip inkontinans olanların puanının daha düşük olduğu görülmektedir. Aksu ve ark (5) çalışmasında yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği inkontinans tipi miks Üİ, ardından urge Üİ ve son olarak stres Üİ olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kök ve ark (68) çalışmasında sosyal yaşantılarına etkilerini gösteren puanlar arasında miks tip Üİ bulguları olan hastaların sosyal yaşantılarının en fazla etkilendiği belirlenmiştir. Tipler

içinde miks tip inkontinans hepsininin birleşimi olmasından dolayı yaşam kalitesi puanları düşmektedir.

Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.8). Ayda 1 kez inkontinansı olanların toplam puan ortalamalarının düzenli ped kullanımı olanlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Küçük bir miktar idrar kaçıranların toplam puan ortalamalarının büyük miktar idrar kaçıranlardan daha fazla olduğu görülmektedir. Koçak ve ark (63) çalışmasında inkontinansın sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde inkontinansın dolayı ped kullanımının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sürekli ped kullanan ve miktar olarak fazla inkontinansı olan kadınlarda kendilerini her alanda sınırladıkları için puanları da düşmektedir.

İnkontinansı olan kadınların tedavi olma durumu ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Tedavi olanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 6.8). Aylaz ve ark (12) çalışmasında % 91'inin hekime başvurduğunu ve hekime başvuranların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda inkontinans kadınları orta düzeyde etkilediği için yaşam kalite puanları yüksektir.

Çalışmamızda cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans olması ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.9). Bu katılımcıların DS ölçek puanı daha düşük olarak görülmektedir. Kök ve ark (68) ve Akıncı ve ark (4) çalışmasında cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranlar ile kaçırmayanlar arasında yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamışken cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans olanlarda puanların daha düşük olduğu bulunmuş.

Çalışmamızda kadınların öksürürken/hapşururken inkontinans yaşamasıyla, fiziksel olarak aktifken inkontinans yaşamasıyla, işemeyi bitirip giyindikten sonra inkontinans yaşamasıyla, belirgin bir neden olmadan inkontinansı olmasıyla, her

zaman inkontinansı olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6.9).



8. SONUÇ

Çalışmamız; Bilecikte bulunan 15-49 yaş kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaş ve bulunduğu yerin nüfusu dikkate alınarak tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 381 kadın ile yapıldı. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

* Üriner inkontinans sıklığının %37 olduğu belirlenmiş olup inkontinansı olanlarda %53,2'sinde stres, %31,2'sinde urge, %15,6'sında miks tip inkontinans olduğu belirlendi.

* Yaşın artması ve evli olmak ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

* Obstetrik faktör olarak kürtaj olmak, doğum yapmış olmak ve doğumunu vajinal olarak yapmış olması ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

* Kadınların belirttikleri risk faktörlerine göre en fazla çay-kahve içmenin, idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin, kronik öksürük ve zor doğum yapmanın olduğunu bulunmuştur.

* Üriner inkontinans şikayetlerinin en fazla doğum sonrası dönemde başladığını, küçük miktarda ve ayda birkaç kez üriner inkontinans olduğunu bildirmişlerdir.

* Üriner inkontinans yaşanma zamanı olarak en fazla öksürürken-hapşırırken ve tuvalete yetişmeden hemen önce yaşandıklarını bildirmişlerdir

* Üriner inkontinas sorununun önlenebileceğini bildikleri halde %90,1'i tedavi olmamıştır. Tedavi olmama sebepleri ise idrar kaçırmanın kendisini rahatsız etmediğini ve muayene olmak için vakit bulamadığını bildirmişlerdir.

* Kadınların genel olarak yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerde olduğu ve orta düzeyde etkilendiği görülmektedir. Tiplerine göre miks üriner inkontinans puanının diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir.

* Yaşın artması ve öğrenim durumların düşmesi ile yaşam kalitesi puanlarının azaldığı görülmektedir.

Sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

#Üriner İnkontinansın yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunu olduğunun bilinmesi gerektiği,

#Üriner inkontinansın toplumdaki sıklığını azaltmaya yönelik sağlık çalışanlarına ve halka üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesi hakkında eğitim ve tarama programlarının planlanması ve geliştirilmesi,

#Üriner inkontinansın her yaşta görüldüğü konusunda hastaların farkındalıklarının artırılması için doktor, ebe ve hemşireler tarafından bilgilendirilmesi,

#Üriner inkontinans şikayetlerinin en fazla doğum sonrasında ortaya çıktığı için gebelik ve doğum sonrası dönemde pelvik taban kas egzersizleri öğretilmeli ve düzenli olarak yapmalarının sağlanması,

#Üriner inkontinans varlığının araştırılması için Aile Sağlığı Merkezlerine gelen kişilere standart bir form oluşturularak uygulanması gerektiği,

#Üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi için farklı bölge ve örneklem gruplarında çalışılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

- 1.Abrams P, Blavias Jg, Stanton, Sl, Andersen Jt. The Standardization Of Terminology Of Lower Urinary Tractdysfunction.The İnternational Continençe Societycommittee On Standardisation Of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl;114:5-19, 1998
- 2.Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Et Al. The Standardization Of Terminology Of Lower Urinary Tract Function: Report From The Standardization Sub-Committee Of The International Continençe Society. Neurol And Urody; 21:167-78, 2002
- 3.Akgün G, 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2009
- 4.Akıncı N A., Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009
- 5.Aksu Sucuoğlu Ş, Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kaliteleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
- 6.Altınboğa O, Gultekin İ B, Taner C E, Son Üç Yıl İçinde Doğum Yapmış Kadınlarda Stres İnkontinans: Parite Ve Doğum Şeklinin Etkisi, Bozok Tıp Derg;6(4):1-7, 2016
- 7.Altınöz E, İstanbul İli Pendik İlçesi'nde Aile Sağlığı Birimlerine Kayıtlı 18 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Aşırı Aktif Mesane Ve Üriner İnkontinans Prevalansı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014
- 8.Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y, Temel Üroloji, P. 533-567. İçinde: Arıkan N, Ergen A, Jinekolojik Üroloji 4.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2011.
- 9.Arslan N, Soylu A, Türkmen M, Kavukçu S, Tuvalet Konforunun Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi Türk Pediatri Arşivi; 39: 21- 4, 2004

10.Aslan E, Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 51-60 S, 2002

11.Ateşkan Ü, Mas R M, Doruk H, Kutlu M, Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Geriatri; 3(2):45-50, 2000

12.Aylaz R, Işık K, Bayır B, Yetiş G, Üriner İnkontinansın 65 Yaş Ve Üzeri Kadınların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 5 (2): 19-25, 2016

13.Ballentyne M., Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 123-128 S, 2002

14.Başak T, Kök G, Güvenç G, Prevelance, Risk Factors and Quality Of Life İn Turkish Women With Urinary İncontinence:A Synthesis Of The Literature, International Nursing Review, 60, 448-460, 2013

15.Beji N K, Üriner İnkontinans Tipleri Ve Hasta Değerlendirmesi, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 75-84 S, 2002

16.Bektaş A H, Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2007.

17.Benlioğlu C, Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması Uzmanlık Tezi Kahramanmaraş, 2006.

18.Bilecik Coğrafi Yapı, [Http://Www.Bilecik.Gov.Tr/Cografi-Yapi,](http://www.bilecik.gov.tr/cografi-yapi) [Erişim Tarihi:06.06.2017](#)

19.Bilge Ç, Beji N K, Kadınlarda Obezite Ve Alt Üriner Sistem Semptomları, F N Hem. Dergisi; 24(2): 72-79, 2016

- 20.Bilgiç D, Başgöl Ş, Beji N K, Üriner İnkontinansı Önlemede Doğum Ve Postpartum Döneme Yönelik Kanıt Temelli Yaklaşımlar, *Taf Prev Med Bull*:15.1, 2016
- 21.Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 28:487-493, 2008
- 22.Boztaş G, Çalışan Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Ve Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul-2016
- 23.Can T, Yağcı N, Cavlak U, Effects Of Urinary Incontinence On Depressive Symptoms And Quality Of Life İn Women With Reproductive Age, *Fizyoterapi Rehabilitasyon*.;23(2):83-89, 2012
- 24.Costantini E, Lazzeri M, Giannantoni A, Bini V, Vianello A, Kocjancic E, Porena M, Preoperative Valsava Leak Point Pressure May Not Predict Outcome Of Mid-Urethral Slings. Analysis From A Randomized Controlled Trial Of Retropubic Versus Transobturator Mid-Urethral Slings, *International Braz J Urol* Vol. January - February, 34(1): 73-83, 2008
- 25.Coşkun A, Alt Üriner Sistem Anatomi Ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1-28 S, 2002
- 26.Çetin C, Edirne İli Merkezinde 20 Yaş Üstü Popülasyonda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler, *Uzmanlık Tezi*, Edirne, 2010.
- 27.Çetinel B, İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme Ve Tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2):246-252, 2005
- 28.Çiftci Ö, Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler, *Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi* Erciyes, 2009.

- 29.Çitgez S, Kadınlarda Stres Tip İdrar Kaçırmada Risk Faktörleri Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013
- 30.Danforth K N, Townsend M K, Lifford K, Curhan G C, Resnick N M, Grodstein F, Risk Factors For Urinary İncontinence Among Middle-Aged Women, American Journal Of Obstetrics And Gynecology 194, 339–45, 2006
- 31.Demir S, Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Arama Davranışları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012
- 32.Demiray Ö, Özyurt C, İdrar Kaçırma Önlenebilir Mi? J Female Funct Urol; 3: 11-15, 2013
- 33.Demirci F, Üriner İnkontinans Cerrahi Ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 91-102 S, 2002
- 34.Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H, 18 Yas Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkileri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:19, 23-37, 2012
- 35.Demirci N, Basar F K , Süzer F, Aba Y A, Ataman H, Huzurevindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:6, Sayı:18, 2011
- 36.Demirci N, Coşar F, Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.:16(3)/ 35-40, 2009
- 37.Demirel T, 65 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2012
- 38.Demirel T, Akın B, Kırsal Alanda Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Turkish Journal Of Geriatrics; 17 (4) 379-388, 2014

- 39.Durmaz Ö, Lefkoşa Merkezde Yaşayan 20 Yaş Ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Risk Faktörlerinin Saptanması, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011
- 40.Durukan H, Tok E C, Tok D, Aytan H, Mersin İlinde, Hedef Popülasyonda Kadınların Kendisi Tarafından Algılanan İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaş Gruplarına Göre İnkontinans Tiplerinin Dağılımı, Zeynep Kamil Tıp Bülteni;46: 1-5, 2015
- 41.Fırdolaş F, Penbegül N, Dağgüllü M., Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Konservatif Yaklaşımlar Turk Urol Sem; 1: 27-31, 2010
- 42.Filiz T M, Topsever P, Uludağ C, Görpelioğlu S, Çınar N, Türk Kadınlarında Üriner İnkontinans Siddeti Ve Yaşın Jenerik Yaşam Kalitesi Sf-36 Üzerine Etkileri Turkiye Klinikleri J Med Sci, 27:189-194, 2007
- 43.Ghafouri A , Alnaimi A R, Alhothi H M, Alroubi I, Alrayashi M, Molhim NA, Shokeir AA, Urinary İncontinence İn Qatar: A Study Of The Prevalence, Risk Factors And İmpact On Quality Of Life, Arab J Urol,1-6, 2014
- 44.Gonzaga P D, Aragão J A, Feitosa V L C, Reis F P, Climacteric Women's Life Quality With Urinary İncontinence İn Aracaju City, British Journal Of Medicine & Medical Research 16(5): 1-9, 2016
- 45.Güneş, A, Güneş G, Pehlivan E, Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Etkili Faktörler; Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 7(1); 54-57, 2000
- 46.Hamdia M A, Vian A O, Shahla K A , Namir G A, Bir Kürt Kadın Örneğinde Üriner İnkontinans Ve Olası Risk Faktörleri Prevalansı, Sultan Qaboos Üniversitesi Med J ; 13 (2): 269274, Mayıs, 2013
- 47.Hannestad Y S, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S, A Community-Based Epidemiological Survey Of Female Urinary İncontinence: The Norwegian Epıncont Study, Journal Of Clinical Epidemiology 53, 1150–1157, 2000

48. <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Daire-Faaliyetleri> Erişim Tarihi:10/04/2017
- 49.Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S, The Prevalance of Urinary İncotence İn Women İn Four European Countries, Bju İnternational,; 93, 324-330, 2004
- 50.Hunskarr S, Arnold E P, Burgio K, Diokno A C, Herzog A R, Mallet V T, Epidemiology And Natural History Of Urinary İncotence., Int Urogynecol J; 11: 301-319, 2000
- 51.İşıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkotrans, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma. Nobel Med; 7:34-39, 2011
- 52.İlçe A, Ayhan F, Yaşlılarda Üriner Ve Fekal İnkotransın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme Ve Eğitim Anatol J Clin Investig;5(1):15-23, 2011
- 53.İşeme Fizyolojisi <https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/gunduz-cocuklarda-ıdrar-kacirma> Erişim Tarihi:04/05/2017
- 54.Kadıoğlu M, Beji N K, Üriner İnkotrans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım, Hsp;3(3):201-207, 2016
- 55.Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eski yurt N, Üriner İnkotranslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi, Geriatri, 3 (3): 102-106, 2000
- 56.Karan A, Eski yurt N, Üriner İnkotransta Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Kadınlarda Üriner İnkotrans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 129-146 S, 2002
- 57.Karasaç M, Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite Ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkotrans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2011

- 58.Kaşıkcı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M, Prevalence Of Urinary İncontinence İn Older Turkish Women, Risk Factors, And Effect On Activities Of Daily Living, Archives Of Gerontology And Geriatrics 61, 217–223, 2015
- 59.Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksaç S, Kadınlarda Farklı Üriner İnkontinans Tiplerinde Hasta Özelliklerinin Ve Üriner Parametrelerin Karşılaştırılması: Retrospektif Bir Çalışma, Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation.;2(3):93-101, 2015
- 60.Kaya S, Üriner İnkontinans Semptomu Olan Kadınlarda Mesane Eğitimi İle Birlikte Pelvik Taban Kas Eğitiminin Etkinliğinin Araştırılması, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2013
- 61.Keşanlı H E Stres İnkontinanslı Olgularda Pelvik Taban Egzersizlerine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Kon'un Etkinliği Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2013
- 62.Kılıçlı A, Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2016.
- 63.Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female Urinary İncontinence İn The West Of Turkey: Prevalence, Risk Factors And İmpact On Quality Of Life. European Urology; 48 (4): 634- 41, 2005
- 64.Kocaöz S, Eroğlu K, Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi -4(1) 29-39, 2002
- 65.Kocaöz S, Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SÜİ) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ankara, 2007
- 66.Kocaöz S, Talas M S, Atabekoğlu C S, Türk Kadınlarda Üriner İnkontinans: Prevalans, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Bir Ayaktan Çalışma Journal Of Wound, Ostomy And Continence Nursing. 39(4):431–439, 2007

- 67.Koçak T, Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesinde Yapılan Spesifik Tanı Testleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 85-90 S, 2002
- 68.Kök G, Gata Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
- 69.Kök G, Şenel N, Akyüz A, Gata Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi; 48: 132-136, 2006
- 70.Kreder K, Dmochowski R, Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Ve Tedavi, P. 27-35 İçinde: Ravner E.S., Walls M., Aşırı Aktif Mesanenin Tanısı 1.Baskı, Çeviren: Ergen A, Güneş Kitapevi, Ankara, 2010.
- 71.Kurul Ş, Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif Ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2013
- 72.Küçük Dikencik B, Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 29-50 S, 2002
- 73.Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Urinary Incontinence İn French Women: Prevalence, Risk Factors,And Impact On Quality Of Life. Euro Urol;P.7, 2007
- 74.Lee K S, Sung H H, Na S, Choo M S, Prevalence Of Urinary İncontinence İn Korean Women: Results Of A National Health Interview Survey, Volume 26, Issue 2, Pp 179–185, April 2008
- 75.Leroy Lda S, Lúcio A, Lopes Mh.Risk Factors For Postpartum Urinary İncontinence.Rev Esc Enferm Usp, 50(2):200-7, 2016

- 76.Linde J M, Nijman R J, Trzpis M, Broens P, Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourology and urodynamics*, 2016
- 77.Minassian VA, Drutz H P, Badr A, Urinary İncontinence As A Worldwide Problem, *International Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 82, 327-338, 2003
- 78.Muscatello DJ, Rissel, C, Szonyı G, Urinary Symptoms And İncontinence İn An Urban Community: Prevalence And Associated Factors İn Older Men And Women, *İnternal Medicine Journal*, 31, 151-160, 2001
- 79.Nüfus, [Http://Www.Nufusu.Com/İl/Bilecik-Nufusu Erişim Tarihi:06.06.2017](http://Www.Nufusu.Com/İl/Bilecik-Nufusu-Erişim-Tarihi:06.06.2017)
- 80.Oskay Ü Y, Beji N K, Yalcın O, A Study On Urogenital Complaints Of Postmenopausal Women Aged 50 And Over, *Acta Obstet Gynecol Scand*: 84: 72-78, 2005
- 81.Oskay Ü Y, Üriner İnkontinansın Önlenmesi Ve Kontinansın Geliştirilmesi, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 61-74 S, 2002
- 82.Öz Ö, Altay B, Üriner İnkontinans Risk Faktörleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6 (1): 34-37, 2017
- 83.Özcan F, Özkürkçügil C, Etiler N, Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlarda İdrar Kaçırma Sıklığı, *Türk Aile Hek Derg*; 20 (1): 29-32, 2016
- 84.Özdemir E, Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2009
- 85.Özdurak İ, Stres Üriner İnkontinans İle Sezaryen Abdominalis Ve Vaginal Yolla Doğum Eylemi Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009

- 86.Özengin N, İnal B, Çankaya H, Bakar Y, Stres Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Kaçırılan İdrar Miktarı Yaşam Kalitesini Etkiler Mi? Retrospektif Bir Çalışma, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, Cilt 22, Sayı 2, Mayıs 2017
- 87.Özerdoğan N, Beji N K, Yalçın O. Urinary İncontinence: Its Prevalance, Risk Factors And Effects On The Quality Of Life Of Women Living İn A Region Of Turkey. Gynecol Obstet Invest., 58:145-150, 2004
- 88.Özerdoğan N, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı Risk Faktörleri Yaşam Kalitesine Etkisi İ Ü F N Hemşirelik Dergisi,Cilt: XIII, Sayı: 51, 2003.
- 89.Özerdoğan N, Kadınlarda Uriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesi, İ Ü F N Hemşirelik Dergisi, Cilt: XIII, Sayı: 51, 2003.
- 90.Özkan Z S, Sapmaz E, Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler, J Kartal Tr;26(2):101-106, 2015
- 91.Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Şişli;46:170-176, 2012
- 92.Parazzini F, Colli E, Origgi G, Risk Factors For Urinary İncontinence İn Women. Eur Urol; 37: 637-643, 2000
- 93.Park E., Kang K., Factors Affecting The İncontinence-Quality Of Life Among Women With Urinary İncontinence, International Journal Of Applied Engineering Volume 9, Number 24, p. 25097-25108, 2014
- 94.Robinson D, Cardozo L D, The Role Of Estrogens İn Female Lower Urinary Tract Dysfunction Urology 62 (Supplement 4a), 45-51, October 2003
- 95.Salonu İ, Özkardeş H, Peşkırcıoğlu L, Bümin M A, 15 Yaş Üzerine Veya Sonra İki Düzeyde Stres Ürinerinin İncelenmesi Prevalansı:Çaprazi Bölgesel Çalışma, American Urological Association, Journal Cilt 165, Sayı 2, Sayfa 408-412, Şubat 2001

- 96.Sarı D, Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, İzmir, 2007
- 97.Sarıcı D Y, Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback İçin Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçlar. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 98.Sivrioğlu K, Mesane Anatomisi Ve İşeme Fizyolojisi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg; 51 (Özel Ek A): A16-A18, 2005
- 99.Şahin H, Deliktaş H, Anamnez Ve Fizik Muayene, Aile Hekimleri İçin İşlevsel Üroloji, Şimşir A., Önel F.F. (Edt.), Sağlık İletişimi Ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul, p:8-16 , 2016
- 100.Şensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L, Urinary İncontinence İn Women: Prevalence Rates, Risk Factors And İmpact On Quality Of Life, Pak J Med Sci.; 29(3): 818–822, May-Jun, 2013
- 101.Şentürk, Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Risk Faktörleri. Van Tıp Dergisi; 17 (1): 7-11, 2010
- 102.Tanrıverdi H A, Sade H, Akbulut V, Üriner İnkontinans Ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyolojisi, Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri, T Klin Jineköl Obst, 14:231-238, 2004
- 103.Taşkın L, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği IX Baskı, Sistem Ofset Matbacılık, Ankara, p:567-583, 2009
- 104.Terzi, H, Terzi R., Kale A. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Ege Tıp Dergisi, 52(1): 15-19, 2013
- 105.Uğurlucan F G, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö, Türkiye’de Üriner İnkontinans İle İlgili Düşünce Ve Tutumlar Thoughts And Attitudes Toward Urinary İncontinence İn Turkey, İst Tıp Fak Derg 2016

- 106.Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D, Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler Ve Depresyon Taf Prev Med Bull:12(3):231-242, 2013
- 107.Viktrup L, The Risk Of Lower Urinary Tract Symptoms Five Years After The First Delivery. Neuourology and Urodynamics, 21:2-29, 2002
- 108.World Health Organization (Who). Obesity And Overweight. [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs311/En/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/) (Erişim Tarihi: 20/05/2017)
- 109.Yavuz B B, Üriner İnkontinans, İç Hastalıkları Dergisi; 15(2): 65-73, 2008
- 110.Yaz M P, Kurt S, Demirtaş Ö, Taşyurt A, Üriner İnkontinans Ve Risk Faktörleri, Cumhuriyet Medical Journal Volume: 37, Number: 1 30-36, March 2015
- 111.Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F, Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları Ftr Bil Der J Pmr Sci;12:42-50, 2009
- 112.Yılmaz E, Muslu A, Özcan E, Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 2, Sayı 2, 1-14, 2014
- 113.Zhu, L, Long, J, Liu C, The Epidemiological Study Of Women With Urinary İncontinence And Risk Factors For Stress Urinary İncontinence İn China. Peking Union Medical College, Beijing, People's Republic Of China, 16(4):831-6, 2009

10. EKLER

EK.1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” isimli tez çalışması yapmaktayız.

Araştırmanın amacı. Bilecik İlinde 15-49 yaş kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi olarak planlanmıştır. Bu araştırma Kadınların Üriner İnkontins Durumlarının Yaşam Kalitesinin Etkileme durumunun belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size literatür rehberliğinde geliştirilen “Yapılandırılmış 1 (bir) adet Bilgi Formu” ve geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan “Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanacaktır.

Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlar tarafından gerektiği takdirde incelenebilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz.

Katılımcı Beyanı

Araştırmacı tarafından yapılacak araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

İmza:

EK.2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu anket, 15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayımda sizin adınız geçmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız

- a) 15-21 b) 22-28 c) 29-35 d) 36-42 e) 43-49

2.Boyunuz.....

Kilonuz.....

3.Medeni durumunuz nedir?

- a) Bekar b) Evli

4.Öğrenim durumunuz?

- a) Okuryazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Ön Lisans f) Lisans g) Lisansüstü

5.En uzun süre yaşadığınız yer?

- a) Köy b) İlçe c) İl

6.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok İyi b) İyi c) Orta d) Kötü

7.Aile Tipiniz?

- a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Diğer (.....)

8.Kürtaj olma durumu

- a) Evet b)Hayır

9.Doğum yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır (yanıtınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

10.Doğum sayısı

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri

11.İlk doğum yaşıınız?

.....

12.Doğum şekliniz nasıldı?

- a) Sezaryen doğum (ise kaç kez.....)
- b) Normal doğum (ise kaç kez.....)
- c) Sezaryen ve Normal doğum (ise kaç kez.....)

13.Doğumlarınız sırasında epizyotomi yapıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

14.Doğumlarınız sırasında (vakum. forseps) kullanıldı mı?

- a) Evet (ise belirtiniz.....)
- b) Hayır

15.Doğumlarınız sırasında doğumuzu kolaylaştırmak için karın bölgenize bası uygulandı mı?

- a) Evet (ise kaç kez belirtiniz.....)
- b) Hayır

16.Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

17.Mevcut kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet (ise belirtiniz.....)
- b) Hayır

18.Devamlı kullandığınız ilaçlarınız var mı?

- a) Evet (ise belirtiniz.....)
- b) Hayır

19.Gündüz kaç kez idrara çıkarsınız?

- a)1
- b)2
- c)3
- d)4
- e)5 ve üzeri

20.Gece kaç kez idrara çıkarsınız?

- a)0
- b) 1
- c) 2
- d)3
- e)4 ve üzeri

21.Kegel egzersizini biliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

22.Kegel egzersizini uyguluyor musunuz?

- a) Evet (ise sıklığı.....)
- b) Hayır

İdrar Kaçırma Problemi Yaşamıyorsanız Aşağıdaki Soruları Cevaplamayınız

23. Aşağıdaki seçeneklerde idrar kaçırma tipleri tanımlanmıştır. Sizde hangi tür idrar kaçırma görülmektedir?

1. Sıkışma (Acil) inkontinans: Aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden istem dışı idrar kaçırmasıdır. İdrar yapma sıklığında artma. ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi ve bu hissini bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır.

2. Stres İnkontinans: Karın içi basıncını arttıran aktiviteler sırasında gülerken, hapsirirken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken istemsiz idrar kaybıdır.

3. Miks Tip İnkontinans: Stres inkontinans ve acil inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü idrar kaçırma tipidir.

24. İdrar kaçırma risk faktörlerinden hangisi/hangileri mevcut size uyanların tümünü işaretleyiniz

- a) Çok sayıda sık aralıklarla doğum yapma
- b) İri bebek doğurma (4000 gr ve üzeri)
- c) Zor doğum yapma
- d) Jinekolojik ameliyat geçirme
- e) Menopoz(.....yıl)
- f) Şişmanlık
- g) Sigara içme (.....adet/gün)
- ğ) Çay. kahve içme(..... fincan. bardak/gün)
- h) İdrar yolu enfeksiyonu
- ı) Kronik(devamlı) öksürük
- i) Ağır yük kaldırmak
- j) Kronik kabızlık
- k) Çoğul gebelik
- l) Diğer (belirtiniz).....

25.Üriner İnkontinans şikayetleriniz ne zaman başladı?

- a) Doğum sonrası
- b) Hamilelik
- c) İlaç kullanımı
- d) Diğer (belirtiniz).....

26.İdrar kaçırmamız ne sıklıkla oluyor?

- a) Ayda birkaç kez
- b) Haftada birkaç kez
- c) Günde birkaç kez
- d) Düzenli olarak pet kullanmayı gerektirecek kadar
- e) Diğer (belirtiniz).....

27.Genellikle ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?

- a) Küçük bir miktar (Bir ya da iki damla)
- b) Orta miktarda (Ped ya da çamaşırın nemlenmesi)
- c) Büyük bir miktar (Ped ya da çamaşırın ıslanması)

28.İdrarınız ne zaman kaçar? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- a)Hiçbir zaman-idrar kaçmaz
- b)Tuvalete yetişmeden önce kaçar
- c)Öksürürken veya hapsirirken kaçar
- d)Uyurken kaçar
- e) Cinsel ilişki sırasında
- f)Fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaçar
- g)İşemeyi bitirip giyindiğinizde kaçar
- ğ)Belirgin bir neden olmadan kaçar
- h)Her zaman kaçar
- ı) Diğer (belirtiniz).....

29. Size göre idrar kaçıırma sorununun önlenmesi mümkün müdür?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

30. Bu konuda nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

31. İdrar Kaçıırma sorununuza yönelik tedavi oldunuz mu ?

- a) Evet b) Hayır


32. Tedavi olmama nedeniniz neydi?

- a) Yaşla birlikte idrar kaçıırmanın normal olduğunu düşünüyorum
b) Muayene olmak için vakit bulamadım
c) İdrar kaçıırma sorunun beni fazla rahatsız etmiyor
d) Muayene olmaktan çekiniyorum
e) Diğer.....

EK.3**İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (İYKÖ)****1.Hiç 2.Biraz 3.Orta Düzeyde 4.Oldukça 5.Çok Fazla**

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


EK.4



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
BİLECİK VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

BİLECİK HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - BİLECİK AİLE
HEKİMLİĞİ VE TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE
MÜDÜRLÜĞÜ
07/03/2017 17:30 - 95922041 - 449 - E.60



00040850908

Sayı : 95922041/449
Konu : Araştırma Komisyonu Kararı hk.

BİLECİK MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

İlgi:06/01/2017 tarih ve 96512915-000-93 sayılı yazı.

İlgi yazı gereği İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevinç KULAKSIZOĞLU' nun "**15-49 Yaş Kadınlarda Üriner Kontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi**" isimli tez çalışması hakkında alınan Komisyon Kararı ekte gönderilmiş olup; ilgili kişiye tebliğ edilmesi hususunda;

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ömer BALCI
Bilecik Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:
Araştırma Komisyonu Kararı 2017-2

Ertuğrulgazi mh
Faks No:2121630
e-Posta:yasemin.yurek@saglik.gov.tr İnt.Adresi: bilecik.ats@saglik.gov.tr

Bilgi için:Yasemin YÜREK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0(228) 2121014/162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e33d6b2c-1af7-49b2-a42c-0d65b0213c25 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KARAR TARİHİ:06/03/2017
KARAR NO:2017/2

KOMİSYON KARARI

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sevinç KULAKSIZOĞLU'nun Müdürlüğümüze yapmış olduğu başvurusu üzerine; "15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" adlı çalışması kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı Dr. Fatma SELVİ KARAMAN başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararlar alınmıştır:

*15-49 Yaş Kadın Nüfusu istatistik bilgileri tarafınıza; Aile Sağlığı Merkezi ziyaretinde başvuran kişilerin gönüllülük esası ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun olacak şekilde; Anket ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin uygulanması, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yer alan "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmüne uygun davranılması,

* Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılacak çalışmalarda; Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde,ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi, ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması,

* Araştırmaya dahil olan kişilerde bir sağlık sorununun tespit edilmesi durumunda, sağlık kuruluşuna yönlendirilmeleri gerektiği değerlendiriliyor ise; yönlendirmenin bir maddi çıkar sağlamayacak şekilde yapılması gerekmektedir. Özellikle belirli bir sağlık kuruluşuna yönlendirme, reklam içerir broşür vb. materyal dağıtımı, sözlü bilgi vs. yapılmaması,

* Bizzat araştırmanın yürütücüsü veya sponsor, paydaş, destekleyici konumunda bulunan özel bir kurum ya da firma gibi organizasyonlar, ticari amaçlı reklam materyali kullanamazlar ilkesine uyulmasına,

*Araştırmanın izin talebine ilişkin kararların, talep sahipleri ve ilgili kurumlar dışındakilerle paylaşılmaması,

*Ayrıca tamamlanan araştırma raporlarının 2 nüsha olarak halk sağlığı müdürlüğüne gönderilmesi şartıyla talep edilen verilerin paylaşılmasına ve halk sağlığı müdürlüğüne bir nüshası Halk Sağlığı Kurumuna iletilmesine; karar verilmiştir.

BAŞKAN

Dr. Fatma SELVİ KARAMAN
Halk Sağlığı Müd. Yard.

ÜYE

Ahmet AYDIN
Destek Hiz. Şb. Müd.

ÜYE

Dr. Filiz BAKIR
Bulas. Olm. Hast. Prog. Ve Kanser Şb. Müd. V.

ÜYE

Yasemin YÜREK
Aile Hek. ve TSH Şb. Pers.

ÜYE

Dr. Filiz BAKIR
Aile Hek. ve TSH Şb. Müd. V.

ÜYE






Muhammet KOLCU
Bulas. Hast. Çev. ve Çeş. Sağ. Şb. Müd.

ÜYE

Dr. Engin SARIKAYA
Halk Sağ. Lab. Birim Sorumlusu

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e33d6b2c-1af7-49b2-a42c-0d65b0213c25 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.5



Posta ▾

← [] [] [] [] [] [] Diğer ▾

27 ileti dizisinden 24. < > []

E-POSTA YAZ


Gelen Kutusu

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

Taslaklar

Diğer ▾

 nozerdogan@mynet.com

Alıcı: bana ▾

@ 3.11.2016 ☆ [] []

nozerdogan

nozerdogan@mynet.com

[] [] ▾

Ayrıntılar göster

Sayın Kulaksızoğlu,

Çalışmanızda "Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ölçekle ilgili bilgileri gönderiyorum.

Kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

----- Özgün İleti -----

Kimden : skulaksizoglu@st.medipol.edu.tr

Kime : nozerdogan@mynet.com

Gönderme tarihi : 05 Ekim 2016 Çarşamba 13:53

Konu : üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeği

İyi günler hocam ben Medipol Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Sevinç Kulaksızoğlu

Tezimin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği" izninizle kullanmak istiyorum. Ölçeğe ilişkin bilgileri ve ölçeği kullanmama dair izin verdiğiniz belgeleyen bir yazıda gönderebilir misiniz

Şimdiden teşekkür ederim hocam

İyi çalışmalar

Saygılar

11. ETİK KURUL ONAYI



E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.27496
Konu : Etik Kurulu Kararı

22/12/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 22.12.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 2718B233XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	17.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.10.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 552	Tarih: 21/12/2016		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sevinç	Soyadı	KULAKSIZOĞLU
Doğum Yeri	Muğla	Doğum Tarihi	16.04.1990
Uyruğu	T.C	E-mail	skulaksizoglu@st.medipol.edu.tr

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	-
Lisans	Marmara Üniversitesi	2013
Lise	Köyceğiz Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Ebe	Bilecik Halk Sağlığı	2014-
2. Ebe	Özel Marmaris Hastanesi	2013-2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,69797	68,29827	52,86

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi