

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**POSTMENOPUZAL KADINLARDA ÜRİNER SEMPTOMLAR
VE İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA ASLAN DEMİRTAŞ

KÜTAHYA-2019

T.C.

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**POSTMENOPUZAL KADINLARDA ÜRİNER SEMPTOMLAR
VE İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA ASLAN DEMİRTAŞ

KÜTAHYA-2019

**POSTMENOPOZAL KADINLARDA ÜRİNER SEMPTOMLAR VE
İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Fatma ASLAN DEMİRTAŞ

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği Uyarınca

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında

YÜKSEK LİSANS

olarak hazırlanmıştır.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yıldı Arzu ABA

Mayıs- 2019

ÖZET

Aslan Demirtaş, F. Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2019. Araştırma postmenopozal kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel-tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Çalışmanın örneklemi, Balıkesir ili Bandırma ilçesinde 16 Nisan-30 Temmuz 2018 tarihleri arasında toplam 12 Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran 50-65 yaş aralığında bulunan 327 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında tanımlayıcı anket formu, Üriner Semptom Profili Anketi (ÜSP), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde, sayı, yüzde, ortalamalar, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi Scheffe testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $57,89 \pm 5,05$ 'dir. Kadınların %50,5'inde (n=165) inkontinans öyküsü olduğu saptanmıştır. Postmenopozal kadınlarda ÜSP toplam puan ortalaması $4,94 \pm 4,81$, inkontinans öyküsü olan kadınlarda ise $7,98 \pm 4,85$ 'dir. I-QOL toplam puan ortalaması tüm kadınlarda $87,09 \pm 16,04$, inkontinans öyküsü olan kadınlarda ise $76,95 \pm 16,93$ 'dir. İnkontinans öyküsü olan kadınların ÜSP puanı ile I-QOL toplamı ($r=-0,609$; $p=0,000$) arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre postmenopozal kadınlarda üriner semptomların varlığı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların menopoza girmekle birlikte üriner sorunlara neden olan risk faktörleri değerlendirilmeli, koruyucu tedavi verilmeli ve gerektiği durumlarda tıbbi destek için hastaneye yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Postmenopoz, Kadın, Üriner İnkontinans, Alt Üriner Sistem Semptomları, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Aslan Demirtaş, F. Urinary Symptoms and Incontinence in Postmenopausal Women and the Effects on Quality of Life. Kütahya University of Health Sciences, Graduate of Education Institute, Nursing Program, Master Thesis, Kutahya, 2019. This study is a cross-sectional descriptive study to determine the effects of urinary symptoms and incontinence on quality of life in postmenopausal women. The sample of the study consisted of 327 women aged 50-65 who applied to 12 Family Health Centers (ASM) between April 16 and July 30, 2018 in Bandırma district of Balıkesir province. Descriptive questionnaire form, Urinary Symptom Profile (USP) Questionnaire, Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) were used for data collection. In the analysis of the data, number, percentage, averages, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Scheffe test and Spearman correlation analysis were used. The mean age of the women participating in the study was $57,89 \pm 5,05$. 50.5% of women (n = 165) had a history of incontinence. In postmenopausal women, the mean total USP score was 4.94 ± 4.81 , and 7.98 ± 4.85 in women with a history of incontinence. The mean I-QOL total score was 87.09 ± 16.04 for all women and 76.95 ± 16.93 for women with a history of incontinence. Women with a history of incontinence had a high negative correlation between the SPP score and the I-QOL sum ($r = -0,609$; $p = 0,000$). According to the findings of the study, the presence of urinary symptoms in postmenopausal women adversely affects the quality of life. Women entering menopause risk factors that cause urinary problems should be evaluated, preventive treatment should be given and, if necessary, should be referred to the hospital for medical support.

Key Words: Postmenopause, Woman, Urinary Incontinence, Lower Urinary Tract Symptoms, Quality of Life

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda değerli bilgi ve görüşleriyle beni yönlendiren danışman hocamlarım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Fatma BAŞAR'a ve Dr. Öğretim Üyesi Yıldı Arzu ABA'ya,

Tez çalışmamda destek ve yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarımla Arş. Gör. Canan BOZKURT'a, Arş. Gör. Gönül YILMAZ DÜNDAR'a ve Arş. Gör. Tuba AYDIN'a,

Çalışmam süresince her türlü imkânı bana sunan Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi öğretim elemanlarına ve gösterdikleri dostlukları için araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Eğitimim süresince sonsuz özveri ve hoşgörü gösteren, beni bugünlere getiren sevgili anneme ve babama, bana her konuda destek olan eşim Fatih Mehmet DEMİRTAŞ'a gösterdikleri sabır, sevgi ve saygı için sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	xi
2.GENEL BİLGİLER	1
2.1. KLİMAKTERİK DÖNEM.....	1
2.1.1. Premenopozal Dönem.....	2
2.1.2. Menopoz	3
2.1.3. Perimenopozal Dönem	3
2.1.4. Postmenopozal Dönem	4
2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI (AÜSS).....	6
2.2.1. Depolama Semptomları	6
2.2.2. Boşaltım (İşeme) Semptomları	7
2.2.3. Postmiksiyonel Semptomlar	7
2.3. ÜRİNER İNKONTİNANS (Üİ).....	8
2.3.1. Üriner İnkontinans Epidemiyoloji	8
2.3.2. Üriner İnkontinans Türleri.....	9
2.3.3. Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	11
2.4. POSTMENOPOZ VE ÜRİNER İNKONTİNANS	15
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ	16
2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSA YÖNELİK KANITA DAYALI HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.5. Araştırma Sınırlılıkları.....	22
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	22
3.6.2. Üriner Semptom Profili Anketi (ÜSP)	22
3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL).....	23
3.7. Uygulama Aşaması.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
4. BULGULAR	27
4.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI	27
4.2. KADINLARIN ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİNİN İNCELENMESİ	33
4.3. KADINLARIN İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ İNCELENMESİ	45
4.4. KADINLARIN ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİ İLE İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.....	54
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
7. KAYNAKLAR.....	74
8.EKLER.....	97
9.TEZ TESLİM BEYAN FORMU.....	106
10.TEZ KABUL ONAY SAYFASI.....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	108

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Alt Üriner Sistem Semptomlarının Kategorisi.....	7
Tablo 2.2. Üİ Tipleri, Tip İle İlişkili Semptomları ve Etiyolojileri.....	11
Tablo 2.3. Üİ'nin Fiziksel, Psikolojik ve Sosyal Etkileri.....	17
Tablo 3.1. 2014 Yılı Bandırma İlçesi Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Nüfus Dağılımı.....	19
Tablo 3.2. Tabakalarda Yer Alan 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı ve Her Tabakadan Örneklem İçin Alınan 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı.....	20
Tablo 3.2. ÜSP Alt Boyutları ve Puan Aralığı.....	23
Tablo 3.3. IQOL ve Alt Ölçeklerinin Puan Hesaplaması.....	24
Tablo 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 4.2. Kadınların Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri	29
Tablo 4.3. Kronik Hastalık İle İlgili Özellikler.....	30
Tablo 4.4. Kadınların Alışkanlıklar ve Yaşam Biçimi Özellikleri.....	31
Tablo 4.5. Kadınların İnkontinans Öyküsüne İlişkin Bulgular	32
Tablo 4.6. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.7. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi	34
Tablo 4.8. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Jinekolojik Ve Obstetrik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	36
Tablo 4.9. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Özelliklerine Göre İncelenmesi	39
Tablo 4.10. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Alışkanlık ve Yaşam Biçimi Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	41
Tablo 4.11. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Alt Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının İnkontinans Öykülerine Göre İncelenmesi.....	43
Tablo 4.12. Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	45
Tablo 4.13. İnkontinansı Olan ve İnkontinansı Olmayan Kadınların I-QOL Toplam Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre İncelenmesi	46

Tablo 4.14. İnkontinansı Olan ve İnkontinansı Olmayan Kadınların I-QOL Toplam Puan Ortalamalarının Jinekolojik Ve Obstetrik Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	47
Tablo 4.15. İnkontinansı Olan ve İnkontinansı Olmayan Kadınların I-QOL Toplam Puan Ortalamalarının Kronik Hastalık Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	49
Tablo 4.16. İnkontinansı Olan ve İnkontinansı Olmayan Kadınların I-QOL Toplam Puan Ortalamalarının Alışkanlık ve Yaşam Biçimi Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	51
Tablo 4.17. İnkontinansı Olan Kadınların I-QOL Toplam Puan Ortalamalarının İnkontinans Öykülerine Göre İncelenmesi.....	52
Tablo 4.18. İnkontinansı Olan Kadınların Üriner Semptom Profilleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=165).....	54
Tablo 4.19. İnkontinansı Olmayan Kadınların Üriner Semptom Profilleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=16).....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Klimakterik dönemin yaşlara göre dağılımı	1
Şekil 2. Araştırmanın uygulama şeması	25



SİMGELER VE KISALTMALAR

AAM: Asırı Aktif Mesane

ASM: Aile Sağlığı Merkezinde

AÜSS: Alt Üriner Sistem Semptomları

BFLUTS: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DS: Davranışların Sınırlandırılması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folikül StimulanHormon

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LH: Lüteinizan Hormon

PE: Psikososyal Etkilenme

Sİ: Sosyal İzolasyon

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Üİ: Üriner İnkontinans

ÜSP: Üriner Semptom Profili

YA: Yavaş Akıntı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Menopoz, ovarial foliküllerinin tükenmesi sonucunda ortaya çıkan ve ovarial hormonların (östrojenler ve progesterin) düşmesi ile ilgili evrensel fizyolojik bir olaydır. Doğal menopoz, patolojik bir nedene bağlı olmayan 12 aylık amenore sonrasında teşhis edilir (1, 2). Klinik olarak, sosyo-kültürel gruplar ile bireyler arasında oldukça değişkendir. Bu varyasyonlar, üreme öyküsü, beden kitle indeksi, sigara, alkol, diyet, aktivite düzeyi, psikolojik ve fiziksel morbidite, stres, kadınların sosyal statüleri, beslenme biçimleri ve genetik faktörleri gibi birçok faktörü içermektedir (2).

Postmenopozal dönemde ovarial hormonlarda azalma ile birlikte genital atrofi, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve ciltte bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bunlara ek olarak postmenopozal dönemde üretranın alt kısmı kasılır, esnekliğini kaybeder ve üretral değişikliklerde en sık rastlanan “üretral sendrom” görülmektedir (3). Üretral sendrom yanma, kesik kesik idrar yapma, noktüri ve üriner inkontinans ile karakterizedir (2, 4).Postmenopozal kadınlarda Üİ prevalansı % 25-68,8'tır (3, 5-7).

Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (8-11). Kadınlarda; birçok nedene bağlı olarak her yaşta görülebilen istemsiz idrar kaçırma olayı, sosyal, fiziksel ve psikolojik yaşam üzerinde olumsuz etki yaratan bir durumdur (12). Üriner inkontinans tipleri semptomlarına göre değerlendirildiğinde, stres, urge, miks, taşma (overflow) ve fonksiyonel olarak sınıflandırılmaktadır (13, 14).

Üriner inkontinans (Üİ) semptomu olan bireylerin, tıbbi yardım arama davranışında bulunmama nedenleriyle epidemiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak üriner inkontinansın dünya genelinde 250 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (15, 16). Çeşitli yapılan araştırmalar sonucunda dünya popülasyonunda Üİ prevalansının %12-69 aralığında olduğu belirtilmektedir (5, 10, 16-20).Bu araştırma verileri, ülkelere ve çalışma grubunun yaşına bağlı olarak değişmektedir. Üİ prevalansının menopozal dönemde, menopoz yaşı arttıkça ve kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğu bildirilmiştir (1).

Çeşitli faktörler, pelvik tabanın kas ve fasyal yapılarında patofizyolojik değişikliklere neden olabilir ve bu durum pelvik destek defekti ve pelvik taban disfonksiyonuna yol açarak üriner inkontinansa sebep olmaktadır. Üriner inkontinans gelişimi için başlıca risk faktörleri; gebelik, vajinal doğum, yaş, menopoz, iş yaşamı, beden kitle indeksi, genetik ve aile öyküsü, pelvik organ prolapsusu, geçirilmiş jinekolojik-obstetrik cerrahi operasyonlar, fiziksel fonksiyon, diyabet, histerektomi, demans ve bilişsel işlev kaybı, sigara kullanımı, kafein, konstipasyon, üriner sistem enfeksiyonları, depresyon, egzersiz şeklinde sıralanabilir (16, 21).

Üriner inkontinans, kadınların günlük yaşamını olumsuz etkileyen bir sorundur. Bu durum kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürür (3). Ayrıca Üİ semptomları, kadının yolculuk yapması, alışveriş için dışarı çıkması, spor yapması ya da dini inançlarını yerine getirmesi gibi günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (22). Bu nedenlerden dolayı üriner inkontinansı olan kadınlarda psikolojik morbidite olması kaçınılmazdır (23).

Mesane fonksiyonlarının kontrolüyle ilgili problemlere olan ilgi son yıllarda artmıştır. Bu artış, hem üriner sistem semptomlarına maruz kalmış birey için insani ve sosyal etkileri konusunda artan farkındalık (özellikle yaşam kalitesine olumsuz etkisi) hem de toplum için sağlık bakım maliyetlerinin artması sonucu ortaya çıkmıştır (2).

Aşırı sıvı alımından kaçınma, sigaranın bırakılması, alkol ve kafeinli içecek tüketiminin sınırlandırılması, kontipasyon önleyici diyet, mesane egzersizleri, kegel egzersizleri ve intraüretal cihazları (vajinal koni, peserlar gibi) kapsayan davranışsal tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi yöntemleri Üİ tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır (24, 25).

Sonuç olarak üriner inkontinans, her yaştaki kadınları etkileyen, kültürler arası oldukça yaygın ve maliyetli bir sorun olmaya devam etmektedir. Birçok risk faktörü bulunmakta ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi oldukça büyüktür (26). Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerden dolayı sık görülmesine rağmen, yaşlılığın doğal bir sonucu değil, her yaşta patolojiktir (25). Bu nedenle üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve tedavi için yönlendirilmesi önemlidir.

Hemşireler; kadınlarda üriner inkontinans gelişimini önlemek, şikâyeti olanları uygun merkezlere yönlendirmek ve bu sorunu yaşayan kadınların tanı ve tedavisinde önemli rollere sahiplerdir (27).

Tüm bunlardan yola çıkarak bu çalışmanın sonuçlarının, hemşirelere, üriner semptom ve üriner inkontinans deneyimleyen postmenopozal dönem kadınlara yapacakları hemşirelik uygulamalarında yol göstereceği ve hemşirelik alanında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

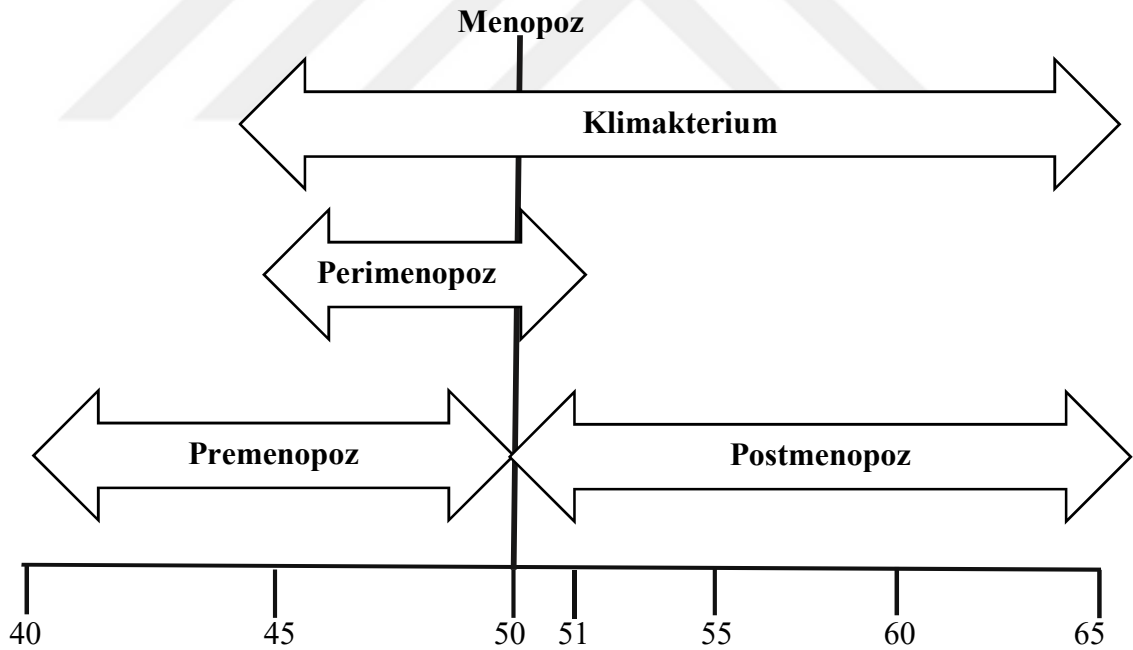
Bu araştırmanın amacı, postmenopozal kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, klimakterik dönem, üriner semptomlar ve üriner inkontinans kavramları incelenecektir.

2.1. KLİMAKTERİK DÖNEM

Klimakteryum Yunanca “merdiven basamağı” anlamına gelen “Klimakterikos” kelimesinde türetilmiştir. Bu dönemde cinsel olgunluk çağından üreme fonksiyonlarının son bulunduğu döneme geçiş yıllarını belirtir (28). Kadın hayatının üçte birini kapsayan klimakterik dönemde bazı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşanmaktadır. Bu dönemde kadın fizyolojisinde önemli hormonal değişimler olmaktadır ve bu değişimlere bağlı olarak, yaşamının birçok alanında yakınma ve sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır (29). Klimakteriyum dönemi, ortalama 45 yaş civarında başlayıp yaşlılık döneminin başlangıcı kabul edilen 65 yaşa kadar devam etmektedir (30, 31). Bu dönem dört evreyi kapsar; premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz evreleridir (28, 31).



Şekil 1: Klimakterik dönemin yaşlara göre dağılımı

2.1.1. Premenopozal Dönem

Klimakteryumun ilk fazıdır. Bu evrede menstrual siklus düzenini kaybetmiş ve fertilité şansı düşmüştür. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Östrojen azalması sonucu kadınlarda bazı değişiklikler görölmektedir. Bu değişiklikler siklus bozuklukları, vazomotor semptomlar ve emosyonel rahatsızlıklar gibi bazı yakınmalar şeklinde ortaya çıkmaktadır (4, 28, 32).

Siklus bozuklukları: Düzensiz menstrual siklus, anovülasyonun ana belirtileri olan over sayısı ve over steroid sekresyonun üretimini azalması ile birlikte görölen durumdur (33). Anovülatuar siklus nedeniyle foliküller sürekli östrojen salgılar ve endometriyumunu “proliferatif “ fazda tutmaktadır. Endometriyumda rejenerasyonu sağlayacak östrojen düzeyi yeterli olmadığı için menstrual kanama fazla ve uzun sürelidir. Menstruel siklus süresi giderek uzar ve kanama miktarı azalır (28). Siklus bozukluklarını obezite, stres, sigara, serbest androjen indeksi, tiroid disfonksiyonu, hipertansiyon ve insülin seviyelerinin etkilediği gözlenmektedir (33-35).

Vazomotor semptomlar: Menopozdaki kadınların yaklaşık %80'inde görölen vazomotor semptomlar veya sıcak basması, vazodilatasyonun vazokonstrüksiyon ile izlendiği artmış vasküler reaktivite ile ilişkilidir. Sıcak basmaları, geçici, tekrarlayan ısı hissi ve kızarıklık periyotları olarak tanımlanır ve sıklıkla terlemeyle birlikte görölmektedir (36, 37). Yüz, boyun, baş, meme bölgesinde ısı ve neminde artış olmaktadır. Süre genellikle 2 ile 3 dakika arasındadır. Ancak birkaç saniyeden bir saate kadar sürebilen aralıkta ve frekansta geniş bir çeşitlilik göstermektedir (37-39). Sıcak basmaları 1-5 yıl arası sürebilir (36). Gece terlemeleri ise geceleri meydana gelen ve genellikle uykuya müdahale eden sıcak basmalarıdır. Vazomotor semptomların kesin etiyojisi bilinmemekle birlikte hipotalamusta endorfin konsantrasyonlarını etkileyen düşük östrojen seviyeleri (olası FSH ve inhibin B'de ki değişiklikler) ile ilişkili olduğu düşünölmektedir (39).

Emosyonel rahatsızlıklar: Ruhsal durumda dalgalanmalar, sinirlilik, bellek ve konsantrasyonda kötüleşme, anksiyete ve depresyon perimenopozal dönemdeki kadınlarda artarken postmenopozal dönemde daha az göröldüğü belirtilmektedir (4, 28, 40).

Semptomların perimenopozal dönemde artış göstermesinin nedeni hormon değişikliklerinin olmasına bağlanmaktadır (39, 41). Ayrıca vazomotor değişikliklere bağlı ateş basmaları, uyku düzeninde bozulmalar da depresyon ve anksiyeteye sebep olmaktadır (41). Yapılan çalışmalarda, menopoza geçişin, kadınlarda depresyon riskinin arttığı bir dönem olduğunu ve depresyona yatkınlığın artmasıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir (42).

2.1.2. Menopoz

Menopoz kelimesi Yunanca “men” (ay) ve “pauis”en (bırakma) türetilmiştir. Tam anlamıyla aylık döngünün durması anlamına gelir (43). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün tanımına göre menopoz, “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır (44). Menopoz üreme hayatının sonunu işaret eder ve başka hiçbir patolojik sebebe bağlı olmadan ardışık 12 ay amenoreadan sonra görülen dönemdir (32, 39, 45-48). Menopoz dönemindeki hormon parametreleri çok düşük serum östradiol ve belirgin şekilde artmış foliküler stimulan hormon (FSH) seviyeleri ile sonuçlandığı zaman ortaya çıkmaktadır (1, 49). Ortalama menopoz yaşı 48-50’dir (36).

2.1.3. Perimenopozal Dönem

Menopozun yaklaştığını gösteren endokrinolojik, biyolojik ve klinik özelliklerin izlendiği hemen menopozdan 2-8 yıl önce ile menopozdan sonraki bir yıllık dönemdir (50, 51). Genel olarak, perimenopoz 40’lı yaşlarda başlamaktadır. Perimenopoz sırasında oositler hızlandırılmış tükenmeye maruz kalırlar, bu da ovulasyonun nihai olarak kesilmesine ve hormonal seviyelerde, özellikle östrojen seviyesinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Overlerde östrojen üretimi azaldıkça, hipofiz bezi östrojen salınımı artırmak için FSH üretimini artırmaktadır.

Perimenopozda meydana gelen menstrual siklustaki değişiklikler, genellikle artmış FSH seviyesi ve azalmış inhibin seviyesi olarak gösterilirken, östradiol ve lüteinizan hormon (LH) seviyeleri ise normal kalır veya yükselebilir (50). Menstrual siklustaki bu değişiklikler düzensiz sıklusa ve vazomotor semptomlara sebep olmaktadır (50, 52).

2.1.4. Postmenopozal Dönem

Menopozdan sonra 12 aylık amenore izlenir ve amenore sonrası postmenopozal döneme geçiş olmaktadır (40). Postmenopozal dönem, perimenopozal dönemin bitişi ile başlar ve yaşlılığın başlangıcı olarak kabul edilen 65 yaşa kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır (31). Postmenopozal dönemde genitoüriner sendrom, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve ciltte değişiklikler gibi belirtiler görülmektedir (4).

Genitoüriner sendrom: Genitoüriner dokular, normal yapı ve fonksiyonun korunması için östrojen stimülasyonuna bağlıdır. Genitoüriner sistemdeki östrojen reseptörleri sadece vajina ve vulvada değil, aynı zamanda mesanenin uretrasında ve boynunda da bulunur (4, 37, 53). Bu östrojen reseptörleri hücre çoğalmasında ve olgunlaşmasında görev almaktadır. Menopozda östrojen düzeyinin azalması ile bu yapılarda atrofik değişiklikler oluşmakta, kollajen ve adipoz doku içeriği azalmaktadır. Bu değişimler sonucunda genitoüriner sendrom ortaya çıkmaktadır (54). Genitoüriner sendrom;

- Genital kuruluk
- Alt üriner yolu enfeksiyonları
- Disüri
- Dispareni
- Postkoital kanama
- Uterus prolapsusu
- Konstipasyon
- Sık idrara çıkma
- Urgency
- İnkontinans gibi semptomlardan oluşmaktadır (4, 37, 53, 54).

Literatürdeki çalışmalar postmenopozal kadınların %50'sinden fazlasının bu semptomlardan en az biri ile karşılaştığını göstermiştir. Bu semptomlar yalnızca üregenital sorunu ortaya çıkarmaz, aynı zamanda cinsel sağlığı da olumsuz yönde etkilemektedir (37).

Osteoporoz: Menopoz sonrası kadınlarda osteoporoz, kemik mineral yoğunluğu T skora değerinin $\leq 2,5$ 'in altında olmasına bağlı olarak ortaya çıkan, kronik ilerleyici bir hastalıktır (55, 56). Dünya nüfusunun %10'u ve menopoz sonrası kadınların %30'u osteoporoz sorunu ile karşılaşmaktadır (56). Yaş ilerledikçe osteoporoz görülme oranı artmaktadır (55). Ayrıca menopoz sonrasında kortekste incelme ve trabeküler yapılarda azalma olmaktadır. Bu nedenle osteoporozla bağlı patolojik kırıklar oluşabilmektedir (36).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya genelinde kadın ve erkeklerde önde gelen ölüm nedenidir. Menopozun başlangıç döneminde kadınlarda KVH, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi risk faktörlerinin prevalansı artmakta ve postmenopozal dönem boyunca bu artış hızla devam etmektedir (41). Postmenopozal kadınlarda kardiyovasküler riski etkileyen faktörler tam olarak bilinmemektedir. Ancak östrojen eksikliği ile birlikte lipid metabolizmasındaki değişikliklerin, postmenopozal kadınlarda KVH riskinin önemli bir bileşeni olduğu düşünülmektedir (57, 58). Aynı zamanda östrojen eksikliğinin, vücut yağ dağılımına, insülin metabolizmasına ve arter duvar yapısına doğrudan etkileri bulunmaktadır (57).

Postmenopozal dönemde kadının östrojen eksikliğinin yanısıra birçok faktör, kardiyovasküler hastalık riskini belirlemektedir. Bunlar; sigara tüketimi, kötü beslenme, fiziksel aktivitede azalma, alkol, yüksek tansiyon, dislipidemi gibi metabolik ve genetik faktörlerdir (41, 58, 59).

Ciltte değişiklikler: Saç folikülleri, deri hücreleri ve ter bezlerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Bu nedenle östrojenin azalmasına bağlı olarak ciltte değişiklikler gözlenmektedir. Menopozla birlikte epidermis incelik ve kalınlığı yılda %1-2 oranında azalmaktadır. Kollajen miktarında, saçlı deri ve vücutta kıl foliküllerinin yoğunluğunda azalmalar görülmektedir. Bunlara ek olarak deri altı yağ dokusu atrofiye uğrar ve elastikiyetini kaybetmektedir (4, 60).

2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI (AÜSS)

Uluslararası Kontinans Derneği tarafından önerilen mevcut standartlara göre alt üriner sistem semptomları (AÜSS); depolama semptomları (noktüri, poliüri frequency, urgency, üriner inkontinans, aşırı aktif mesane), boşaltım semptomları (zayıf idrar akışı, idrar akışında bölünme, idrar yaparken duraksama, dizüri, boşaltım sonrası damla damla idrar yapma) ve postmiksiyon semptomlarını (eksik boşaltım yapma hissi, miksiyon sonrası damla damla idrar yapma) içeren üç gruptan oluşmaktadır. (8, 61-65). AÜSS, bu üç semptomu ek olarak cinsel ilişki, pelvik organ prolapsusu, genital ve alt üriner yolda ağrı, üriner sistem hastalığı ile ilgili semptomları da kapsamaktadır (8).

AÜSS, erkekleri ve kadınları etkileyen ciddi rahatsızlıklara neden olan yaygın bir sağlık problemidir (66-68). 2008 yılında dünya nüfusunun yaklaşık %45,2'si en az bir AÜSS'den etkilenmiştir. 2018 yılında ise bu değer %18,4 oranında artması beklenmektedir (69). AÜSS, kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir ve yaşla birlikte artış göstermektedir (70). Çin'in altı bölgesinde yapılan bir çalışma, yetişkin kadınların %50'sinin alt üriner sistem semptomları yaşadığını göstermiştir (71). AÜSS'ye neden olan veya bunları etkileyen birçok faktör belirtilmiştir. Bu faktörler yaş, ırk, miksiyon alışkanlığı, alkol tüketimi, sigara kullanımı, aşırı sıvı alımı, metabolik sendrom ve mesane çıkışı tıkanıklığı gibi patolojik durumlardır (72).

AÜSS olan kadınlar yaşam kalitesinde azalma, cinsel aktivite ve duygusal rahatsızlıklar (anksiyete, depresyon ve stres belirtileri) gibi çeşitli olumsuz etkiler yaşamaktadırlar (70). Bu şikâyetlerde bulunan kadınlarda utanç, hayal kırıklığı ve uyku kalitesinin düşmesi ile sosyal yaşamlarını ve aile/arkadaşlık ilişkilerini kısıtladıkları görülmektedir (22, 70). Ayrıca, alt üriner sistem semptomları, tedavi ve rutin bakım ile ilgili önemli ekonomik yüke de sebep olmaktadır (70).

2.2.1. Depolama Semptomları

Depolama semptomları mesanenin depolama aşamasında yaşanmaktadır (8).

Bu semptomlar;

Noktüri: Hastaların bir ya da birkaç kez idrar yapmak için uykudan uyanma durumudur.

Artan gündüz sıklığı (frekansı): Gün içinde çok sık idrara çıktığını düşünen hastanın şikayetidir.

Sıkışma (Urgency): Aniden gelen ve ertelemesi zor olan idrar yapma hissine denir.

Üriner inkontinans: İstemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. En sık görülen üriner inkontinans türleri stres, urge ve miks tipleridir (8,73).

Aşırı aktif mesane: Aşırı aktif mesane (AAM), Uluslararası Kontinans Derneği tarafından “ıdrar yolu enfeksiyonu veya diğer bariz patolojiler olmadan, artan işeme sıklığı ve noktüri semptomlarının birlikte görülmesi ile tanımlanmaktadır (74, 75).

2.2.2. Boşaltım (İşeme) Semptomları

Zayıf idrar akışı: Hastanın önceki idrar yapma performansı ile karşılaştırıldığında veya başkalarına kıyasla azalmış idrar akışının olduğu algısıdır.

İdrar yaparken duraksama: İşemeye başlamada gecikme şikayetidir.

İdrar akışında bölünme: Hastanın idrar akışı esnasında, idrarın bir veya daha fazla kez durup, başlamasıdır.

Dizüri: Ağrılı idrar yapma anlamına gelir (8,73).

Boşaltım sonunda damla damla idrar yapma: İşeme sonrası damlamanın olması durumudur.

2.2.3. Postmiksiyonel Semptomlar

Yetersiz boşaltma hissi: Kişinin idrar yaptıktan sonra mesanesinin boşalmadığını hissetmesidir.

Miksiyon sonrası damla damla idrar yapma: Kişinin idrarını yaptıktan hemen sonra istem dışı damla damla yapmasıdır (8,73).

Tablo 2.1. Alt üriner sistem semptomlarının kategorisi

Disfonksiyon Türü	Belirtiler
Depolama	Noktüri Poliüri Urgency Frekans Üriner inkontinans Aşırı aktif mesane
Boşaltım (işeme)	Zayıf idrar akışı İdrar akışında bölünme İdrar yaparken duraksama Dizüri Boşaltım sonrası damla damla idrar yapma
Postmiksiyonel	Yetersiz boşaltım yapma hissi Miksiyon sonrası damla damla idrar yapma

(8, 63).

2.3.ÜRİNER İNKONTİNANS (Üİ)

Üriner inkontinans (Üİ) istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (8-11, 27). Üİ mortalitenin artması ile ilişkili olmasa da fiziksel, psikososyal ve hijyenik sorunlara neden olan, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur (76, 77). Üİ, üriner sistem enfeksiyonları, genital sistem enfeksiyonları, diyabetes mellitus, hareketsizlik, obezite, kognitif bozukluk, pelvik taban disfonksiyonu gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir (78).

2.3.1. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi

Üİ semptomu olan bireyler, tıbbi yardım arama davranışında bulunmadıkları için epidemiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Dünya genelinde 250 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (15, 16, 79).Yapılan araştırmalar sonucunda dünya popülasyonunda Üİ prevalansı %12-69 aralığında olduğu belirtilmektedir (5, 10, 16, 18, 19, 20, 80, 81).

Liu ve ark. (2014) tarafından, Şanghay'da, Çinli kadınların Üİ prevalansı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, 20 yaş ve üzeri 5,467 kadına ulaşılmış ve Üİ prevalansı % 23,3 bulunmuştur (20). Al-Sayegh ve ark. (2014), Kuveyt'te Üİ sıklığı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Üİ prevalansı kadınlarda %54,5, erkeklerde %22,4 olarak belirlemişlerdir (19).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Üİ sıklığının %16,4 ile %68,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (5, 7, 82-84). Bu konuda yapılan en geniş çalışmalardan biri, 7.807 kadının incelendiği ve toplam 9 ili içine alan çalışmadır. Bu araştırmada Üİ semptomu olduğunu belirten kadın oranı %28,3'tür. Bu kadınların ise %9,3'ü orta veya çok idrar kaçırdığını ifade etmiştir (17). Yücel ve ark. (2018) Bornava'da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlar üzerinde yapılan araştırmada %28,2'sinde Üİ olduğunu saptamıştır (7). Onur ve ark., (2009), doğu anadoluda yaşayan,17-80 yaş arasındaki kadınlarda Üİ prevalansını %46,3 olarak belirlemişlemiştir (18).

Oskay ve ark., (2004) tarafından, İstanbul'da, 50 yaş ve üzerindeki postmenopozal kadınlarda ürogenital şikayetlerin prevalansını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, Üİ sıklığı %68,8 olarak bulunmuş ve katılımcıların %28,8'i sürekli ped kullanacak ölçüde ciddi Üİ'si olduğunu belirtmişlerdir (5). Bu prevalans değerleri ülkelere ve çalışma grubunun yaşına bağlı olarak değişmektedir. Üİ prevalansının menopozal dönemde ve yaş ilerledikçe arttığı, kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu bildirilmiştir (1, 78).

2.3.2. Üriner İnkontinans Türleri

Stres tipi üriner inkontinans: Uluslararası Kontinans Derneğine göre stres üriner inkontinans "öksürme veya hapşırma gibi veya fiziksel aktivite sırasında ani karın içi basınç artışına bağlı olarak, üretradan istemsiz idrar kaçırma" olarak tanımlanmaktadır (85). Detrusor aktivite artışı olmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncında fazla olmasıyla ortaya çıkan idrar kaçırma şeklidir (86). Stres inkontinansı %60-70 oranında en sık görülen Üİ türüdür (87). Kadınlarda stres inkontinans prevalansı %10-%40 arasında değişmektedir (88). Stres inkontinansı için başlıca risk faktörleri yaş, parite, obezite, hareketsizlik, diyabet, astım ve anjina pektoris gibi hastalıklardır (89).

Sıkışma tipi üriner inkontinans (Urge inkontinans): Ani idrar yapma hissi ile birlikte istemsiz miksiyon ve idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (90). Genellikle istem dışı mesane veya detrusör kontraksiyonları ile ilişkilidir (85). Detrusör kası aşırı aktiftir (85, 91, 92). Kadınların %2,6-%6,1'inde sıkışma tipi inkontinans görülmektedir (20, 93, 94). Bu tip inkontinans, genellikle yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir. İdrar kaçırma ile birlikte ani idrar yapma isteği, sık idrar yapma ve noktüri semptomlarının görülmesi sıkışma tipi üriner inkontinansa işaret etmektedir (95). Sık idrar yapma dürtüsü hastanın tuvalete ulaşmadan önce istemsiz idrar kaybına neden olur. Dışarıdan eve dönme, soğuğa maruz kalma, akan suyun sesi dürtü oluşumu için örnek verilebilir (96). Mesane içindeki enfeksiyon, mesane taşları, mesane kanseri ve nörolojik nedenler (serabrovasküler hastalıklar, spinal kord yaralanması, parkinson, multiple skleroz, intervertebral disk hernisi vb.) sıkışma tipi üriner inkontinans görülmesine neden olmaktadır (85, 92).

Miks tip üriner inkontinans: İki yada daha fazla Üİ tipinin kombine olmasıdır. Stres ve sıkışma tipi inkontinans birlikteliği en sık görülen formudur (87, 96). Kadınların %6,3-%14,4'ünde miks tip inkontinans görülmektedir (20, 94). Genellikle öksürük, hapşırık, efor ve acil işeme hissi ile birlikte idrar kaçırma ortaya çıkmaktadır (97). Miks üriner inkontinans patofizyolojik mekanizması stres ve urgency inkontinansta görülen mekanizmaların bileşimi şeklindedir (92).

Taşma (overflow) tipi üriner inkontinans: Detrüsör kontraktilitesi yetersizliğine veya mesane çıkımındaki obstrüksiyona bağlı olarak görülen inkontinanstır. Nörolojik yol hasarına bağlı olarak eksik olan mesane boşalmasından kaynaklanmaktadır (92, 98). Sürekli ve aralıklı miktarlarda sızıntı olur (87). Pelvik organ prolapsusu üretral striktür, antimuskarinik ilaçlar, nöropati ve spinal kord gibi durumlar taşma tip Üİ için risk oluşturmaktadır (99, 100).

Fonksiyonel üriner inkontinans: Kişilerin zihinsel olarak idrar yapmaya ihtiyaç duyduklarını anlamamaları veya fiziksel olarak zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan idrar kaçırma durumudur. Bu hastalar, konjenital veya edinsel zihinsel yetersizliği olanlar veya yardımcı cihazlara (örneğin yürüteçler, tekerlekli sandalyeler) ihtiyaç duyan fiziksel zorluklara sahip olan kişilerdir (100).

Sürekli üriner inkontinans: Üretra dışındaki yollardan gelişen, anormal anatomik farklılıklardan dolayı oluşan inkontinans türüdür (85). Karmaşık bir idrar kaçırma biçimidir ve iyi değerlendirilmelidir (100). Hasta idrar kaçırdığını farketmediğini ve sürekli iç çamaşırının ıslak olduğunu söyler (85). Sürekli üriner inkontinans, sıklıkla daha önce cerrahi operasyon öyküsü olan, radyasyona maruz kalan, mesaneden vajinaya uzanan vesiko-vajinal fistülü olan kadınlarda görülmektedir (100).

Tablo 2.2. Üİ tipleri, tip ile ilişkili semptomları ve etiyolojileri

Üİ Tipi	Genel Semptomlar	Genel Sebepler
Stres tipi	Abdominal basıncı arttıran fiziksel aktiviteler ile birlikte sızıntı	Zayıf pelvik taban kasları (doğum, gebelik, menopoz) Mesane çıkışı veya üretral sfinkter zayıflığı
Sıkışma (urge) tipi	Tuvalet ulaşmadan önce aciliyet, sıklık, noktüri, idrar kaçağı	Detrusor aşırı aktivitesi Merkezi sinir sistemi bozuklukları Omurilik yaralanması
Miks Tipi	Değişken Üİ belirtileri	Çeşitli değişkenler
Taşma (overflow) tipi	Aktivite ile ilişkili olmayan ık sık küçük hacimli sızıntılar	Hareketlilik bozukluğu Kognitif bozukluk
Fonksiyonel Tipi	Değişken Üİ belirtileri	Detrusör sıkıntı durumu Omurilik yaralanması Diyabet, Farmakolojik etki
Sürekli Tipi	İç çamaşırımın sürekli ıslak olması	Anormal anatomik farklılıklar (Divertikül, vesiko-vajinal fistülü)

(13, 85, 100, 101).

2.3.3. Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Mesane ve alt üriner sistemi oluşturan yapıların temel fonksiyonu, idrarı depolama ve boşaltımı için uyum içinde çalışmasıdır.

Depolama ya da boşaltımla ilgili meydana gelebilecek herhangi bir sorun, Üİ veya idrar retansiyonuna sebep olmaktadır (102). Birçok ülkede yapılan çalışmalar, çeşitli risk faktörlerinin inkontinansa sebep olduğunu göstermektedir (103).

Cinsiyet: Üİ hem kadınları hem de erkeleri etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (101). Kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlarda Üİ farklı bir etiyolojiye, tipe ve öneme sahiptir. 15-55 yaş arasındaki kadınlarda, Üİ erkeklere göre 5-6 kat daha sık görülmektedir (104). Ancak 80 yaşından sonra Üİ her iki cinsiyeti eşit olarak etkilemektedir. Kadınlarda stres, sıkışma ve miks tip inkontinans daha sık görülürken, erkeklerde ise prostat sorunları nedeniyle ortaya çıkan taşma tipi inkontinans ve stres tipi inkontinans daha sık görülmektedir (92, 101).

Yaş: Üİ yaşın ilerlemesi ile birlikte sıklığı artan önemli geriatric sendromlardan biridir (105, 106). Kadınların yaş gruplarına göre Üİ durumu incelendiğinde; 20-29 yaş arası %12,5, 30-39 yaş arası %15,3, 40-49 yaş arası %44,6, 50-65 yaş arası %54,7 ve 65 yaş ve üzerinde %67,9 oranında Üİ görüldüğü bulunmuştur (7, 107, 108). Yaşın ilerlemesi ile birlikte üriner sistemde meydana gelen bir dizi fizyolojik değişiklikler inkontinans gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bu fizyolojik değişiklikler şöyle sıralanabilir:

- i. Erkeklerde prostat hipertrofisi
- ii. Yaş ile üretral basınçta azalma eğilimi
- iii. Zayıflamış pelvik taban kasları
- iv. Kadınlarda menopozun neden olduğu atrofik değişiklikler, üretrayı çevreleyen bağ dokusunda azalma
- v. Detrusor kontraktilesinde azalma
- vi. Detrusor aşırı aktivitesi (101,109).

Ayrıca yaşlılarda görülen deliryum, demans ve diğer karışık durumlar, idrar veya solunum sistemi enfeksiyonları, kalp yetmezliği, metabolik bozukluklar, psikolojik bozukluklar (ör. depresyon), ilaç kullanımı (alfa blokürler, sedatifler, diüretikler vb.), endokrin bozukluklar (hiperglisemi, hiperkalsemi ve poliüri), hareketsizlik gibi durumlarda inkontinansa neden olabilir (110, 111). Yaşlıların sıklıkla bu değişiklikleri belirtmemeleri nedeniyle sağlık personeli tarafından Üİ yeterince tanılanamamaktadır (106).

Doğum: Üİ gebelikle ilişkili yaygın bir durumdur (10, 112). Gebelikte en sık görülen idrar kaçırma tipi sırasıyla stres, sıkışma ve miks tip inkontinansdır (113). Gebelikte veya doğum sonrası dönemde Üİ varlığı, yaşamın sonraki dönemlerinde ortaya çıkabilecek Üİ için önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (112). Gebelikte veya doğum sonrası görülen inkontinansın etiyolojisi; hormonal değişiklikler, genişleyen uterusun mesaneye bası yapması, artmış glomerüler filtrasyon hızının neden olduğu yüksek idrar çıkışı, kollajen azalması ve gebelik sırasında azalan kas tonüsü şeklinde açıklanabilir. Doğum sırasında, spontan yırtılma veya epizyotominin uygulanması pelvik taban kaslarında, fasyasında ve sinirlerinde lezyonlara neden olabilmektedir (113, 114). Bunlara ek olarak doğum sayısı, doğum şekli, zor doğum, yenidoğan ağırlığı inkontinans durumunu etkilemektedir (21).

Doğumun Üİ için önemli bir etken olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Yapılan araştırmalarda doğum sayısı >2 , abortus sayısı ≥ 1 , yenidoğan ağırlığı >4 kg, vajinal doğum şekli ve epizyotomi uygulamasının Üİ'ye sebep olduğu bulunmuştur (115, 116).

Obezite: Epidemiyolojik çalışmalar Üİ için aşırı kilo ve obeziteyi önemli risk faktörleri olarak göstermektedir (117). Kilo artışı, pelvik taban kaslarında gerilmeye ve zayıflamaya yol açmaktadır (118). Araştırmalar, aşırı kilonun intraabdominal basıncı artırarak stres tip inkontinansa sebep olabileceğini belirtmektedir (25, 119). Öztürk ve ark., çalışmasında BKİ değerleri ile Üİ arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak hastaları obez ($BKİ \geq 30$) ve obez olmayan ($BKİ < 30$) olarak gruplandırıldığında Üİ olan hastaların %65'inin obez olduğu ve obezite ile Üİ arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (107).

İrk ve genetik: Üİ prevalansı beyaz kadınlarda, siyahi eskimo ve doğu asya kadınlara oranla daha yüksektir (110, 120). Bu durum siyahilerde ve eskimolarda üretral basıncın daha yüksek ve mesane hacmi daha büyük olması şeklinde açıklanmaktadır (121). Doğu asya kadınlarının ise kas bantlarının daha kalın, arcus tendonlarının daha lateralden uzandığı ve levator ani kaslarından posterior puboüretral ligamentlere uzanan pelvik diyafram fasyasının daha yoğun olduğu saptanmıştır (110).

İrk ile Üİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 2109 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, Üİ görülme oranı sırasıyla İspanyol kadınlarda %36, beyaz kadınlarda %30, siyah kadınlarda %25, asyalı kadınlarda %19 olduğu bulunmuştur (122).

Genetik ve Üİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar annede, kız kardeşte, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans varlığının Üİ oluşmasında etkili olduğunu göstermektedir (123, 124). Ayrıca kas yapısında, pelvik tabanın innervasyonunda ve kas dokusuna ait genetik bozukluklar inkontinansın oluşumuna neden olmaktadır (85).

Sigara, alkol ve kafein: Sigaradaki karbonmonoksit, vücut dokularına taşınan oksijen sirkülasyonunu etkilemekte ve kas atrofisine neden olmaktadır (125). Ayrıca sigara tüketimi mesane basıncını artırmakta ve öksürük ile birlikte Üİ oluşumuna sebep olmaktadır (110). İlgili literatür incelendiğinde sigara tüketimi ile Üİ arasındaki ilişki net açıklanamamaktadır. Ancak bazı çalışmalarda sigara ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki varken, bazı çalışmalarda ise ilişki bulunamamıştır (126, 127).

Alkol ve kafeinli içecekler diüretik etkiye sahiptirler. Bu içecekler detrusor basıncını artırarak istemsiz detrusor kasılmalarına yol açarak inkontinans görülmesine neden olmaktadır (128, 129). Ayrıca mesaneyi uyararak aşırı aktif mesane semptomuna sebep olmaktadır (130, 131). Sun ve ark., kahve/kafein tüketimi ile stres tip inkontinans arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (132).

Histerektomi: Histerektomi sonrası Üİ etiyojisi, uterosakral/kardinal ligament kompleksi transeksiyonu, mesane flebi oluşumu ve mesane boynuna ve üretraya anatomik desteğin bozulması sırasında pelvik pleksusa kalıcı bir hasarın sonucu şeklinde açıklanabilmektedir (133). Ayrıca postoperatif dönemde yanlı ve eksik kateterizasyon uygulaması mesane hipotonisine yol açarak Üİ sebep olmaktadır (16, 110). Şensoy ve ark., histerektomi ile inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur (134).

Üriner sistem enfeksiyonları: Üriner sistem enfeksiyonları her yaş grubu kadınlarda ortaya çıkan yaygın bir problemdir. Kadınların %50'den fazlası yaşamları boyunca en az bir kez üriner sistem enfeksiyonları ile karşılaşmaktadır (135). Yapılan bazı çalışmalarda üriner sistem enfeksiyonları ile stres inkontinansı arasında ciddi bir ilişki bulunurken (110) bazılarında ise arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır (21). Heydari ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, üriner sistem enfeksiyonları ile stres tip inkontinansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir (135).

Konstipasyon: Çalışmalar konstipasyonun pudendal sinir hasarına neden olarak pelvik taban kaslarında fonksiyon bozukluğuna yol açabileceğini öne sürmüştür (21, 136). Ayrıca konstipasyon, abdominal basınca yol açarak Üİ'ye sebep olmaktadır (21). Stres üriner inkontinansı olan kadınlarda defekasyon sırasında zorlanma, barsak hareketlerinde artış ve prolapsus, stres üriner inkontinansı olmayan kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (110).

Çinde Üİ risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, konstipasyon ve Üİ arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (20).

Kronik öksürük: Öksürük ile intraabdominal basınç artmakta bu da detrüör kontraksiyonlarını stimüle ederek Üİ gelişimine neden olmaktadır (21, 86). Buna ek olarak şiddetli öksürme sfinkterlerin anatomik ve nörolojik fonksiyonunu bozmaktadır (137). Literatürde, kronik öksürüğün Üİ gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (134, 138).

Menopoz: Menopoz döneminde önemli hormonal değişiklikler meydana gelir ve bu değişiklikler tüm östrojene duyarlı dokuları etkilemektedir. Kadınlarda alt üriner sistem, östrojenin eksikliğinden etkilenen sistemlerden biridir (139). Östrojen reseptörleri östrojen durumuna bakılmaksızın alt üriner sistemin tüm skuamöz epitelinde bulunmaktadır. Bu nedenle postmenopozal dönemde östrojen eksikliğinin Üİ gelişiminde etyolojik bir rol oynayabileceği düşünülmektedir (2, 140). Ayrıca menopozda maksimal üretral basınç ve üretral uzunlukta düşme görülmektedir (85, 91, 141). Üretral vaskülaritede azalma, istirahat halinde intraüretral basınçta düşme ve strese cevapta yetersizlik görülür (85). Bu şekilde postmenopozal dönemde aşırı aktif mesane prevalansındaki artış klinik olarak gözlemlenmektedir (2). Literatürde yapılan çalışmalarda menopozda giren kadınların Üİ görülme oranı menopozda girmeyenlere göre daha yüksektir (7, 137). Ayrıca postmenopozal dönemde yaş arttıkça Üİ görülme oranı da artmaktadır (107).

Diğer faktörler: Üİ gelişiminde rol oynayan diğer faktörler ise; abdominal tümörler, radyoterapi, pelvik organ prolapsusu, fekal inkontinans, geçirilmiş pelvik cerrahi, depresyon, demans, deliryum, parkinson hastalığı, inme, artrit, diyabet gibi kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, periferik ödem, aşırı fiziki güç kaybı şeklinde belirtilebilir (16, 21, 85, 142, 143).

2.4. POSTMENOPOZ VE ÜRİNER İNKONTİNANS

Östrojen eksikliği, postmenopozal kadınlarda yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır (144, 145). Postmenopozal dönemde klimakterik semptomların geçici olduğu bilinmekte, ancak vajina ve alt üriner sistemi etkileyen atrofik semptomların genellikle ilerleyici ve sıklıkla tedavi gerektireceği bilinmektedir (145). Üregenital atrofi semptomlarından olan Üİ prevalansı, menopoz ve postmenopozal dönemle birlikte artmaktadır (144-

148). Postmenopozal kadınların ortalama %40'ında Üİ görülmektedir (149). Bu durumun etiyojisi incelendiğinde; mesane, trigon, üretra, vajinal mukoza, uterosakral ligamentler, levator ani kaslar ve puboservikal fasyanın destek yapılarının epitel dokularında östrojen reseptörlerinin bulunması ve östrojenin kontinans mekanizması üzerindeki etkisi olduğunu düşündürmektedir (139, 144, 149). Bu doğrultuda postmenopozal dönemde östrojen eksikliğine bağlı olarak aşırı aktif mesane ve Üİ görülmesi beklenen bir sonuçtur (21, 139).

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ

DSÖ'ye göre sağlık, “herhangi bir hastalık veya sakatlığın olmaması değil bunu ile birlikte beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyi olma durumudur” (150). DSÖ'nün bu sağlık tanımı, kişinin kendini psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden iyi olarak algılamasıdır (141). Bir insanın kendini iyi hissettiği ve iyi durumda olduğu, ihtiyaçlarının, taleplerinin ve beklentilerinin sadece sağlıklı olarak değil aynı zamanda maddi ve sosyal açıdan da tatmin olduğu durumu tanımlamaktadır (152).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin yaşamının birçok yönünün “iyiliğini” nasıl ölçtüğünü kapsamaktadır. Bu değerlendirmeler, kişinin yaşam olaylarına duyduğu duygusal tepkiler, tutum, yaşam doyumu, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik, iş ve kişisel ilişkilerden duyduğu memnuniyeti içermektedir (153). Bu durumda yaşam kalitesinin sadece kişinin yaşına ve sağlık durumuna değil, aynı zamanda kişinin duygusal durumuna, bilişsel ve sosyal işlevselliğine de bağlı olduğu unutulmamalıdır (154). Yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır (151, 155).

Yaşam kalitesinin alanları;

- Fiziksel durum (sağlık, iş yükü, beslenme),
- Malzeme durumu (refah, yaşam koşulları, ortalama gelir, satın alma gücü, iş ve rekreasyon koşulları, vb.),
- Psikolojik durum (duygu, tutum, değer, özsaygı, iş doyumu),
- Eğitim ve kendini geliştirme (öğrenme, eğitim kalitesi, bilgi ve beceri bilgisi),
- Sosyal ilişki (insan, aile, toplum, destek ile ilişki),
- Kendini ifade etme olanakları ve eğlence (eğlence, hobi, yaratma),
- Güvenlik ve çevre (fiziksel/kişisel güvenlik – çalışma, ekonomik, politik, hukuki ortam) (154).

Üİ mortalitenin artması ile ilişkili olmasa da fiziksel, psikososyal ve hijyenik sorunlara neden olan, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur (3, 76, 77). Üİ semptomları, kadının yolculuk yapması, alışveriş için dışarı çıkması, spor yapması ya da dini inançlarını yerine getirmesi gibi günlük aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (22). Bunlara ek olarak Üİ sonucu ortaya çıkan perineal dermatit vajinada, perinede ve pelviste şiddetli ağrıya ve enfeksiyona yol açmaktadır. Noktüri ve acil idrar yapma hissi düşme riskini arttırdığı gibi diğer morbiditelere neden olabilmektedir (154).

Tablo 2.3: Üİ'nin fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri.

Fiziksel Etkiler	Psikolojik Etkiler	Sosyal Etkiler
<ul style="list-style-type: none"> • Bakteriyel enfeksiyonlar • Mantar enfeksiyonları • Selülit, cilt enfeksiyonları • Dekübit ülserleri • Düşmeler ve kırılmalar • Cinsel işlev bozukluğu 	<ul style="list-style-type: none"> • Stres • Depresyon • Öz saygı ve özgüven kaybı • Utanç 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal olaylardan kaçınma • Kişisel aktiviteleri azalma • Sosyal duyarsızlık • Bağımsızlık kaybı • Maliyet

(156).

Postmeneopozal dönemdeki kadınların Üİ prevalansı ve çeşitliliğinin yüksek olmasına rağmen, semptomatik kadınların sadece %20-%25'i tıbbi tedavi için başvuru yapmaktadır (145). Toplumdaki çoğu kadın, postmenopozal dönemlerinde vajinal ve üriner semptomları hakkında şikâyetle bulunmamaktadır. Bu durum, kültürel değerler ile ilişkili ve bu semptomların yaşlanmanın sonucu olarak kabul edilmesi şeklinde açıklanabilir (106, 145, 157).

2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSA YÖNELİK KANITA DAYALI HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Üİ tedavisinin seçimi inkontinansın türüne (stres, urge inkontinans gibi), kadının iyileşme veya tedaviye yönelik beklentilerine, tedaviye olan bağlılığına, risk toleransına ve finansal durumuna bağlıdır. Bazı kadınlar invaziv tedavi yöntemlerinden önce tüm konservatif tedavi seçeneklerini denemeyi tercih ederlerken, bazı kadınlar da uygunluk veya etkililiğe öncelik vererek, invaziv yaklaşımları kabul etmektedir (139).

Üİ'ye yönelik hemşirelik girişimi ile ilgili çalışmalarda; hastalarda Üİ gelişimi ile ilişkili risk faktörlerini azaltma, fiziksel egzersiz, davranışsal terapi, bireysel davranışlara göre ayarlanan yaşam tarzı değişiklikleri gibi koruyucu tedaviler ele alınmaktadır (139, 158, 159). Bu koruyucu tedavileri;

- Asidik, baharatlı ve karbonatlı besinler mesaneyi irrite eder, alkollü, kafeinli yiyecek ve içecekler, detrusor basıncını ve detrusor kasının uyarılabilirliğini artırmasına sebep olduğundan dolayı bu besinlerden uzak durulmalıdır (1a) (158, 160).
- Aşırı sıvı alımından kaçınılmalı, günde 2 litre sıvı aralıklarla tüketilmelidir (2b) (139).
- Konstipasyona sebep olan besin tüketiminden ve yetersiz sıvı alımından kaçınılmalıdır (1a) (160).
- Sigara bırakılmalı veya azaltılmalıdır (2b) (139).
- Aşırı kilo alımından kaçınılmalı, beden kitle indeksi 18.5-24.9 kg/m² arasında olmalıdır (1a) (117).
- Pelvik taban egzersizleri öğretilmelidir. Pelvik taban egzersizi; pelvik organları desteklemekte ve üretral kapatma mekanizmasına yardımcı olmaktadır (1b) (159, 161).
- Mesane eğitimi verilmelidir. Mesane eğitimi aşırı aktif mesane vakaları için ilk tedavi seçeneği olarak seçilmektedir. Acil işeme dürtüsünü engellemek için pelvik mekanizmayı ve merkezi sinir sistemini yeniden eğitmeyi gerektirmektedir. Aciliyet meydana geldiğinde, hastalara vücutlarını gevşetmeleri, hızlı ardışık pelvik taban egzersizi yapmaları, dikkatlerini dağıtmaları ve acil bir durumun azalması halinde normal bir tempoda tuvalete gitmeleri talimatı verilmelidir (1b) (162, 163).
- Tuvalete gitme programı oluşturulmalıdır. Bu program, hastanın idrar yapma alışkanlığına uygun olarak planlanan tuvalete gitme programıdır. Bu program ile birlikte hasta inkontinansı olmadan idrarını yapar ve ıslaklık meydana gelmez (1b) (158, 163).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma postmenopozal (50-65 yaş grubu) kadınlarda üriner semptomları ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel-tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Balıkesir ili Bandırma ilçesinde 16 Nisan- 30 Temmuz 2018 tarihleri arasında 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17 Nolu toplam 12 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Balıkesir ili Bandırma ilçesinde bulunan toplam 12 Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı 50-65 yaş aralığında bulunan 12956 kadın oluşturmaktadır.

Tablo 3.1: 2014 yılı Bandırma ilçesi cinsiyete ve yaş gruplarına göre nüfus dağılımı

Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın
0-4	7 991	4 143	3 848
5-9	8 222	4 253	3 969
10-14	8 617	4 486	4 131
15-19	10 119	5 055	5 064
20-24	11 397	5 953	5 444
25-29	11 356	6 111	5 245
30-34	12 302	6 494	5 808
35-39	11 354	5 923	5 431
40-44	10 769	5 468	5 301
45-49	10 384	5 155	5 229
50-54	10 045	5 025	5 020
55-59	8 614	4 317	4 297
60-64	6 922	3 283	3 639
65-69	5 434	2 517	2 917
70-74	3 860	1 754	2 106
75-79	2 835	1 217	1 618
80-84	1 860	688	1 172
85-89	824	273	551
90+	212	66	146
Toplam	143 117	72 181	146

Evren sayısı bilinen örneklem hesaplamasına göre;

$$n = \frac{N.P.Q.Z^2}{(N-1)d^2 + Z^2PQ}$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

P= İncelenecek olayın görülüş sıklığı

Q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

Z_{α} = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha= 0.05, 0.01, 0.001$ için 1.96, 2.58 ve 3,28)

d= Örneklem hatası

N: 12956

P: 0,69

Q: 0,31

$Z_{\alpha} : \alpha=1,96$

d= 0,05

Tablo.3.2. Tabakalarda Yer Alan 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı ve Her Tabakadan Örneklem İçin Alınan 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı

Tabakalar	Tabakada Yer Alan Toplam 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı	Her Tabakadan Örneklem Alınması Gereken 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı	Örneklem Alınan 50-65 Yaş Grubu Kadın Sayısı
2 Nolu ASM	750	24	25
3 Nolu ASM	1303	42	40
5 Nolu ASM	314	10	15
6 Nolu ASM	759	24	30
7 Nolu ASM	597	19	22
8 Nolu ASM	430	14	20
9 Nolu ASM	1518	49	40
10 Nolu ASM	2495	80	70
11 Nolu ASM	458	15	15
12 Nolu ASM	388	12	15
15 Nolu ASM	522	17	20
17 Nolu ASM	466	15	15
Toplam	10.000	321	327

Toplum içinde postmenopozal kadınlarda Üİ görülme sıklığı %68,8 olarak saptanmıştır (Oskay ve ark., 2004). Araştırmanın örneklemini %95 güven aralığında

örneklem büyüklüğü 321 kadın olarak belirlenmiş olup, 327 kadından veri toplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak basit rastgele ve tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- ✓ Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi,
- ✓ Menopoza girmiş olması
- ✓ 50-65 yaş grubunda olması,
- ✓ İletişim güçlüğü olmaması,
- ✓ Nörolojik ve mental olarak sağlıklı olması,

Araştırmaya çıkarılma kriterleri:

- ✓ Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmemesi,
- ✓ Menopoza girmemiş olması
- ✓ İletişim güçlüğü olması,
- ✓ Nörolojik ve mental olarak sağlıklı olmaması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

- Sosyo-Demografik Özellikleri: Yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik durum, sosyal güvence,
- Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri: Toplam gebelik sayısı, düşük sayısı, doğum şekli, epizyotomi varlığı, vajende spontan yırtık durumu, iri bebek (>4 kg), menopoza girme yaşı, menopoza girme şekli, hormon replasman tedavisi kullanma
- Kronik hastalık ile ilgili özellikleri: Kronik öksürük, histerektomi, üriner sistem enfeksiyonu, konstipasyon, hemoroid varlığı,
- Alışkanlıklar ve Yaşam Biçimi Özellikleri: Boy, kilo, BKİ, günlük sıvı tüketim miktarı, sigara tüketimi, egzersiz yapma,
- İnkontinans Öyküsü: İnkontinans süresi, gaz- dışkı kaçırma, ailede inkontinans öyküsü, cinsel ilişki sırasında inkontinans, günlük ped kullanma,
- ÜSP (Üriner Semptom Profili Anketi) toplam puan ve alt boyutlarından alınan puan,
- IQOL (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği) toplam puan ve alt boyutlarından alınan puan.

3.5. Araştırma Sınırlılıkları

Bu çalışmanın Balıkesir ili Bandırma ilçesinde bulunan 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 Nolu toplam 15 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) uygulanması planlanmıştır. Ancak 1 ve 13 Nolu ASM’de sorumlu hekimlerin araştırmaya onay vermemesi ve iş birliğine açık olmaması ve 14 Nolu ASM’nin cezaevinde bulunması sebebiyle bu ASM’lerin araştırma dışında bırakılması araştırma sınırlılıkları kapsamındadır.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırma, veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (EK 1), Üriner Semptom Profili Anketi (EK 2) ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3) kullanılmıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kadınların sosyodemografik, jinekolojik, obstetrik, kronik hastalıklar, alışkanlıklar, yaşam biçimleri ve Üİ öyküsüne ilişkin özellikleri sorgulayan ve 39 sorudan oluşan “Kişisel Bilgi Formu” araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (81, 83, 164-166).

3.6.2. Üriner Semptom Profili Anketi (ÜSP)

Haab ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen ÜSP, üç alt boyuttan oluşan üriner semptomları (stres üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar akış hızı) değerlendirmek amacı ile kullanılan 13 soruluk bir formdur (166) Bilge tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (64).

Ölçeğin Cronbach’s Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri 0,96 olarak belirlenmiştir (64). Çalışmamızda da Cronbach’s Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri 0,96 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.3. ÜSP alt boyutları ve puan aralığı

Ölçek ve Alt Ölçekler	ÜSP Maddeleri	Madde Sayısı	Minumum Puan	Maksimum Puan
Stres üriner inkontinans	1a, 1b, 1c	3	0	9
Aşırı aktif mesane	2, 3, 4, 4a, 5, 6, 7	7	0	21
Yavaş akıntı	8, 9, 10	3	0	9

Bu puanlamalara göre, toplam puanlar arttıkça alt üriner semptom şikayetleri doğru orantılı olarak artmakta, puan aralığı sıfıra yaklaştıkça üriner semptom şikayetleri azalmaktadır (64, 167).

3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

I-QOL, ilk olarak Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında inkontinanslı kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla 28 madde olarak geliştirilmiştir (137, 168). Ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür (137). Özerdoğan tarafından 2003 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır ve Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri 0,96 bulunmuştur (169). Çalışmamızın Cronbach's Alfa iç tutarlılık kat sayısı değeri 0,85 olarak belirlenmiştir. Uluslararası Kontinans Konsültasyonu'nu tarafından A sınıfı düzeyinde en çok önerilen ölçekler arasında yer almaktadır (22).

Ölçekteki her madde 5'li dereceli (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) değerlendirmeye ölçülmektedir. I-QOL toplam puanını ve alt boyutlarını hesaplaması 0-100'lük skalaya çevrilerek yapılmaktadır (137).

Tablo 3.4. IQOL ve alt ölçeklerinin puan hesaplaması

Ölçek ve Alt Ölçekler	I-QOL Maddeleri	Madde Sayısı	0-100 skalada aldığı puan aralığını hesaplama
Sosyal İzolasyon	8, 12, 14, 18,19	5	$X_i / 25 \times 100$
Davranışların Sınırlandırılması	1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20	8	$X_i / 40 \times 100$
Psikososyal etkilenme	5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22	9	$X_i / 45 \times 100$
İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği		22	$X_i / 110 \times 100$

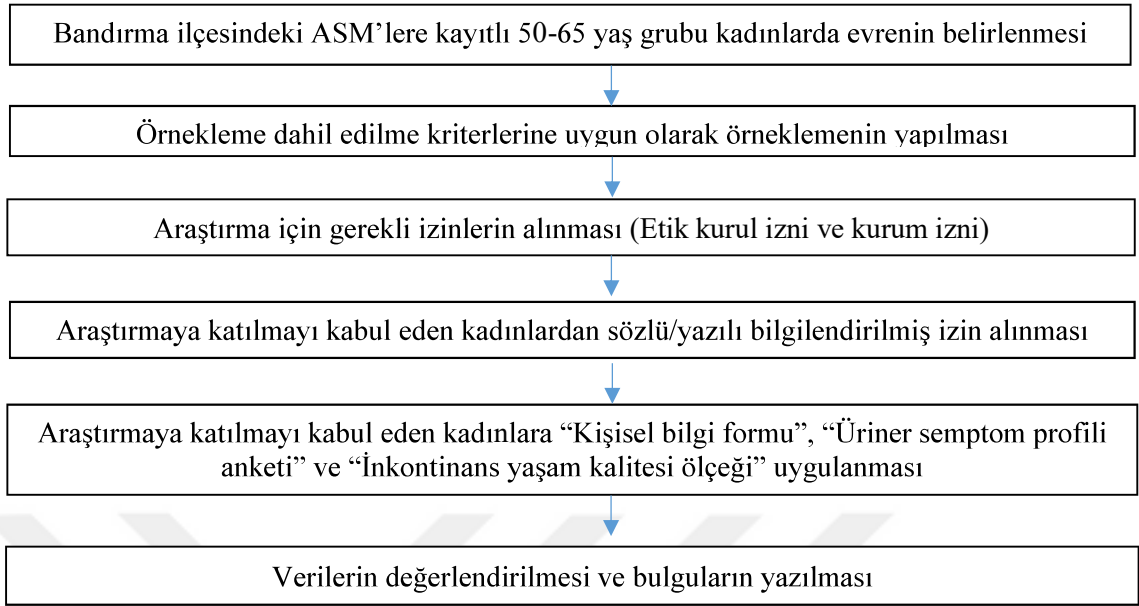
Xi: Her bir boyuta giren maddelerin toplam puanı

Düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu, yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (169).

3.7.Uygulama Aşaması

Araştırma Balıkesir'in Bandırma ilçesine bağlı toplam 12 ASM'de 16 Nisan-30 Temmuz tarihleri arasında yapılmıştır. ASM'lere kayıtlı, örneklem seçim kriterlerine uygun olan, gönüllü, 50-65 yaş grubu 327 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. ASM'lerin çalışma saatleri 8.30-17.00 arasındadır. Hastalar ortalama 9.00-16.30 saatler arası ASM'ye başvurmaktadır. Bu saatler arasında ASM'ye gelen 50-65 yaş grubu kadınlar aile hekimleri ile görüşmeyi beklerken veya aile hekimi ile görüşükten sonra bekleme salonunda görüşmeler yapılmıştır. Kadınlardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için yaklaşık 15- 20 dakika sürmüştür.

Araştırma Uygulama Şeması Şekil 2' de verilmiştir.



Şekil 2. Araştırmanın uygulama şeması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 23 paket programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, jinekolojik ve obstetrik özellikler, kronik hastalık ile ilgili özellikler, inkontinans öyküsüne ilişkin özellikler, bağımlı değişkenler ise; Üriner Semptom Profili Anketi alt ölçekleri ve toplam puanı ve İnkontinans Yaşam Kalitesi alt ölçek ve toplam puanı olarak belirlenmiştir. Betimleyici istatistikler için frekans (n), yüzde (%), ortalama (\bar{x}) ve standart sapma (SS) hesaplanmıştır. Gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında veriler normal dağılıma uygun olmadığından iki grup için Mann-Whitney U testi, üç ve üzeri grup durumunda Kruskal Wallis Testi; gruplar arası farklılığın hangi gruba ait olduğunun saptanması için yapılan ileri analizde Scheffe Testi; nicel veriler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilirliği için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2017/15 sayılı izin ile onay alınmıştır (EK 4). Çalışmanın yürütülebilmesi için Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 60206642-3189 sayılı yazı ile onay alınmıştır (EK 5).

Üriner Semptom Profili ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin kullanılabilmesi amacıyla ölçek uyarlama çalışmalarını yapan Çiğdem BİLGE ve Nebahat ÖZERDOĞAN ile mail üzerinden iletişime geçilmiş ve ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır (EK 6).

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilmiştir. Araştırmayı kabul eden, 50-65 yaş grubu gönüllü kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

4. BULGULAR

Postmenopozal dönem kadınlardaki üriner semptomlar ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları dört başlık altında sunulmuştur.

4.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarına ilişkin bulgular

4.2. Kadınların üriner semptom profili ve etkileyen faktörlerin incelenmesi

4.3. Kadınların inkontinans yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi

4.4. Kadınların üriner semptom profili ile inkontinans yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi

4.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

Tablo 4.1. Kadınların sosyodemografik özellikleri

	Sayı (N=327)	%
Yaş	Ort±SS= 57,89±5,05 (min-max:50-65)	
Yaş Grubu		
50-55	118	36,1
56-60	94	28,7
61-65	115	35,2
Medeni Durum		
Evli	256	78,3
Bekar	71	21,7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	12	3,7
Okur-yazar	18	5,5
İlkokul	203	62,1
Ortaokul	31	9,5
Lise	45	13,7
Yüksekokul	18	5,5
Mesleğiniz		
Çalışıyor	32	9,8
Çalışmıyor	225	68,8
Emekli	70	21,4
Sosyoekonomik Durum		
Gelir giderden az	45	13,7
Gelir gidere denk	256	78,3
Gelir giderden fazla	26	8,0
Sosyal Güvenceniz		
SSK	184	56,3
Bağ-Kur	67	20,5
Emekli Sandığı	36	11,0
Yok	40	12,2

Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması $57,89 \pm 5,05$ ’dir. %36,1’i (n=118), 50-55 yaşında, %78,3’ü (n=256) evli, %62,1’i (n=203) ilkokul mezunu, %68,8’i (n=225) çalışmamaktadır. %78,3’ü (n=256) gelir durumunun gider durumuna eşit olduğunu ifade ederken %12,2’sinin (n=40) sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 1).



Tablo 4.2. Kadınların jinekolojik ve obstetrik özellikleri

	Sayı (N=327)	%
İlk Gebelik Yaşı (n=312)	Ort±SS=21,48±3,87 (min-max:14-44)	
İlk Gebelik Yaşı		
14-18	65	20,7
19-24	195	62,3
25-29	39	12,5
30≤	13	4,5
Doğum Sayısı		
0	15	4,6
1-2 gebelik	197	60,2
3 ve üzeri	115	35,2
Düşük Sayısı		
0	237	72,4
1	67	20,4
2 ve üzeri	23	7,2
Doğum Şekli		
Normal Doğum	293	89,6
Sezaryen Doğum	34	11,4
Vakum/Forsepe yardımıyla doğum		
Evet	10	3,0
Hayır	317	97,0
Epizyotomi		
Evet	177	54,1
Hayır	150	45,9
Doğumda vajende fissür oluşumu		
Evet	122	37,3
Hayır	205	62,7
4 kg ve üzeri bebek doğurma		
Evet	71	21,7
Hayır	256	78,3
Menapoza girme yaşı	Ort±SS= 47,43±4,50 (Min-Max:21-57)	
Menapoza girme yaşı		
45 yaş ve altı	93	28,4
46-50 yaş arası	170	52,0
51 yaş ve üzeri	64	19,6
Menapoz yılı	Ort±SS= 10,14±6,69 (Min-Max:1-38)	
Menapoz yılı		
1-5 yıl	93	32,7
6-10 yıl	98	34,5
11-15 yıl	66	23,2
16 yıl ve üzeri	27	9,5
Menapoza girme nedeni		
Doğal menapoz	290	88,7
Tıbbi menapoz	37	11,3
HRT kullanma durumu		
Evet	32	9,8
Hayır	295	90,2

Tablo 4.2’de kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınların jinekolojik ve obstetrik özellikleri incelendiğinde; ilk gebelik yaş ortalaması $21,48 \pm 3,87$ ve %62,3’ünün (n=195) ilk gebelik yaşı 19-24 yaş arasındadır. Kadınların %3,7’si hiç gebelik geçirmemiş, %60,8’i (n=199) 1-2 kez doğum yapmış, %72,4’ü (n=237) hiç düşük yapmamıştır. Çalışma kapsamındaki kadınların %89,5’i (n=293) normal doğum, %3,1’i (n=10) Vakum/Forseps yardımıyla doğum, %11,4’ü (n=34) ise sezaryen doğum yaptığını ifade etmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınların %54,1’inin (n=177) epizyotomisi, %37,3’ünün (n=122) normal doğum sürecinde vajende fissür öyküsü bulunmaktadır. Kadınların %21,7’si (n=71) dört kg ve üzerinde bebek doğurduğunu ifade etmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların menopoza girme yaşı ortalama $47,43 \pm 4,50$ ve %52’si (n=170) 46-50 yaş arasında menopoza girmiştir. Menopoz yılı ortalaması ise $10,14 \pm 6,69$ ve %34,5’i (n=98) 6-10 yıl arası menopozdadır. Ayrıca, çalışmaya dahil olan kadınların %88,7’si (n=290) doğal menopoza girdiğini, %90,2’si (n=295) HRT kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Kronik hastalık ile ilgili özellikler

	Sayı (N=327)	%
Kronik Öksürük		
Evet	62	19,0
Hayır	265	81,0
Histerektomi		
Evet	42	12,8
Hayır	285	87,2
Üriner sistem enfeksiyonu		
Evet	112	34,3
Hayır	215	65,7
Konstipasyon		
Evet	104	31,8
Hayır	223	68,2
Hemoroid		
Evet	79	24,2
Hayır	248	75,8

Tablo 4.3’de kronik hastalık ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %19’unda (n=62) kronik öksürük, %12,8’inde (n=42) histerektomi, %34,3’ünde (n=112) üriner sistem enfeksiyonu, %31,8’inde (n=104) konstipasyon ve %24,2’sinde (n=79) hemoroid olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların alışkanlıklar ve yaşam biçimi özellikleri

	Sayı (N=327)	%
Beden Kitle İndeksi		
< 25 kg/m ² (normal)	50	15,3
25-29,9 kg/m ² (hafif kilolu)	131	40,1
≥30kg/m ² (obez)	146	44,6
Fertil dönemde > 10 kg kilo alma		
Evet	55	16,8
Hayır	146	83,2
Sigara içme		
Evet	48	14,7
Hayır	241	73,7
Bırakmış	38	11,6
Günlük sıvı tüketim miktarı		
0-2 L	193	59,0
2 L üzeri	134	41,0
Çay tüketimi		
Hiç içmiyor	20	6,1
Günde 1-3 bardak	157	48,0
Günde ≥ 4 üzeri	150	45,9
Kahve tüketimi		
Hiç içmiyor	141	43,1
Günde 1-2 fincan	173	52,9
Günde ≥ 2 fincan	13	4,0
Gazlı içecek		
Hiç içmiyor	302	92,4
Günde 1-3 bardak	25	7,6
Alkol		
Kullanmıyor	318	97,2
Kullanıyor	9	2,8
Egzersiz		
Hiç yapmıyor	185	56,6
Haftada 1-2 kez	53	16,2
Haftada 3-4 kez	48	14,7
Haftada > 4 ve üzeri	41	12,5

Tablo 4.4’de kadınların alışkanlıklar ve yaşam biçimi özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınların %44,6’sının (n=146) obez olduğu, %16,8’inin (n=55) fertil döneminde 10 kg’dan fazla kilo aldıkları saptanmıştır. Kadınların %73,7’si (n=241) sigara kullanmazken %11,6’sı (n=38) sigarayı bıraktığını ifade etmektedir (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen kadınların sıvı alımları sorgulandığında; günlük olarak %59’u (n=193) 0-2 L arasında su, %48’i (n=157) 1-3 bardak çay, %52,9’u (n=173) 1-2 fincan kahve, %7,6’sı (n=25) 1-3 bardak gazlı içecek, %2,8’i (n=9) alkollü içecek tükettiklerini ifade etmektedirler.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %56,6’sı (n=185) hiç egzersiz yapmadığını, %12,5’i (n=41) ise haftada 4 kez ve üzeri egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. Kadınların inkontinans öyküsüne ilişkin bulgular

	Sayı (N=327)	%
Üriner inkontinans varlığı		
Evet	165	50,5
Hayır	162	49,5
İdrar kaçırma yılı		
<1 yıl	33	20,0
1-4 yıl	74	44,8
5-7 yıl	29	17,6
>7 yıl	29	17,6
Gaz kaçırma durumu		
Evet	61	18,7
Hayır	266	81,3
Fekal inkontinans durumu		
Evet	7	2,1
Hayır	320	97,9
Ailede inkontinans öyküsü		
Evet	118	36,1
Hayır	209	63,9
Cinsel ilişkide inkontinans durumu		
Evet	28	8,6
Hayır	299	91,4
İnkontinans tedavisi alma öyküsü		
Evet	43	13,2
Hayır	284	86,8
Günlük ped kullanma durumu		
Evet	66	20,2
Hayır	261	79,8
Kullanılan günlük ped sayısı		
Günde 1 kez	38	57,6
Günde 2 ve üzeri	28	42,4

Tablo 4.5’de kadınların inkontinans öyküsüne ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %50,5’inde (n=165) daha önce istem dışı idrar kaçırması olduğu saptanmıştır. İstem dışı kaçırması olan kadınların %20’si (n=33) 1 yıldan az, % 44,8’i (n=74) 1-4 yıl arası, %17,6’sı (n=29) 5-7 yıl arası ve %17,6’sı (n=29) 7 yıldan fazla idrar kaçırma öyküsü olduğunu ifade etmiştir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %18,7’sinde (n=61) gaz kaçırma, %2,1’inde (n=7) fekal inkontinans, %36,1’inde (n=118) ailede inkontinans öyküsü ve %8,6’sında cinsel ilişki sırasında idrar kaçırması olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların, %13,2’si (n=43) geçmişte inkontinans tedavisi almış ve %20,2’si (n=66) pet kullanmaktadır. Ped kullanan kadınların %57,6’sı günde 1 kez, %42,4’ü günde 2 ve üzeri pet kullandığı belirlenmiştir.

4.2. KADINLARIN ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİNİN İNCELENMESİ

4.2.1. Kadınların Üriner Semptom Profiline Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalaması Dağılımları

Tablo 4.6. Kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamaları

	Min-max	$\bar{x}\pm Ss$ (n=327)	İnkontinans Olan (n=165) $\bar{x}\pm Ss$	İnkontinans Olmayan (162) $\bar{x}\pm Ss$	Z*	p
Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)	0-9	0,71±1,66	1,40±2,12	0,06±0,08	-9,51	0,000
Aşırı Aktif Mesane (AAM)	0-15	3,76±3,23	5,94±2,97	1,54±1,53	-13,028	0,000
Yavaş Akıntı (YA)	0-6	0,47±1,04	0,64±1,16	0,30±0,86	-3,392	0,001
Toplam ÜSP	0-22	4,94±4,81	7,98±4,85	1,85±1,93	-12,983	0,000

* *Mann Whitney U*

Tablo 4.6’da kadınların, Üriner Semptom Profili (ÜSP) toplam ölçek puanı ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. ÜSP toplam puan ortalaması kadınlarda 4,94±4,81 (min=0-max=22) olarak bulunmuştur.

İnkontinansı olan kadınlarda SÜİ (Z=-9,51; p=0,000), AAM (Z=-13,028; p=0,000) ve YA (-Z=-3,392; p=0,001) altölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları (Z=-12,983; p=0,000) inkontinansı olmayan kadınlara göre yüksek olup aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

4.2.2. Kadınların Üriner Semptom Profili ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 4.7. Kadınların üriner semptom profiline alt ölçektoplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre incelenmesi

Sosyodemografik Özellikleri	Stres Üriner İnkontinans	Aşırı Aktif Mesane	Yavaş Akıntı	Toplam ÜSP
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş Grubu				
50-55	0,59±1,63	3,19±3,25	0,40±1,06	4,18±5,02
56-60	0,71±1,58	3,80±2,91	0,39±0,81	4,90±4,14
61-65	0,83±1,74	4,32±3,39	0,61±1,17	5,76±5,00
	$\chi^2= 2,317^{**}$ p=0,314	$\chi^2= 9,761^{**}$ p=0,008	$\chi^2= 5,213^{**}$ p=0,074	$\chi^2= 12,474^{**}$ p=0,002
Medeni Durum				
Evli	0,78±1,74	3,74±3,20	0,50±1,08	5,03±4,87
Bekar	0,43±1,28	3,83±3,35	0,35±0,84	4,61±4,59
	Z= -2,007* p=0,045	Z= -0,210* p=0,838	Z= -1,009* p=0,313	Z= -0,395* p=0,693
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	1,08±1,93	4,67±3,68	1,00±2,13	6,75±5,55
Okur-yazar	0,89±1,32	5,06±3,17	0,50±0,79	6,44±4,55
İlkokul	0,80±1,82	3,96±3,32	0,46±0,97	5,22±5,07
Ortaokul	0,65±1,66	3,58±3,49	0,58±1,12	4,81±5,03
Lise	0,33±1,07	2,87±2,57	0,29±0,92	3,49±3,57
Yüksekokul	0,71±1,66	3,76±3,23	0,47±1,04	2,94±3,10
	$\chi^2= 6,191^{**}$ p=0,288	$\chi^2= 11,527^{**}$ p=0,042	$\chi^2= 4,558^{**}$ p=0,472	$\chi^2= 11,856^{**}$ p=0,037
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	0,28±0,95	2,68±3,31	0,06±0,24	3,03±3,88
Çalışmıyor	0,80±1,79	3,90±3,18	0,52±1,09	5,22±4,96
Emekli	0,60±1,39	3,80±3,28	0,50±1,01	4,90±5,53
	$\chi^2=2,723^{**}$ p=0,256	$\chi^2=6,485^{**}$ p=0,039	$\chi^2=5,946^{**}$ p=0,051	$\chi^2=8,628^{**}$ p=0,013
Sosyoekonomik Durum				
Gelir giderden az	0,66±1,43	4,48±3,45	0,48±0,99	5,64±4,54
Gelir giderden az	0,75±1,74	3,71±3,16	0,48±1,05	4,94±4,90
Gelir gidere denk	0,34±0,93	3,00±3,35	0,34±0,93	3,69±4,21
Gelir giderden fazla	$\chi^2=1,077^{**}$ p=0,584	$\chi^2=4,949^{**}$ p=0,084	$\chi^2=0,791^{**}$ p=0,673	$\chi^2=5,047^{**}$ p=0,080
Sosyal Güvence				
Yok	0,51±1,17	4,28±3,40	0,54±1,32	5,33±4,44
Bağ-Kur	1,03±1,95	3,96±3,16	0,52±1,13	5,51±5,16
SSK	0,65±1,65	3,72±3,30	0,46±0,96	4,85±4,87
Emekli Sandığı	0,68±1,59	3,00±2,83	0,29±0,84	3,97±4,35
	$\chi^2=3,754^{**}$ p=0,440	$\chi^2=3,449^{**}$ p=0,486	$\chi^2=1,930^{**}$ p=0,749	$\chi^2=3,971^{**}$ p=0,410

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.7’de kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grupları incelendiğinde SÜİ ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); AAM alt ölçek ($x^2=9,76$; $p=0,008$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($x^2=12,474$; $p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan grubun 50-55 yaş kategorisi olduğu belirlenmiştir. 50-55 yaş grubu kadınları AAM alt grubu ve ÜSP toplam puanı diğer yaşlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumlarına göre SÜİ alt ölçek toplam puan ortalamasında ($Z=-2,007$; $p=0,045$) anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Evli kadınların, bekar kadınlara göre SÜİ toplam puan ortalaması değeri daha yüksektir. ÜSP toplam, AAM ve YA alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadınların eğitim durumlarına göre SÜİ ve YA alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$); AAM alt ölçek ($x^2=11,527$; $p=0,042$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($x^2=11,856$; $p=0,037$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde eğitim durumunda anlamlı farklılığa neden olan grubun yüksekokul mezunu kadınların olduğu belirlenmiştir. Yüksekokul mezunu olan kadınlar, eğitim düzeyi düşük olanlara göre AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Çalışma durumuna göre SÜİ ve YA alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), AAM ($x^2=6,485$; $p=0,039$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($x^2=8,628$; $p=0,013$). Yapılan ileri analizde çalışma durumuna göre anlamlı farklılığa neden olan grubun çalışıyor olmak kategorisi olduğu belirlenmiştir. Çalışan kadınların, çalışmayan ve emekli kadınlara göre AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

ÜSP ve alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları sosyoekonomik ve sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik özelliklerine göre incelenmesi

Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri	Stres Üriner İnkontinans	Aşırı Aktif Mesane	Yavaş Akıntı	Toplam ÜSP
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
İlk Gebelik Yaşı				
14-18	0,89±1,86	4,54±2,83	0,45±0,98	5,88±4,38
19-24	0,71±1,65	3,77±3,46	0,52±1,11	5,00±5,10
25-29	0,59±1,46	3,05±2,87	0,49±0,85	4,13±4,32
30≤	0,86±1,99	3,14±3,21	0,07±0,27	4,07±5,06
	$\chi^2=1,479^{**}$	$\chi^2=8,903^{**}$	$\chi^2=2,666^{**}$	$\chi^2=8,388^{**}$
	p=0,687	p=0,031	p=0,446	p=0,039
Doğum Sayısı				
0	0,41±1,44	3,25±2,59	0,50±1,24	4,16±4,42
1-2 gebelik	0,57±1,55	3,29±3,15	0,37±0,92	4,24±4,62
3 ve üzeri	0,97±1,81	4,62±3,26	0,62±1,17	6,22±4,93
	$\chi^2=11,774^{**}$	$\chi^2=14,933^{**}$	$\chi^2=6,495^{**}$	$\chi^2=17,435^{**}$
	p=0,003	p=0,001	p=0,039	p=0,000
Düşük Sayısı				
0	0,51±1,38	3,22±3,03	0,40±0,95	4,14±4,35
1	3,22±3,03	5,17±3,45	0,72±1,33	7,38±5,67
2 ve üzeri	0,40±0,95	5,04±2,97	0,39±0,65	6,00±3,98
	$\chi^2=17,354^{**}$	$\chi^2=24,061^{**}$	$\chi^2=2,911^{**}$	$\chi^2=25,282^{**}$
	p=0,000	p=0,000	p=0,233	p=0,000
Normal Doğum				
Evet	0,76±1,71	3,86±3,30	0,48±1,04	5,10±4,91
Hayır	0,27±0,96	2,94±2,49	0,35±1,01	3,56±3,56
	Z= -2,043*	Z= -1,206*	Z= -1,371*	Z= -1,576*
	p=0,041	p=0,228	p=0,170	p=0,115
Sezaryen Doğum				
Evet	0,48±1,11	3,70±3,20	0,45±0,90	4,63±4,22
Hayır	0,74±1,72	3,75±3,25	0,46±1,04	4,95±4,89
	Z= -0,004*	Z= -0,041*	Z= -0,089*	Z= -0,144*
	p=0,997	p=0,967	p=0,929	p=0,886
Epizyotomi				
Evet	0,74±1,72	3,46±3,11	0,46±1,01	4,67±4,81
Hayır	0,67±1,58	4,10±3,33	0,48±1,06	5,26±4,79
	Z= -0,444*	Z= -1,664*	Z= -0,051*	Z= -1,334*
	p=0,657	p=0,096	p=0,960	p=0,182
Doğumda vajende fissür oluşumu				
Evet	0,81±1,65	4,32±3,36	0,37±0,76	5,51±4,66
Hayır	0,64±1,65	3,42±3,11	0,52±1,16	4,60±4,86
	Z= -2,022*	Z= -2,558*	Z= -0,220*	Z= -2,477*
	p=0,043	p=0,011	p=0,826	p=0,013
4 Kg ve Üzeri Bebek Doğurma				
Evet	0,84±1,85	4,69±3,11	0,45±0,96	5,98±4,58
Hayır	0,67±1,60	3,50±3,22	0,47±1,05	4,65±4,84
	Z= -0,776*	Z= -3,101*	Z= -0,007*	Z= -2,820*
	p=0,438	p=0,002	p=0,995	p=0,005

Menopoza Girme Yaşı				
45 yaş ve altı	0,96±2,20	4,10±3,22	0,53±1,14	5,58±5,45
46-50 yaş arası	0,64±1,44	3,66±3,35	0,46±1,03	4,76±4,74
51 yaş ve üzeri	0,55±1,19	3,53±2,91	0,42±0,89	4,50±3,88
	$\chi^2=0,062^{**}$	$\chi^2=2,104^{**}$	$\chi^2=0,257^{**}$	$\chi^2=1,590^{**}$
	p=0,969	p=0,349	p=0,879	p=0,452
Menopoz Yılı				
1-5 yıl	0,56±1,51	3,26±3,23	0,39±1,03	4,20±4,90
6-10 yıl	0,65±1,47	3,49±2,87	0,45±0,93	4,59±4,06
11-15 yıl	0,77±1,63	4,38±3,30	0,52±1,14	5,67±4,58
16 yıl ve üzeri	1,70±2,81	4,89±3,73	0,59±1,31	7,19±6,70
	$\chi^2=6,779^{**}$	$\chi^2=8,921^{**}$	$\chi^2=2,004^{**}$	$\chi^2=10,523^{**}$
	p=0,079	p=0,030	p=0,572	p=0,015
Menopoza Girme Nedeni				
Doğal menopoz	0,67±1,55	3,72±3,21	0,48±1,00	4,88±4,72
Tıbbi menopoz	0,94±2,19	4,08±3,39	0,32±1,00	5,35±5,44
	Z= -0,263*	Z= -0,534*	Z= -1,354*	Z= -0,144*
	p=0,792	p=0,593	p=0,176	p=0,886
HRT Kullanma Durumu				
Evet	0,66±1,57	3,68±3,19	0,45±1,02	4,79±4,69
Hayır	1,12±2,28	4,50±3,51	0,66±1,09	6,28±5,64
	Z= -0,846*	Z= -1,416*	Z= -1,302*	Z= 1,597*
	p=0,397	p=0,157	p=0,193	p=0,110

* *Mann Whitney U* ***Kruskal Wallis H*

***Araştırmaya katılan kadınların vakum/forseps yardımıyla doğum yapma oranı düşük olduğu için bu gruptaki kadınlar normal doğum başlığı altında incelenmiştir.*

Tablo 4.8'de kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk gebelik yaşı incelendiğinde SÜİ ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); AAM alt ölçek ($\chi^2=8,903$; $p=0,031$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($\chi^2=8,388$; $p=0,039$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan grubun 14-18 yaş kategorisi olduğu belirlenmiştir. İlk gebelik yaşı 14-18 yaş grubu olan kadınların AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları diğer yaşlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların doğum sayısına göre SÜİ ($\chi^2=11,774$; $p=0,003$), AAM ($\chi^2=14,933$; $p=0,001$), YA ($\chi^2=6,495$; $p=0,039$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($\chi^2=17,435$; $p=0,000$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan grubun doğum sayısı üç ve üzeri olan kadınların olduğu belirlenmiştir. Doğum sayısı 3 ve üzeri olan kadınların diğer gruplara göre ÜSP alt ölçekleri ve ÜSP toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların düşük sayısı incelendiğinde SÜİ ($x^2=17,354$; $p=0,000$), AAM ($x^2=24,061$; $p=0,000$) alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($x^2=25,282$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan SÜİ alt ölçek toplam puan ortalaması bir kez düşük yapan kadınlarda daha yüksek, AAM alt ölçek toplam puan ve ÜSP toplam puanı hiç düşüğü olmayan kadınlarda daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kadınların normal doğum yapmasına göre ÜSP, AAM ve YA alt ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); SÜİ alt ölçeği toplam puan ortalaması arasında ($Z=-2,043$; $p=0,041$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Normal doğum yapan kadınların SÜİ alt ölçek toplam puan ortalamasının sezaryen doğum yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Vajende spontan yırtık olma durumuna göre YA alt ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmazken ($p >0,05$); SÜİ ($Z=-2,022$; $p=0,043$), AAM ($Z=-2,558$; $p=0,011$) alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z=-2,477$; $p=0,013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Vajende spontan yırtığı olan kadınların SÜİ, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamalarının spontan yırtığı olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4 kg üzerinde bebek doğuran kadınların SÜİ ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p >0,05$); AAM alt ölçek ($Z=-3,101$; $p=0,002$) ve ÜSP toplam ($Z=-2,820$; $p=0,005$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. 4 kg üzerinde bebek doğuran kadınların AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamalarının doğurmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların menopoz yılına göre incelendiğinde; SÜİ ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); AAM alt ölçek ($x^2=8,921$; $p=0,030$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($x^2=10,523$; $p=0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan AAM alt ölçek toplam puanı menopoz yılı 1-5 olan kadınlarda daha düşük, ÜSP toplam puanı 16 yıl ve üzeri olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

ÜSP ve alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları ile sezaryen doğum, epizyotomi, menopoza girme yaşı, menopoza girme nedeni ve HRT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının kronik hastalık özelliklerine göre incelenmesi

Kronik Hastalık Özellikleri	Stres Üriner İnkontinans	Aşırı Aktif Mesane	Yavaş Akıntı	Toplam ÜSP
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Kronik Öksürük				
Evet	0,96±1,81	4,88±3,05	0,72±1,08	6,58±4,63
Hayır	0,64±1,61	3,49±3,21	0,41±1,01	4,55±4,77
	Z= -1,329*	Z= -3,616*	Z= -3,190*	Z= -3,953*
	p= 0,184	p= 0,000	p= 0,001	p= 0,000
Histerektomi				
Evet	0,66±1,86	4,28±3,40	0,33±0,84	5,28±4,99
Hayır	0,71±1,62	3,68±3,20	0,49±1,06	4,89±4,78
	Z= -0,676*	Z= -1,232*	Z= -0,976*	Z= -0,667*
	p=0,499	p=0,218	p=0,329	p=0,505
Üriner sistem enfeksiyonu				
Evet	1,18±2,12	5,32±3,61	0,80±1,23	7,31±5,53
Hayır	0,46±1,29	2,94±2,67	0,29±0,86	3,70±3,85
	Z= -3,762*	Z= -5,901*	Z= -4,751*	Z= -6,268*
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Konstipasyon				
Evet	0,70±1,67	4,53±3,20	0,50±1,00	5,75±4,63
Hayır	0,71±1,65	3,39±3,18	0,45±4,85	4,56±4,85
	Z= -0,132*	Z= -3,376*	Z= -0,735*	Z= -2,973*
	p=0,895	p=0,001	p=0,463	p=0,003
Hemoroid				
Evet	0,97±1,79	4,51±3,44	0,55±1,02	6,05±5,10
Hayır	0,62±1,60	3,52±3,12	0,44±1,04	4,58±4,66
	Z= -2,307*	Z= -2,344*	Z= -1,341*	Z= -2,477*
	p=0,021	p=0,019	p=0,180	p=0,013

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.9'da kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının kronik hastalık özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kronik öksürüğü olan kadınların olmayanlara göre AAM (Z=-3,616; p=0,000), YA (Z=-3,190; p=0,001) alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları (Z=-3,95; p=0,000) daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak SÜİ alt ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (p >0,05)

Kadınların histerektomi olma durumu ile ÜSP ve alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p >0,05).

Üriner sistem enfeksiyonu olma durumu ve kadınların SÜİ ($Z=-3,762$; $p=0,000$), AAM ($Z=-5,901$; $p=0,000$), YA ($Z=-4,751$; $p=0,000$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z=-6,268$; $p=0,000$) arasında anlamlı fark saptanmıştır. Üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların ÜSP ve alt ölçeklerin toplam puan ortalamaları üriner sistem enfeksiyonu olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Konstipasyonu olan kadınların olmayanlara göre AAM alt ölçek ($Z=-3,376$; $p=0,001$) ve ÜSP toplam puan ortalaması ($Z=-2,973$; $p=0,003$) daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak SÜİ ve YA puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların hemoroid varlığına göre SÜİ ($Z=-2,307$; $p=0,021$) ve AAM ($Z=-2,344$; $p=0,019$) alt ölçekleri ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z=-2,477$; $p=0,013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken; YA alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının alışkanlık ve yaşam biçimi özelliklerine göre incelenmesi

Alışkanlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri	Stres Üriner İnkontinans	Aşırı Aktif Mesane	Yavaş Akıntı	Toplam ÜSP
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Beden Kitle İndeksi				
Normal(<25)	0,30±0,93	2,53±2,81	0,47±1,05	3,30±4,20
Fazla kilolu (25-29,99)	0,59±1,54	3,12±2,84	0,39±0,99	4,10±4,21
Obez(≥ 30)	0,96±1,91 $\chi^2=8,970^{**}$ p=0,011	4,78±3,41 $\chi^2=27,683^{**}$ p=0,000	0,54±1,07 $\chi^2=1,993^{**}$ p=0,369	6,29±5,18 $\chi^2=24,702^{**}$ p=0,000
Fertil dönemde > 10 kg kilo alma				
Evet	1,53±2,70	5,13±3,81	0,38±1,00	7,04±6,47
Hayır	0,54±1,30 $Z=-2,317^*$ p= 0,020	3,49±3,03 $Z=-2,962^*$ p= 0,003	0,49±1,04 $Z=-0,900^*$ p= 0,368	4,52±4,29 $Z=-2,459^*$ p= 0,014
Sigara içme				
Evet	0,96±2,09	3,69±3,18	0,77±1,36	5,42±5,19
Hayır	0,70±1,65	3,82±3,29	0,44±0,99	4,95±4,86
Bırakmış	0,47±0,92 $\chi^2= 0,665^{**}$ p= 0,717	3,50±3,00 $\chi^2= 0,196^{**}$ p= 0,907	0,32±0,70 $\chi^2= 3,275^{**}$ p= 0,194	4,29±3,94 $\chi^2= 0,556^{**}$ p= 0,757
Günlük su tüketim				
0-2 lt	0,74±1,79	3,38±3,05	0,49±1,08	4,61±4,76
2 lt ve üzeri	0,67±1,44 $Z=-0,796^*$ p= 0,426	4,30±3,42 $Z=-2,459^*$ p= 0,014	0,45±0,98 $Z=-0,297^*$ p= 0,766	5,43±4,86 $Z=-1,835^*$ p= 0,066
Çay tüketimi				
Hiç içmiyor	0,67±1,59	3,70±3,16	0,48±1,05	4,85±4,66
Günde 1-3 bardak	1,20±2,27	4,48±4,00	0,32±0,80	6,00±6,38
Günde ≥ 4 üzeri	0,71±1,66 $\chi^2= 0,260^{**}$ p= 0,878	3,76±3,23 $\chi^2= 1,098^{**}$ p= 0,577	0,47±1,04 $\chi^2= 0,430^{**}$ p= 0,806	4,94±4,81 $\chi^2= 1,047^{**}$ p= 0,592
Kahve tüketimi				
Hiç içmiyor	0,68±1,51	3,66±3,19	0,43±0,97	4,77±4,58
Günde 1-2 fincan	0,71±1,76	3,91±3,26	0,53±1,10	5,14±4,98
Günde ≥ 2 fincan	1,00±1,91 $\chi^2= 0,494^{**}$ p= 0,781	2,92±3,30 $\chi^2= 1,782^{**}$ p= 0,410	0,23±0,83 $\chi^2= 1,632^{**}$ p= 0,442	4,15±5,06 $\chi^2= 1,131^{**}$ p= 0,568
Gazlı içecek				
Hiç içmiyor	0,67±1,59	3,70±3,16	0,48±1,05	4,85±4,66
Günde 1-3 bardak	1,20±2,27 $Z=-1,580^*$ p= 0,114	4,48±4,00 $Z=-0,779^*$ p= 0,436	0,32±0,80 $Z=-0,790^*$ p= 0,430	6,00±6,38 $Z=-0,526^*$ p= 0,599
Egzersiz				
Hiç yapmıyor	0,91±1,79	4,28±3,31	0,64±1,16	5,83±5,05
Haftada 1-2 kez	0,66±1,57	3,26±3,44	0,28±0,89	4,21±5,07
Haftada 3-4 kez	0,44±1,69	3,00±2,74	0,35±0,93	3,79±4,11
Haftada > 4 ve üzeri	0,17±0,67 $\chi^2= 15,625^{**}$ p= 0,001	2,95±2,73 $\chi^2= 12,123^{**}$ p= 0,007	0,10±0,37 $\chi^2=$ 15,677^{**} p= 0,001	3,22±2,98 $\chi^2= 17,453^{**}$ p= 0,001

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.10'da kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının alışkanlık ve yaşam biçimi özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların beden kitle indeksine göre incelendiğinde YA alt ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmazken ($p > 0,05$); SÜİ ($x^2=8,970$; $p=0,011$) ve AAM ($x^2=27,683$; $p=0,000$) alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($x^2=24,702$; $p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde anlamlı farklılığa neden olan grubun obez kadınların olduğu belirlenmiştir. Obez kadınların SÜİ, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puanı diğer gruplara göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Fertil dönemde >10 kg alanların SÜİ ($Z= -2,317$; $p=0,020$), AAM ($Z=-2,962$; $p=0,003$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z=-2,459$; $p=0,014$) >10 kg kilo almayanlara göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ancak YA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların günlük su tüketim miktarına göre AAM alt ölçek toplam puan ortalaması ($Z=2,459$; $p=0,014$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. 2 lt ve üzeri su tüketenlerin AAM toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. ÜSP, SÜİ ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanımı, çay, kahve ve gazlı içecek tüketimi incelendiğinde SÜİ, AAM ve YA alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların egzersiz yapma durumu incelendiğinde ÜSP ($x^2= 17,453$; $p=0,001$), SÜİ ($x^2= 15,625$; $p=0,007$), AAM ($x^2=12,123$; $p=0,001$) ve YA toplam puan ortalamaları ($x^2= 15,677$; $p=0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Egzersiz yapmayanların ÜSP, SÜİ, AAM ve YA alt ölçek toplam puan ortalamaları egzersiz yapanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.11. Kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının inkontinans öykülerine göre incelenmesi

İnkontinans Özellikler	Stres Üriner İnkontinans	Aşırı Aktif Mesane	Yavaş Akıntı	Toplam ÜSP
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
İdrar kaçırma yılı				
<1 yıl	1,06±1,67	5,24±3,18	0,63±1,19	6,93±4,85
1-4 yıl	1,67±2,45	6,18±2,88	0,70±1,24	8,56±5,10
5-7 yıl	0,75±1,29	5,72±2,98	0,44±1,09	6,93±4,19
>7 yıl	1,72±2,20	6,31±2,90	0,69±1,00	8,72±4,66
	$\chi^2=3,061^{**}$	$\chi^2=1,724^{**}$	$\chi^2=1,818^{**}$	$\chi^2=3,037^{**}$
	p=0,382	p=0,632	p=0,611	p=0,386
Gaz kaçırma durumu				
Evet	1,21±2,29	5,28±3,46	0,62±1,16	7,11±5,42
Hayır	0,60±1,46	3,42±3,09	0,44±1,00	4,45±4,53
	Z= -2,829*	Z= -4,138*	Z= -1,466*	Z= -4,136*
	p=0,005	p=0,000	p=0,143	p=0,000
Ailede inkontinans öyküsü				
Evet	0,93±1,75	4,84±3,29	0,61±1,12	6,38±4,95
Hayır	0,58±1,59	3,15±3,04	0,39±0,98	4,13±4,54
	Z= -2,984*	Z= -4,690*	Z= -2,079*	Z= -4,632*
	p=0,003	p=0,000	p=0,038	p=0,000
Cinsel ilişkide inkontinans durumu				
Evet	2,04±2,71	7,54±2,22	0,61±0,83	10,18±4,49
Hayır	0,59±1,47	3,41±3,08	0,46±1,05	4,45±4,55
	Z= -4,860*	Z= -6,219*	Z= -1,920*	Z= -5,982*
	p=0,000	p=0,000	p=0,055	p=0,000
İnkontinans tedavisi alma öyküsü				
Evet	1,70±2,40	6,93±3,16	0,65±1,13	9,28±5,47
Hayır	0,56±1,47	3,29±2,96	0,44±1,02	4,29±4,35
	Z= -4,121*	Z= -6,494*	Z= -1,676*	Z= -6,015*
	p=0,000	p=0,000	p=0,094	p=0,000
Günlük ped kullanma				
Evet	1,52±2,21	5,68±3,74	0,83±1,26	8,03±5,98
Hayır	0,54±1,47	3,34±2,96	0,38±0,96	4,26±4,25
	Z= -5,003*	Z= -4,629*	Z= -3,664*	Z= -4,856*
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
Kullanılan günlük ped sayısı				
Günde 1 kez	1,08±1,73	5,40±2,92	0,71±1,23	7,18±5,79
Günde 2 ve üzeri	2,00±2,61	5,68±3,98	0,86±1,24	8,54±6,37
	Z= -1,044*	Z= -0,092*	Z= -0,816*	Z= -0,522*
	p=0,297	p=0,927	p=0,414	p=0,602

* Mann Whitney U **Kruskall Wallis H

**Araştırmaya katılan kadınların % 2,1 fekal inkontinans görüldüğü için tablo 4.11'in içerisinde yer almamıştır.

Tablo 4.11’de kadınların üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalamalarının inkontinans öykülerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların gaz kaçırmaya durumu incelendiğinde YA toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$); Sİ ($Z = -2,829$; $p = 0,005$), AAM ($Z = -4,138$; $p = 0,000$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z = -4,136$; $p = 0,000$) arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Gaz kaçırmaya olan kadınların SÜİ, AAM ve ÜSP toplam puan ortalamalarının gaz kaçırmaya olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ailesinde inkontinans öyküsü olanların olmayanlara göre SÜİ ($Z = -2,459$; $p = 0,000$), AAM ($Z = -4,690$; $p = 0,000$), YA ($Z = -2,079$; $p = 0,038$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z = -4,632$; $p = 0,000$) daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsel ilişkide inkontinansı olanların olmayanlara göre SÜİ ($Z = -4,860$; $p = 0,000$), AAM ($Z = -6,219$; $p = 0,000$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z = -5,982$; $p = 0,000$) daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak YA alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İnkontinans tedavisi alma öyküsü olan kadınların SÜİ ($Z = -4,121$; $p = 0,000$), AAM ($Z = -6,494$; $p = 0,000$) ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z = -6,015$; $p = 0,000$) tedavi almayanlara göre daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak YA alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Günlük ped kullanan kadınların SÜİ ($Z = -5,003$; $p = 0,000$), AAM ($Z = -4,629$; $p = 0,000$), YA ($Z = -3,664$; $p = 0,000$) alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları ($Z = -4,856$; $p = 0,000$) günlük ped kullanmayanlara göre yüksek olup aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların idrar kaçırmaya yılı ve kullanılan günlük ped sayısı incelendiğinde; ÜSP ve alt ölçeklerinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.3. KADINLARIN İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİNİNCELENMESİ

4.3.1. Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Ve Alt Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları

Tablo 4.12. Kadınların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamalarının incelenmesi

	Min-max	$\bar{x}\pm Ss$ (n=327)	İnkontinans Olan (n=165) $\bar{x}\pm Ss$	İnkontinans Olmayan (162) $\bar{x}\pm Ss$	Z*	p
Davranışların Sınırlandırılması (DS)	31,11-100	90,25±15,75	81,29±17,99	99,38±2,58	-13,628	0,000
Psikososyal Etkilenme (PE)	24,00-100	83,63±20,45	70,52±20,76	96,99±7,20	-13,044	0,000
Sosyal İzolasyon (Sİ)	32,50-100	85,70±15,65	76,09±16,35	95,48±5,71	-12,910	0,000
Toplam I-QOL	32,73-100	87,09±16,04	76,95±16,93	32,73-100	-13,831	0,000

* *Mann Whitney Utesti*

Tablo 4.12’de kadınların inkontinans yaşam kalitesi puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi (I-QOL) toplam puan ortalaması 87,09±16,04 (min=30,09-max=100) olarak bulunmuştur.

İnkontinansı olan kadınların DS (Z=-13,618; p=0,000), PE (Z=-13,044; p=0,000) ve Sİ (Z=-12,910; p=0,000) alt ölçek ve I-QOL toplam puan ortalamaları (Z=-13,831;p=0,000), inkontinansı olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında yüksek olup aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

4.3.2. Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 4.13. İnkontinansı olan ve inkontinansı olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre incelenmesi

Sosyodemografik Özellikleri	İnkontinansı Olan (n=165) Toplam IQOL		İnkontinansı Olmayan (n=162) Toplam IQOL	
	n(%)	$\bar{X}\pm SS$	n(%)	$\bar{X}\pm SS$
Yaş Grubu				
50-55	49(29,7)	75,81±17,26	69(42,6)	97,85±3,60
56-60	52(31,5)	77,05±16,95	42(25,9)	96,39±5,85
61-65	64(38,8)	77,76±16,86	51(31,5)	97,68±2,36
		$\chi^2=0,343^{**}$ p=0,843		$\chi^2=5,367^{**}$ p=0,068
Medeni Durum				
Evli	128(77,6)	76,12±17,36	128(79,0)	97,40±4,39
Bekar	37(22,4)	79,80±15,22	34(21,0)	97,48±2,28
		Z=-1,084 p=0,278		Z=-1,292 p=0,196
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	8(4,8)	88,25±12,12	4(2,5)	97,95±2,39
Okur-yazar	11(6,7)	78,92±16,38	7(4,3)	96,75±4,83
İlkokul	108(65,5)	75,67±17,28	95(58,6)	96,96±4,43
Ortaokul	15(9,1)	73,63±19,71	16(9,9)	98,35±2,32
Lise	20(12,1)	80,72±14,17	25(15,4)	97,70±4,26
Yüksekokul	3(1,8)	82,42±17,30	15(9,3)	98,96±1,13
		$\chi^2=7,256^{**}$ p=0,202		$\chi^2=2,496^{**}$ p=0,777
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	11(6,7)	85,70±15,93	21(13,0)	97,92±2,19
Çalışmıyor	117(70,9)	76,05±16,84	108(66,7)	96,92±4,72
Emekli	37(22,4)	77,19±17,14	33(20,3)	98,7±1,24
		$\chi^2=1,474^{**}$ p=0,479		$\chi^2=3,084^{**}$ p=0,214
Sosyoekonomik Durum				
Gelir giderden az	27(16,4)	77,03±17,13	18(11,1)	97,02±3,57
Gelir giderden denk	128(77,6)	77,10±16,95	128(79,0)	97,33±4,29
Gelir giderden fazla	10(6,1)	74,81±17,56	16(9,9)	98,52±1,55
		$\chi^2=0,183^{**}$ p=0,912		$\chi^2=5,519^{**}$ p=0,063
Sosyal Güvence				
Yok	25(15,2)	82,72±11,82	15(9,3)	98,06±3,12
Bağ-Kur	37(22,4)	77,54±18,27	30(18,5)	97,42±3,21
SSK	90(54,5)	74,75±17,44	94(58)	97,10±4,71
Emekli Sandığı	13(7,9)	79,37±16,24	23(14,2)	98,26±1,95
		$\chi^2=0,297^{**}$ p=0,961		$\chi^2=1,348^{**}$ p=0,718

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.13’de İnkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. İnkontinansı olan kadınların tüm sosyodemografik özelliklerinin I-QOL toplam puanı inkontinansı olmayanlara göre arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. İnkontinansı olan ve inkontinansı olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının jinekolojik ve obstetrik özelliklerine göre incelenmesi

Jinekolojik ve Obstetrik Özellikleri	İnkontinansı Olan (n=165) Toplam IQOL		İnkontinansı Olmayan (n=162) Toplam IQOL	
	n(%)	$\bar{X}\pm SS$	n(%)	$\bar{X}\pm SS$
İlk gebelik yaşı				
14-18	40(24,6)	77,30±16,41	25(16,7)	96,95±2,80
19-24	99(61,2)	76,40±17,68	96(64,0)	97,82±3,04
25-29	18(11,2)	79,19±13,79	21(14,0)	95,45±8,25
30 yaş ve üzeri	5(3,0)	73,64±24,16	8(5,3)	97,68±2,73
		$\chi^2=0,134^{**}$ $p=0,987$		$\chi^2=5,748^{**}$ $p=0,125$
Doğum sayısı				
0	5(3,0)	80,90±4,13	10(6,2)	98,97±1,13
1-2 gebelik	88(53,4)	77,72±16,52	109(67,3)	97,33±4,52
3 ve üzeri	72(43,6)	75,78±17,88	43(26,5)	97,35±2,88
		$\chi^2=0,308^{**}$ $p=0,579$		$\chi^2=0,238^{**}$ $p=0,626$
Düşük sayısı				
0	101(61,2)	75,57±17,59	135(83,3)	97,10±3,50
1	47(28,5)	77,80±16,52	21(13,0)	97,48±4,14
2 ve üzeri	17(10,3)	76,95±16,92	6(3,7)	97,41±4,03
		$\chi^2=0,467^{**}$ $p=0,494$		$\chi^2=0,510^{**}$ $p=0,475$
Normal doğum				
Evet	155(93,9)	76,70±17,09	138(85,2)	97,39±4,24
Hayır	10(6,1)	80,72±14,22	24(14,8)	97,53±2,59
		$Z=-0,557$ $p=0,578$		$Z=-0,413$ $p=0,680$
Sezaryen doğum				
Evet	19(11,5)	83,01±14,82	21(13,0)	97,60±4,06
Hayır	146(88,5)	96,19±4,06	141(87,0)	97,60±4,01
		$Z=-1,749$ $p=0,080$		$Z=-1,728$ $p=0,084$
Epizyotomi				
Evet	89(53,9)	78,06±15,65	88(54,3)	97,28±4,82
Hayır	76(46,1)	75,64±18,32	74(45,7)	97,57±2,84
		$Z=-0,602$ $p=0,547$		$Z=-0,793$ $p=0,428$
Doğumda vajende fissür oluşumu				
Evet	74(44,8)	76,25±17,66	48(29,6)	97,60±4,06
Hayır	91(55,2)	77,52±16,37	114(70,4)	97,60±4,01
		$Z=-0,429$ $p=0,668$		$Z=-1,205$ $p=0,228$

4 kg ve üzeri bebek doğurma				
Evet	45(27,3)	74,80±17,28	26(16,0)	95,52±7,87
Hayır	120(72,7)	77,75±16,79	136(84,0)	97,78±2,66
		Z=-1,065		Z=-1,004
		p=0,287		p=0,315
Menopoz girme yaşı				
45 yaş ve altı	48(29,1)	73,90±16,70	45(27,8)	96,65±4,40
46-50 yaş	86(52,1)	77,82±16,44	84(51,9)	98,11±2,43
51 yaş ve üzeri	31(18,8)	79,27±18,47	33(20,4)	96,72±6,12
		$\chi^2=4,246^{**}$		$\chi^2=3,802^{**}$
		p=0,120		p=0,149
Menopoz yılı				
1-5 yıl	42(25,5)	76,23±16,66	51(31,5)	98,16±2,22
6-10 yıl	45(27,3)	77,45±17,19	53(32,7)	96,50±5,98
11-15 yıl	39(23,6)	74,62±18,58	27(16,7)	97,85±2,68
16 yıl ve üzeri	18(10,9)	76,31±17,51	9(5,6)	97,27±3,94
		$\chi^2=0,601^{**}$		$\chi^2=2,177^{**}$
		p=0,896		p=0,536
Menopoz girme nedeni				
Doğal menopoz	148(89,7)	77,84±16,62	142(87,7)	97,50±3,90
Tıbbi menopoz	17(10,3)	69,19±18,09	20(12,3)	96,81±4,92
		Z=-1,903		Z=-0,221
		p=0,057		p=0,825
HRT kullanma				
Evet	19(11,5)	77,17±16,80	13(8,0)	97,44±4,13
Hayır	146(88,5)	75,26±18,22	149(92,0)	97,06±4,13
		Z=-0,345		Z=-1,054
		p=0,730		p=0,292

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.14'te inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının jinekolojik ve obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. İnkontinansı olan kadınların tüm jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin I-QOL toplam puanı inkontinansı olmayanlara göre arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. İnkontinansı olan ve inkontinansı olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının kronik hastalık özelliklerine göre incelenmesi

Kronik Hastalık Özellikleri	İnkontinansı Olan (n=165) Toplam IQOL		İnkontinansı Olmayan (n=162) Toplam IQOL	
	n(%)	$\bar{X}\pm SS$	n(%)	$\bar{X}\pm SS$
Kronik Öksürük				
Evet	42(25,5)	74,28±17,16	20(12,3)	94,50±7,67
Hayır	123(74,5)	77,86±16,81	140(86,4)	97,82±3,04
		Z=-1,403 p=0,161		Z=-2,939 p=0,003
Histerektomi				
Evet	20(12,1)	73,37±16,86	22(13,6)	96,61±5,38
Hayır	145(87,9)	77,37±16,86	140(86,4)	97,54±3,78
		Z=-0,919 p=0,358		Z=-0,338 p=0,736
Üriner Sistem Enfeksiyonu				
Evet				
Hayır	74(44,8)	72,80±17,06	38(23,5)	95,69±6,11
	91(55,2)	80,32±16,12	124(76,5)	97,94±2,97
		Z=-3,105 p=0,002		Z=-3,061 p=0,002
Konstipasyon				
Evet	59(35,8)	75,36±16,16	45(27,8)	97,03±3,42
Hayır	106(64,2)	77,83±17,34	117(72,2)	97,56±4,25
		Z=-1,583 p=0,114		Z=-1,895 p=0,058
Hemoroid				
Evet	43(26,1)	74,92±17,30	37(22,8)	96,89±4,60
Hayır	122(73,9)	77,66±16,80	125(77,2)	97,57±3,87
		Z=-1,118 p=0,264		Z=-0,623 p=0,533

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.15’de inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının kronik hastalık özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. İnkontinansı olmayan kadınların, I-QOL toplam puanı kronik öksürüğü olma ile olmama durumu karşılaştırıldığında arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($Z=-2,939$; $p=0,003$). Kronik öksürüğü olan kadınların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

İnkontinansı olan kadınların, I-QOL toplam puanı üriner sistem enfeksiyonu olma ile olmama durumu karşılaştırıldığında arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-3,105$; $p=0,002$). Üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması daha düşük olduğu saptanmıştır.

İnkontinansı olmayan kadınların, I-QOL toplam puanı üriner sistem enfeksiyonu olma ile olmama durumu karşılaştırıldığında arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($Z=-3,06$; $p=0,002$). Üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.16. İnkontinansı olan ve inkontinansı olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının alışkanlık ve yaşam biçimi özelliklerine göre incelenmesi

Alışkanlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri	İnkontinansı Olan (n=165) Toplam IQOL		İnkontinansı Olmayan (n=162) Toplam IQOL	
	n(%)	$\bar{X}\pm SS$	n(%)	$\bar{X}\pm SS$
Beden Kitle İndeksi				
Normal (<25)	16(9,7)	81,59±19,47	37(22,8)	97,64±3,94
Fazla kilolu (25-29,99)	51(30,9)	79,18±15,78	78(48,1)	97,58±2,91
Obez(≥ 30)	98(59,4)	75,03±16,92	47(29,0)	96,96±5,48
		$\chi^2=3,377^{**}$ p=0,185		$\chi^2=0,185^{**}$ p=0,638
Fertil dönemde > 10 kg kilo alma				
Evet	37(22,4)	74,10±17,58	18(11,1)	95,35±8,02
Hayır	128(77,6)	77,77±16,70	144(88,9)	97,67±3,17
		Z=-1,043 p=0,297		Z=-1,454 p=0,146
Sigara içme				
Evet	24(14,5)	74,43±15,80	24(14,8)	96,21±7,04
Hayır	120(72,7)	76,49±17,73	121(74,7)	97,71±3,04
Bırakmış	21(12,7)	82,46±12,24	17(10,5)	97,00±4,48
		$\chi^2= 4,421^{**}$ p= 0,110		$\chi^2= 0,586^{**}$ p= 0,746
Günlük su miktarı				
0-2 lt	94(57,0)	75,31±13,90	99(61,1)	97,66±3,58
2 lt ve üzeri	71(43,0)	79,86±15,50	63(38,9)	97,15±5,15
		Z=-1,554 p=0,120		Z=-0,203 p=0,839
Çay tüketimi				
Hiç içmiyor	9(5,5)	77,54±19,60	11(6,8)	93,96±9,75
Günde 1-3 bardak	78(47,3)	75,45±17,36	79(48,8)	97,97±3,08
Günde ≥ 4 üzeri	78(47,3)	78,82±16,13	72(44,4)	97,33±3,29
		$\chi^2= 0,551^{**}$ p= 0,759		$\chi^2= 4,459^{**}$ p= 0,108
Kahve tüketimi				
Hiç içmiyor	68(41,2)	77,54±16,82	73(45,1)	97,65±2,94
Günde 1-2 fincan	89(53,9)	75,94±17,18	84(51,9)	97,17±4,84
Günde ≥ 3 fincan	8(4,8)	83,18±15,17	5(3,1)	98,00±3,17
		$\chi^2= 1,183^{**}$ p= 0,554		$\chi^2= 3,215^{**}$ p= 0,200
Gazlı içecek				
Hiç içmiyor	150(90,9)	77,03±16,47	152(93,8)	97,48±4,10
Günde 1-2 bardak	15(9,1)	76,12±21,57	10(6,2)	96,36±2,57
		Z=-0,354 p=0,723		Z=-1,987 p=0,047
Egzersiz				
Hiç yapmıyor	112(67,9)	75,26±18,37	34(21,0)	97,59±4,23
Haftada 1-2 kez	19(11,5)	76,87±16,92	32(19,8)	96,64±6,50
Haftada 3-4 kez	16(9,7)	81,51±18,21	23(14,2)	97,86±2,06
Haftada 4 ve üzeri	18(10,9)	76,51±16,57	73(45,1)	97,53±2,88
		$\chi^2= 3,083^{**}$ p= 0,379		$\chi^2= 1,861^{**}$ p= 0,602

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.16’da İnkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının alışkanlık ve yaşam biçimi özelliklerine göre karşılaştırılması verilmektedir. İnkontinansı olan kadınların tüm alışkanlık ve yaşam biçimi özelliklerinin I-QOL toplam puanı inkontinansı olmayanlara göre arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. İnkontinansı olan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının inkontinans öykülerine göre incelenmesi

İnkontinans Özellikleri	İnkontinansı Olan (n=165) Toplam IQOL	
	n(%)	$\bar{X}\pm SS$
İdrar kaçırma yılı		
<1 yıl	31(18,8)	82,86±12,84
1-4 yıl	74(44,8)	75,45±18,23
5-7 yıl	30(17,6)	75,14±18,12
8 yıl ve üzeri	30(17,6)	75,86±15,58
		$\chi^2=4,482$ $p=0,214$
Gaz kaçırma		
Evet	44(26,7)	74,33±18,54
Hayır	121(73,3)	77,90±16,27
		$Z= -1,097^*$ $p=0,273$
Ailede inkontinans öyküsü		
Evet	81(49,1)	74,08±16,98
Hayır	84(50,9)	79,71±16,49
		$Z= -1,097^*$ $p=0,015$
Cinsel ilişkide inkontinans durumu		
Evet	28(17,0)	60,94±18,07
Hayır	137(83,0)	80,22±14,73
		$Z= -4,939^*$ $p=0,000$
İnkontinans tedavisi alma öyküsü		
Evet	39(23,6)	66,13±19,30
Hayır	126(76,4)	80,30±14,65
		$Z= -4,180^*$ $p=0,000$
Günlük ped kullanma		
Evet	44(26,7)	70,12±20,39
Hayır	121(73,3)	79,43±14,80
		$Z= -4,180^*$ $p=0,016$
Kullanılan günlük ped sayısı		
Günde 1 kez	23(51,1)	67,54±20,67
Günde 2 ve üzeri	22(48,9)	77,89±18,99
		$Z= -4,180^*$ $p=0,100$

* Mann Whitney U **Kruskal Wallis H

Tablo 4.17’de İnkontinansı olan kadınların I-QOL toplam puan ortalamalarının inkontinans öykülerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Ailesinde inkontinans öyküsü olan inkontinanslı kadınların I-QOL toplam puan ortalaması ($Z=-1,097$; $p=0,015$) ailesinde inkontinans öyküsü olmayan kadınlara göre da yüksek bulunmuş olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Cinsel ilişkide inkontinansı olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması ($Z=-4,180$; $p=0,000$) cinsel ilişkide inkontinansı olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran kadınların puanı ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir.

İnkontinans tedavi öyküsü olan inkontinanslı kadınların I-QOL toplam puanı ortalaması ($Z=-4,939$; $p=0,000$) inkontinans tedavi öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İnkontinans tedavisi alan kadınların puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Günlük ped kullanan inkontinanslı kadınların I-QOL toplam puanı ortalaması ($Z=-4,939$; $p=0,000$) günlük ped kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İdrar kaçırmaya tedavisi alan kadınların toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır.

İdrar kaçırmaya yılı ve kullanılan günlük ped sayısı inkontinanslı kadınlar ve inkontinanslı olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,005$).

4.4. KADINLARIN ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİ İLE İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4.18. İnkontinansı olan kadınların üriner semptom profilleri ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=165)

Üriner Semptom Profili Ve Alt Ölçekleri	I-QOL ve Alt Ölçekleri			
	Davranışların Sınırlandırılması	Psikolojik Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
Stres Üriner İnkontinans	r= -0,353 p=0,000	r= -0,276 p=0,000	r= -0,237 p=0,000	r= -0,302 p=0,000
Aşırı Aktif Mesane	r= -0,729 p=0,000	r= -0,551 p=0,000	r= -0,572 p=0,000	r= -0,656 p=0,000
Yavaş Akıntı	r= -0,268 p=0,001	r= -0,151 p=0,053	r= -0,155 p=0,046	r= -0,198 p=0,011
Toplam USP	r= -0,692 p=0,000	r= -0,515 p=0,000	r= -0,520 p=0,000	r= -0,609 p=0,000

r= Spearman Correlation

Tablo 4.18’de inkontinansı olan kadınların üriner semptom profilleri ile inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir. ÜSP’nin SÜİ alt ölçek toplam puan ortalaması ile Davranışların Sınırlandırılması (r=-0,353;p=0,000), Psikolojik Etkilenme (r=-0,276; p=0,000), Sosyal İzolasyon (r= -0,237;p=0,000) alt ölçekleri ile I-QOL toplamı (r= -0,302; p=0,000) arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir.

İnkontinansı olan kadınların AAM alt ölçek toplam puan ortalaması ile toplam I-QOL (r=-0,656; p=0,000) ve Davranışların Sınırlandırılması (r=-0,729; p=0,000) alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. AAM alt ölçeği ile Psikolojik Etkilenme (r=-0,551; p=0,000), Sosyal İzolasyon (r=-0,572; p=0,000) alt ölçekleri toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir.

İnkontinansı olan kadınların YA alt ölçek toplam puan ortalaması ile Davranışların Sınırlandırılması (r=-0,268; p=0,001), Sosyal İzolasyon (r=-0,155; p=0,046) alt ölçekleri ve I-QOL toplam puan ortalamaları (r=-0,198;p=0,011) arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

İnkontinansı olan kadınların toplam ÜSP puan ortalaması ile Davranışların Sınırlandırılması ($r=-0,692$; $p=0,000$) ve I-QOL toplam puan ortalamaları ($r=-0,609$; $p=0,000$) arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Psikolojik Etkilenme ($r=-0,515$; $p=0,000$) ve Sosyal İzolasyon alt ölçekleri ($r=-0,520$; $p=0,000$) toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.19. İnkontinansı olmayan kadınların üriner semptom profilleri ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki ($n=162$)

Üriner Semptom Profili Ve Alt Ölçekleri	I-QOL ve Alt Ölçekleri			
	Davranışların Sınırlandırılması	Psikolojik Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
Stres Üriner İnkontinans	$r=-0,076$ $p=0,337$	$r=-0,025$ $p=0,751$	$r=-0,148$ $p=0,061$	$r=-0,104$ $p=0,186$
Aşırı Aktif Mesane	$r=-0,497$ $p=0,000$	$r=-0,169$ $p=0,032$	$r=-0,366$ $p=0,000$	$r=-0,514$ $p=0,000$
Yavaş Akıntı	$r=-0,172$ $p=0,029$	$r=-0,024$ $p=0,764$	$r=-0,129$ $p=0,102$	$r=-0,150$ $p=0,056$
Toplam USP	$r=-0,500$ $p=0,000$	$r=-0,146$ $p=0,064$	$r=-0,356$ $p=0,000$	$r=-0,505$ $p=0,000$

$r=$ Spearman Correlation

Tablo 4.19’da inkontinansı olmayan kadınların üriner semptom profilleri ile inkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular verilmiştir. ÜSP’nin SÜİ alt ölçek toplam puan ortalaması ile I-QOL alt ölçek ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$).

İnkontinansı olmayan kadınların AAM alt ölçek toplam puan ortalaması ile I-QOL ($r=-0,514$; $p=0,000$) ve Davranışların Sınırlandırılması ($r=-0,497$; $p=0,000$) alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. AAM alt ölçeği ile Sosyal İzolasyon ($r=-0,366$; $p=0,000$) toplam puan ortalaması negatif yönde zayıf, Psikolojik Etkilenme ($r=-0,169$; $p=0,032$) toplam puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır.

İnkontinansı olmayan kadınların YA alt ölçek toplam puan ortalaması ile Davranışların Sınırlandırılması ($r=-0,172$; $p=0,029$) toplam puanı arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki vardır. AAM alt ölçeği ile Sosyal İzolasyon ve Psikolojik etkilenme alt ölçekleri ve I-QOL toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$).

İnkontinansı olmayan kadınların toplam ÜSP puan ortalaması ile Davranışların Sınırlandırılması ($r=-0,500$; $p=0,000$) ve I-QOL toplam puan ortalamaları ($r=-0,505$; $p=0,000$) arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyal İzolasyon alt ölçeği ($r= -0,356$; $p=0,000$) toplam puan ortalaması arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Psikolojik etkilenme alt ölçeği toplam puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,005$).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı özelliklere ait bulguların tartışılması

5.2. Postmenopozal kadınların üriner sistem profilleri ve yaşam kalite düzeyleri ile bulguların tartışılması

5.3. Postmenopozal kadınların üriner semptom profili ve yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen faktörler ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızdaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; kadınların yaş ortalaması $57,89 \pm 5,05$, %78,3'ü evli, %62,1'i ilkokul mezunu, %68,8'i çalışmamakta ve %78,3'ü gelir durumu gider durumuna eşit olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Literatürdeki çalışmalar ile çalışmamız benzerlik göstermektedir (170, 171). Ancak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verileri ile karşılaştırıldığında kadınların eğitim düzeyi düşüktür (172). Eğitim düzeyinin düşüklüğü, ülkemizde zorunlu 8 yıllık ilköğretim 1997 yılında ve zorunlu ortaöğretim 2012 yılında yasallaştırılmasına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda kadınların ilk gebelik yaş ortalaması $21,48 \pm 3,8$, %89,6'sı normal doğum, %96,4'ü en az bir kez doğum yapmış, %54,1'ine epizyotomi uygulanmış ve %21,7'si 4 kg ve üzeri bebek doğurmuştur (Tablo 4.2). Gallas ve ark. (173) araştırmasında kadınların ilk gebelik yaş ortalaması 26 ± 4 , Townsend ve ark. (6) çalışmasında kadınların %49'unun 24 ve altı, Bilgili ve ark. (174) çalışmasında %95,1'inin 25 ve altıdır. Abha ve ark. (175) çalışmasında kadınların %82,72'si normal doğum, %3,3'ü nullipar ve %85,6'sı 2 ve üzeri doğum yapmış, Ibrahim ve ark. (176) araştırmasında kadınların %63,9'u normal doğum, %19,7'si nullipar ve %80,1'i en az bir doğum yapmış olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark. (137) çalışmasında kadınların %58,7'sine, Kılıç'ın (127) araştırmasında kadınların %43,2'sine epizyotomi uygulanmıştır. Bilgili ve ark. (174) yaptığı çalışmada yenidoğan ağırlığının 4 kg ve üzeri %22,3'ünde ve Yılmaz ve ark. (137) %25,5'inde olduğu belirlenmiştir. Literatür ile kıyaslandığında sadece ilk gebelik yaşının farklı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Gebelik yaşının düşük olması bölgedeki toplumun sosyokültürel ve ekonomik durumun etkisine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınlar ortalama $47,43 \pm 4,50$ yaşında menopoza girmiştir. Kadınların %88,7'sinin doğal menopoza girdiği, %9,8'inin, HRT kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.2). 2013 TNSA verilerine göre kadınların %49,1'i 48-49 yaşında menopoza girmekte (172), Abdullah ve ark. (81) çalışmasında kadınların %95,7'si 50 yaşın altında, Avin Alva ve Chethan araştırmasında (164) %54,2'si 50 yaş ve altında menopoza girmektedir. İlçe ve Ayhan (177) araştırmasında kadınların %81,8'i doğal menopoza girmiştir. Şentürk ve Kara (165) çalışmasında, menopoz dönemindeki kadınların %24,5'nin, Demirel, çalışmasında kadınların %11,9'unun HRT aldığını göstermiştir. Literatürde belirtildiği üzere kadınların menopoza girme yaşları ülkelere göre değişiklik göstermektedir (14, 80, 165, 172, 178).

Araştırmamızdaki kadınların %19'unda kronik öksürük, %12,8'inde histerektomi, %34,3'ünde üriner sistem enfeksiyonu, %31,8'inde konstipasyon olduğu saptanmıştır. Al-Jufairi ve ark. (179) çalışmasında kadınların %4,6'sında kronik astım ve KOAH, Baracho ve ark. çalışmasında %2,6'sında kronik öksürük olduğu belirlenmiştir. Kirss ve ark. (14) çalışmasında %12,3'ü, Abha ve ark. (175) araştırmasında %7,2'si, Islam ve ark. (170) araştırmasında %7,3'ü histerektomi operasyonu geçirdiği, Liu ve ark. (20) çalışmasında kadınların %2,1'i, Kılıç (127) araştırmasında %8,8'i üriner sistem enfeksiyonu olduğu, Gallas ve ark. araştırmasında kadınların %28,4'ü, Zhu ve ark. (180) araştırmasında kadınların %15,0'i, Lu ve ark. (181) çalışmasında %10,9'u konstipasyon olduğu bulunmuştur. Kadınların kronik hastalık özelliklerine göre incelediğimizde; çalışmamız ile yapılan diğer çalışmalar kıyaslandığında farklılık göstermektedir. Bu farklılığın oluşmasında yaş, ırk, genetik, menopoazal dönem, riskli sağlık davranışları, beslenme alışkanlıkları gibi durumlar neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların alışkanlıkları ve yaşam biçimi özellikleri incelendiğinde; %15,3'ü normal, %40,1'i fazla kilolu, %44,6'sı obez olduğu, %14,7'si sigara tükettiği, %46,8'i 1,1-2 L arasında su, %48'i 1-3 bardak çay, %52,9'u 1-2 fincan kahve, %7,6'sı 1-3 bardak gazlı içecek, %2,8'i alkol tükettiği, %56'sı hiç egzersiz yapmadığı ve %44'ü haftada bir ve birden fazla egzersiz yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.4). Kirss ve ark. (14) çalışmasında kadınların %30,1'inin normal, %41,9'unun fazla kilolu ve %22,1'inin obez olduğu belirlenmiştir. Türkiye Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınların %42,1'i normal, %34,3'ü fazla kilolu, %19,6'sı obez olduğu

görülmektedir (182). Madhu ve ark. (183) çalışmasında kadınların %21,2'si sigara tüketmekte, Hirayama ve Lee (184) araştırmasında inkontinansı olan kadınların %9,8'i sigara tükettiği görülmüştür. Hirayama ve Lee kadınların (184) %25,6'sı siyah çay, %78,0'i kahve ve %39,0'u alkol tükettiğini bulmuşlardır. Ge ve ark. (116) çalışmasında kadınların %75,0'i ayda 8'denaz egzersiz yaparken %25,0'i ayda 8 ve üzeri egzersiz yapmakta, Lu ve ark. (181) çalışmasında kadınların %31,0'i haftalık birden daha az egzersiz yaparken %69'u haftalık bir ve üzeri egzersiz yaptığı, Kirss ve ark. (14) araştırmasında kadınların %26,4'ünün egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kadınlar litaretür ile kıyaslandığında obezite oranının yüksek, çay tüketiminin fazla ve alkol tüketiminin az olduğu dikkat çekmektedir. Kadınların menopoza girmesiyle birlikte metobolizmasında yavaşlama olması ve çoğunun egzersiz yapmamasının obeziteye neden olabileceği, siyah çay tüketiminin geleneksel olarak fazla tüketilmesi ve günlük alışkanlık haline gelmesi ve alkol tüketiminin ise az olması ülkemizdeki nüfusun çoğunluğunun islam dinine mensup olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Lu ve ark.'nın (181) 2016 yılında Çin'de yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınların %37,2'si Üİ, Townsend ve ark.'nın (6) 2017'de Güney Korede yaptıkları çalışmada postmenopozal dönemindeki kadınların %14'ü Üİ, Yücel ve ark. (7) çalışmasında menopozdaki kadınların %43,6'sında Üİ olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda postmenopozal kadınlarda Üİ görülme sıklığı %50,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalara göre Üİ global bir sorun olarak karşımıza çıkmakta, bu durumun sıklığı ırklara ve yaşam biçimi özelliklerine göre değişim göstermektedir (14, 165, 185).

Araştırmamızda kadınların %18,9'u bir yıl altı, %46,7'si 1-4 yıl, %34,4'ü 4 yıl üstü Üİ öyküsü, %18,7'sinde gaz kaçırma, %36,1'inde ailede inkontinans öyküsü ve %8,6'sında cinsel ilişki sırasında Üİ, %13,2'si geçmişte inkontinans tedavisi almış ve %20,2'si pet kullanmaktadır (Tablo, 4.5). Kılıç'ın (127) yaptığı çalışmada kadınların %65,6'sının inkontinans süresi bir yıl ve altı, %16,2'sinin 1-4 yıl, %18,2'sinin 4 yıl üstüdür. Ege ve ark. (186) araştırmasında kadınların %7,3'ünde, Illiano ve ark. (187) çalışmasında %48'inde cinsel ilişki sırasında en az bir kez idrar kaçırma görülmüştür. Perera ve ark. (188) çalışmasında kadınların %12,9'u Üİ tedavisi için başvurmuş, Yücel ve ark. (7) araştırmasında kadınların %26,4'ünün inkontinans şikayeti ile

doktora başvurduğu ve %41,4'ünün koruyucu ped kullandığı bulunmuştur. Özellikle batı dünyasında yaşayan kadınların ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşla birlikte pelvik taban fonksiyon bozukluklarının daha sık görülmesi nedeni ile, gelecek 30 yıl içinde bu oranların artacağı kaçınılmaz bir gerçektir.

5.2. POSTMENOPOZAL KADINLARIN ÜRİNER SİSTEM PROFİLLERİ VE YAŞAM KALİTE DÜZEYLERİ İLE BULGLARIN TARTIŞILMASI

AÜSS kadınların sağlık, psikolojik, sosyal, fiziksel, cinsel, sosyal ve ekonomik olarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (79, 189). AÜSS içerisinde kadın hayatını en olumsuz etkileyen semptom Üİ'dir (190). Bu bölümde postmenopozal dönemdeki kadınlarda üriner semptomlar ve Üİ'nin kadın yaşamı üzerine etkisi tartışılacaktır.

Araştırmamızda katılan kadınların ÜSP ve alt ölçektoplam puan ortalamaları; SÜİ $0,71 \pm 1,66$, AAM $3,76 \pm 3,23$, YA $0,47 \pm 1,04$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $4,94 \pm 4,81$, inkontinansı olan kadınların ÜSP ve alt ölçek toplam puan ortalamaları; SÜİ $1,40 \pm 2,12$, AAM $5,94 \pm 2,97$, YA $0,64 \pm 1,16$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $7,98 \pm 4,85$ olarak bulunmuştur. Gök'ün (166) diyabetli kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada kadınların SÜİ $1,74 \pm 2,00$, AAM $7,9 \pm 4,25$, YA $1,77 \pm 2,07$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $11,4 \pm 7,17$, Bilge ve Beji (191) çalışmasında, SÜİ $4,20 \pm 2,88$, AAM $7,54 \pm 5,74$, YA $1,18 \pm 1,75$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $12,92 \pm 9,67$ olarak belirlenmiştir. Çalışmamız, diğer çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Farklılığın nedeni Gök'ün örneklem grubundaki kadınların diyabet gibi üriner semptomlar için risk oluşturan kronik hastalıkları ve diüretik ilaç kullanımının olması şeklinde açıklanabilir. Bilge ve Beji'nin çalışmasında ise örneklem grubunu jinekoloji ve ürojinekoloji polikliniğine başvuran kadınların oluşturması nedeniyle sonuçların farklı olabileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalara göre, AAM çoğunlukla Üİ ile birlikte görülmekte olup, kadınlarda Üİ olması AÜSS'nin görülme oranını ve şiddetini artırmaktadır (192-194). Irer ve ark. (194) çalışmasında inkontinans türleri ile AAM arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Teleman ve ark. (192) araştırmasında 50-59 yaş grubu inkontinansı olan kadınların olmayanlara göre AÜSS görülme oranının fazla olduğunu, Güngör ve ark. (193) araştırmasında inkontinansı olan kadınların Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları (BKAÜSS) alt ölçek ve BKAÜSS toplam puan ortalamasının inkontinansı olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmamız yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.11). İnkontinansı olan kadınların ÜSP ve alt ölçek toplam puan ortalamaları inkontinansı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Üİ öyküsü olan kadınların ÜSP'si, Üİ olmayanlara göre daha kötü düzeyde olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışma kapsamındaki inkontinans öyküsü olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $76,95 \pm 16,93$ 'tür. Literatürde benzer çalışmalarda; Yılmaz ve ark. (137) I-QOL toplam puan ortalaması $57,80 \pm 25,97$, Goksin ve Asiret (195) I-QOL toplam puan ortalaması $59,06 \pm 19,10$, Akgün ve ark. (196) I-QOL toplam puan ortalaması $76,8 \pm 15,5$, Velázquez ve ark. (197) I-QOL toplam puan ortalaması $77,2 \pm 21,7$, Demirel (198), I-QOL toplam puan ortalaması $45,58 \pm 18,48$ olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda I-QOL toplam puan ortalaması, Goksin ve Asiret ve Velázquez ve ark. benzerlik göstermekte olup diğer araştırmalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Farklılığın nedenleri olarak ilgili araştırmalardaki örneklem gruplarında; Üİ şikayeti ile hastaneye başvuran kadınlar, 65 yaş ve üzeri kadınlar, ileri yaş ile birlikte birden fazla inkontinans türü görülen kadınlar ve kronik hastalıkları olan kadınların olması şeklinde açıklanabilir.

Demirci ve ark. (106) huzur evindeki kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, Üİ'si olan kadınların I-QOL ve alt ölçek toplam puan ortalamaları Üİ'si olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Saboia ve ark. (199) ve Tsai ve Liu (200) çalışmalarında kadınların stres, urge, sıkışma tipi inkontinansın yaşam kalitesi üzerinde etkilerini incelemek için yaptıkları araştırmada üç inkontinans türünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Şensoy ve ark. (134) Üİ yaşayan kadınların %95,5'inin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermekte olup postmenopozal kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının Üİ'si olan kadınlarda olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Üİ öyküsü olan kadınların davranışlarında kısıtlanma, sosyol izolasyon ve psikososyal açıdan olumsuz etkilemesi sebebiyle yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda ÜSP toplam puan ortalamaları ile inkontinansı olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınların ÜSP puanı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir (Tablo 4.18).

Gök'ün (166) araştırmasında ÜSP ile yaşam kalitesi arasında ileri düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. ÜSP toplam puanı arttıkça yaşam kalitesi etkilenme durumu artmaktadır. Kupelian ve ark. (201) çalışmasında yaş arttıkça hem erkeklerde hemde kadınlarda AÜSS görülme oranı arttığını ve AÜSS'nin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini bulmuşlardır. Liao ve ark. (202) hemşirelerin AÜSS'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladıkları çalışmada; AÜSS'si olan kadınların olmayanlara göre fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol sınırlaması, bedensel ağrı, genel sağlık ve sosyal işlevsellik düzeyi daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız literatür ile benzer şekilde, AÜSS bulguları arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir. Kadınların yaşamlarında AÜSS'yi etkileyen faktörler farklılık gösterebilir, AÜSS'nin görülmesi psikolojik, fiziksel, cinsel, sosyal ve ekonomik yönden kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

5.3.POSTMENOPAZAL KADINLARIN ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Kadınlarda AÜSS ve Üİ görülme oranı erkeklere göre daha yüksektir (203-205). Cinsiyetle birlikte AÜSS ve Üİ'nin birden fazla risk faktörleri bulunmaktadır. Bu bölümde ÜSP ve I-QOL etkileyen risk faktörleri incelenecektir.

40 yaş üstü klimakterik döneme girmekle birlikte pelvis taban kaslarında ve üretral basıçta azalmaya bağlı olarak kadınlarda AÜSS görülme oranı artmaktadır. Çalışmamızda yaş artıkça kadınlarda ÜSP toplam puan ortalamasının arttığı gözlenmiştir (Tablo 4.6). Literatürde yapılan araştırmalar sonucunda yaşın AÜSS üzerine etkisi olduğu bulunmuş olup; çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (37, 206).

Bilge ve Beji (191) çalışmasında evli kadınlara bekar kadınlara göre, ve çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre üriner semptom profili ve alt ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda ise evli kadınların SÜİ alt ölçek puan ortalaması bekar kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan kadınların AAM alt ölçek puan ortalaması ve ÜSP toplam puan ortalaması çalışmayan ve emekli kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Çalışmamız, Bilge ve Beji'nin çalışması ile benzerlik göstermekte olup kadınların evli olma ve çalışma durumlarının, ÜSP toplam puan ortalamalarını artırdığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda eğitim düzeyi arttıkça AAM ve ÜSP toplam puan ortalaması azaldığı gözlenmiştir (Tablo 4.7). Wang ve ark. (207) araştırmasında eğitim düzeyi arttıkça AAM azaldığını bulmuştur. Ancak Selvaraj ve ark. (208) eğitim düzeyi ile AAM arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamıştır. Çalışmamız ile Wang ve ark. çalışması benzerlik göstermektedir. Yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin sağlık arama davranışlarına sahip olma ve sağlıklı bir yaşam tarzını takip etme olasılıkları daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalar sonucu iki ve üzeri doğum, bir ve üzeri abortus, vajinal doğum öyküsü ve 4 kg üstü doğum yapmış kadınlar AÜSS için önemli risk faktörü oluşturmaktadır (180, 201 206, 209-212). Çalışmamızda bu risk faktörü olan kadınların ÜSP puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Menopoz sonrası dönemde kadınlar östrojen eksikliğine ve yaşlanmaya bağlı olarak genitoüriner sendrom, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve ciltte değişiklikler yaşamakta ve bu durumdan yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (4). Abay ve Kaplan'ın (155) çalışmasında menopoza girme şekli ile cinsel yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Karmakar ve ark., (213) araştırmasında menopoz ile birlikte kadınlarında %93'ünde fiziksel güçte azalma, yorgunluk ve yıpranma hissi gibi fiziksel semptomlar, % 94 anksiyete ve sinirlilik hissi, % 88'inde genel depresyon gibi psikososyal semptomlar gözlenmektedir. Yurdakul ve ark., (214) çalışmasında %55,4'ünün menopozal dönemle ilgili sıkıntı yaşadığı, yaşanan sıkıntılarının %28,9'unun fiziksel, %26,5'inin fiziksel ve psikolojik olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise inkontinans öyküsü olan kadınların menopoza girme şekli, menopoz yaşı ve menopoz yılı ile IQOL toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.14).

Öksürük, intraabdominal basıncı artırarak stres inkontinansın görülmesine sebep olmaktadır. Kadınların yaşının ilerlemesiyle birlikte KOAH, astım gibi kronik akciğer hastalıklarının oranı artmakta ve bu durum kronik öksürüğe yol açmaktadır. Araştırmamızda kronik öksürük ile SÜİ alt ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmazken; AAM, YA ve ÜSP toplam puan ortalamaları ile anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.9). Benzer şekilde Güngör ve ark., (193) çalışmasında akciğer hastalıkları ile üriner semptomlar arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Histerektomi ile üriner semptomlar arasındaki ilişki net olarak açıklanamamaktadır. Selvaraj ve ark. (208) AAM ve histerektomi arasında ilişki bulunmazken, Møller ve ark. (209) histerektominin AÜSS'ye neden olabileceğini bulmuştur. Çalışmamızda histerektomi ile üriner sistem semptomları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Abreu ve ark. (213) yaptıkları araştırmada konstipasyonun AAM için risk faktörü olduğunu belirlemiştir. Carter ve Beer-Gabel (216) alışmasında AÜSS ile konstipasyon arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur. Çalışmamız ilgili litetratür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.9). Konstipasyona bağlı olarak kolorektumunda distansiyon oluşmaktadır. Bu durum spontan mesane distansiyonunu kısıtlamasına sebep olarak aşırı aktif mesaneyi ortaya çıkarmaktadır (217). Kadınların menopozla birlikte; bağırsak fonsiyonlarında değişme, sedanter yaşamın artması ve çoğunun hiç egzersiz yapmaması konstipasyona sebep olmaktadır. Bu doğrultuda AÜSS ortaya çıkması kaçınılmaz bir sonuçtur.

Postmenopozal kadınlarda mukozal atrofi ve östrojen eksikliği sonucu vajen pH'sı artmakta ve mikroflora değişmektedir. Bu durumun üriner sistem enfeksiyonun eğilimini artırdığı tahmin edilmektedir. Üriner sistem enfeksiyonuna neden olan birçok bakteri türünün AÜSS'ye neden olabileceği düşünölmektedir (218). Rodrigues ve ark. (219) araştırmasında tekrarlayıcı üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların %83,6'sında istemsiz detrüsor kasılmasının olduğu belirlenmiştir. Sorrentino ve ark., (220) araştırmasında kadınlarda belirgin bakteriürinin olması noktüri, mesane ağrısı, urge tip inkontinans ve gece enürezisi için risk oluşturduğunu bulmuştur. Literatür ile çalışmamız benzerlik göstermekte olup, üriner sistem enfeksiyonu geçiren kadınların ÜSP alt ölçek ve toplam puan ortalamasının arttığı gözlenmektedir (Tablo 4.9).

Literatürde yapılan çalışmalara göre obezitenin üriner sistem semptomları ve farklı inkontinans tipleri için bağımsız risk faktörü olduğu bulunmuştur (221-225). Çalışmamızda örneklem grubunun çoğunluğu fazla kilolu ve obez kadınlardan oluşmaktadır. Literatürde benzer şekilde BKİ arttıça ÜSP alt ölçek ve toplam puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.10). Kadınlarda kilo artışı ile pelvik taban kaslarında gerileme ve zayıflamanın olması, AÜSS görölmesine sebep olabileceğini düşünörmektedir.

Fiziksel aktivite ile AÜSS arasındaki ilişki net değildir. Chae ve ark. (224) çalışmasında kadınların haftada $\geq 3-4$ kez egzersiz yapması ile AAM arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak Gök'ün (166) araştırmasında hiç egzersiz yapmayan kadınların egzersiz yapanlara göre ÜSP alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamız Gök'ün çalışması ile benzerlik göstermekte olup; haftalık egzersiz sayısı arttıkça ÜSP alt ölçek ve toplam puanı ortalamalarının azaldığı ve anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.10). Araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmasına rağmen düzenli yapılan fiziksel aktivitenin (haftada en az 3 gün ve 30 dakika yürüyüş) pelvik taban kaslarını güçlendirmesi, aynı zamanda kronik hastalıklara ve obeziteye karşı koruyucu olması nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak kadınlara kazandırılması önem taşımaktadır.

Güngör ve ark. (193) yaptıkları çalışmada annesinde inkontinans öyküsü olan kadınlar ile üriner semptomlar arasında ilişki bulunmazken, kız kardeş ve birinci derece yakınlarında inkontinansın olması ile üriner semptomların görülmesi arasında ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ise ailesinde inkontinans öyküsü ile ÜSP alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Bu durum ailede pelvik tabanın innervasyonun ve kas dokusuna ait genetik bozuklukların kadınlarda AÜSS görülmesi için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Akgün ve ark. (196) inkontinans süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığını belirlemiştir. Demir'in (226) yaptığı çalışmada, üriner inkontinans süresi ile IIQ-7 (İnkontinans Etki Soru Formu) emosyonel sağlık alt boyutu dışında IIQ-7 ve UDI-6 (Ürogenital Distres Envanteri) ölçeklerinin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunurken; inkontinans süresi arttıkça ortalama puan düştüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda inkontinans süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.16). Akgün ve ark., çalışması ile çalışmamız benzerlik göstermektedir. Kadınlarda üriner inkontinansın varlığı, inkontinansın süresinden bağımsız olarak yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür.

Postmenopozal dönem kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı olarak vajinada, mesane boyunda ve üretrasında atrofiler görülür. Bu atrofi durumu disporani ve cinsel ilişki sırasında Üİ'ye neden olacağı tahmin edilmektedir. Pons ve Clota (227) ve Grzybowska ve Wydra (228) çalışmalarında, kadınlarda cinsel ilişki sırasında görülen inkontinans, idrar kaçırma korkusu veya utanma hissi oluşturarak kadınların cinsel aktivitelerini kısıtlanmasına ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki yaratmasına sebep olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda cinsel ilişki sırasında inkontinans olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması inkontinansı olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17). Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadınlarda cinsel ilişki sırasında görülen inkontinans, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür.

Çalışmamızda inkontinans tedavi öyküsü olan kadınların olmayanlara göre I-QOL toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Göksin ve Aşiret (196) çalışmasında inkontinans sebebiyle hastaneye başvuran kadınların başvurmayanlara göre I-QOL toplam puan ortalaması daha düşük olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Demirel (199), kadınların doktora başvurması ile I-QOL toplam puan ortalamasının daha düşük olduğunu belirlemiştir. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Kadınlar, Üİ'nin sorun olarak algılanmamasına bağlı doktora başvurmamaktadır. Ancak Üİ ilerlemesi ile birlikte fiziksel, sosyal, ekonomik, mental güçsüzlük gibi yaşamlarını olumsuz etkileyen durumları baş edememeleri sonucu tıbbi yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu doğrultuda tıbbi yardım arama davranışına giren kadınların yaşam kalitelerinin düşük olması beklenen sonuçtur.

Yılmaz ve ark. (137) araştırmasında ped kullanan kadınların kullanmayanlara göre I-QOL toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Güdücü (229) araştırmasında ped kullanma sayısı arttıkça cinsel disfonksiyon, anksiyete, depresyon görülme olasılığının arttığını belirlemiştir. Araştırmamızda ped kullanan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması ped kullanmayanlara göre daha düşük olduğu bulunurken, ped sayısı ile I-QOL toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.17). Günlük yaşamında ped kullanma kadınlara strese ve anksiyeteye sokmaktadır. Ayrıca ped kullanma irritasyona ve enfeksiyona sebep olabilmektedir. Bu durumların görülmesiyle yaşam kalitesinin düşmesi kaçınilmaz bir sonuçtur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Sonuçlar

- Kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması $57,89 \pm 5,05$, %36,1'inin 50-55 yaş aralığında %78,3'ünün evli, %62,1'inin ilkokul mezunu, %68,8'inin çalışmadığı, %78,3'ünün gelir durumunun gider durumuna eşit, %12,2'sinin sosyal güvencesi bulunmadığı,
- Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; ilk gebelik yaş ortalaması $21,48 \pm 3,87$, %62,3'ünün ilk gebelik yaşı 19-24 yaş aralığında, %60,8'sinin 1-2 kez gebelik geçirdiği, %72,4'ünün hiç düşük yapmadığı, %89,5'inin normal doğum, %3,1'inin Vakum/Forseps yardımıyla doğum, %11,4'ünün sezaryen doğum yaptığı, %54,1'inin epizyotomisi, %37,3'ünün normal doğum sürecinde vajende fissür öyküsü bulunduğu, %21,7'sinin dört kg ve üzerinde bebek doğurduğu,
- Kadınların jinekolojik özellikleri incelendiğinde; kadınların menopoza girme yaş ortalaması $47,43 \pm 4,50$, %52'sinin 46-50 yaş aralığında menopoza girdiği, menopoz yılı ortalaması $10,14 \pm 6,69$, %88,7'sinin doğal menopoza girdiği, %90,2'sinin HRT kullanmadığı,
- Kadınların kronik hastalıklarına göre incelendiğinde; %19'unun kronik öksürük, %12,8'inin histerektomi, %34,3'ünün üriner sistem enfeksiyonu, %31,8'inin konstipasyon, %24,2'sinin hemoroid olduğu,
- Kadınların alışkanlıklar ve yaşam biçimi özellikleri incelendiğinde; %44,6'sının obez olduğu, %16,8'inin fertil döneminde 10 kg'dan fazla kilo aldıkları, %73,7'sinin sigara kullanmadığı, %11,6'sının sigarayı bıraktığı, %59'unun 0-2 L arasında su, %48'inin 1-3 bardak çay, %52,9'unun 1-2 fincan kahve, %7,6'sının 1-3 bardak gazlı içecek, %2,8'inin alkollü içecek tükettiği, %56,6'sının hiç egzersiz yapmadığı, %12,5'inin ise haftada dört kezden fazla egzersiz yaptığı,
- Kadınların inkontinans öyküsüne göre incelendiğinde; %50,5'inin Üİ, Üİ olan kadınların %20,0'sinin 1 yıldan az, %44,8'inin 1-4 yıl arası, %17,6'sının 5-7 yıl arası ve %17,6'sının 7 yıldan fazla idrar kaçırma öyküsü olduğu,

%18,7'sinin gaz kaçırma, %2,1'inin fekal inkontinans, %36,1'inin ailede inkontinans öyküsü ve %8,6'sının cinsel ilişki sırasında Üİ olduğu, %13,2'sinin geçmişte inkontinans tedavisi aldığı, %20,2'sinin pet kullanmakta. ped kullanan kadınların %57,6'sının günde 1 kez, %42,4'ünün günde 2 ve üzeri pet kullandığı belirlenmiştir.

6.2. Postmenopozal Kadınların ÜSP ve Yaşam Kalite Düzeyleri İle İlgili Sonuçlar

- Tüm postmenopozal kadınların ÜSP'ye göre SÜİ puan ortalaması $0,71 \pm 1,66$, AAM ortalaması $3,76 \pm 3,23$, YA puan ortalaması $0,47 \pm 1,04$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $4,94 \pm 4,81$ olduğu,
- İnkontinans öyküsü olan postmenopozal kadınların SÜİ puan ortalaması $1,40 \pm 2,12$, AAM ortalaması $5,94 \pm 2,97$, YA puan ortalaması $0,64 \pm 1,16$ ve ÜSP toplam puan ortalaması $7,98 \pm 4,85$ olduğu,
- Çalışmamızdaki postmenopozal kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $\bar{x}=87,09 \pm 16,04$; $p=0,000$, inkontinans öyküsü olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $\bar{x}=76,95 \pm 16,93$ $p=0,000$ olduğu ve inkontinans öyküsü olan kadınların tüm olmayan kadınlara göre I-QOL ve alt ölçekleri toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu,
- ÜSP toplamı puan ortalaması ile inkontinans öyküsü olan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması arasında negatif yönde ileri düzeyde ($r=-0,609$; $p=0,000$) ve ÜSP toplam puan ortalaması ile inkontinans öyküsü olmayan kadınların I-QOL toplam puan ortalaması arasında orta düzeyde ($r=-0,520$; $p=0,000$) negatif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır.

6.3. Postmenopozal Kadınların ÜSP ve Yaşam Kalitesi Düzeylerini Etkileyen Faktörler İle İlgili Sonuçlar

- 50-55 yaş grubu, yükseköğretim mezunu ve çalışan kadınların, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu, evli kadınların bekar kadınlara göre SÜİ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun düşük olması ve evli olmak ÜSP için risk oluşturmaktadır.

- İlk gebelik yaşı 14-18 yaş grubu olan ve 4 kg üzerinde bebek doğuran kadınların AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalaması, doğum sayısı 3 ve üzeri olan kadınların ÜSP toplam puan ortalamaları, normal doğum yapan kadınların SÜİ toplam puan ortalaması ve doğumda vajende fissür oluşan kadınların SÜİ, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda gebelik yaşının 18'in altında olması, 3 ve üzeri doğum yapma ve doğumda vajende fissür oluşması ÜSP için risk faktörü oluşturmaktadır.
- Menopoz süresi 1-5 yıl olan kadınların AAM alt ölçek toplam puan ortalaması, menopoz süresi 16 yıl ve üzeri olan kadınların ise ÜSP toplam puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur. Menopoz süresi ÜSP için risk oluşturmaktadır.
- Üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların ÜSP puan ortalamaları, kronik öksürüğü olan kadınların, AAM, YA alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları, konstipasyonu olan kadınların AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalaması ve hemoroid olan kadınların SÜİ, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üriner sistem enfeksiyonu, kronik öksürük, konstipasyon ve hemoroid gibi hastalıklar ÜSP için risk oluşturmaktadır.
- Üriner sistem enfeksiyonu ve inkontinans öyküsü olan kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Üriner sistem enfeksiyonu yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.
- Obez olan ve fertil dönemde >10 kg alan kadınların SÜİ ve AAM alt ölçekleri ve ÜSP toplam puan ortalamaları, 2 lt üstü su içen kadınların AAM toplam puan ortalaması ve egzersiz yapmayan kadınların ÜSP toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Obez olma, fertil dönemde >10 kg alma ve egzersiz yapmama kadınlarda ÜSP için risk oluşturmaktadır.

- Gaz kaırma, cinsel ilişkide inkontinans varlığı ve inkontinans tedavisi alan kadınların SÜİ, AAM alt ölçek ve ÜSP toplam puan ortalamaları, ailesinde inkontinans öyküsü ve günlük ped kullanan kadınların ÜSP toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gaz kaırma, cinsel ilişkide inkontinans varlığı, inkontinans tedavisi alma, ailede inkontinans öyküsü ve günlük ped kullanma ciddi olarak risk oluşturmaktadır.
- Ailesinde inkontinans öyküsü, cinsel ilişkide inkontinans varlığı, inkontinans tedavisi alma ve günlük ped kullanan inkontinans öyküsü olan kadınların I-QOL toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun sonucunda cinsel ilişkide inkontinans varlığı, inkontinans tedavisi alma ve günlük ped kullanma yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

6.4. Öneriler

- Üriner inkontinansı önleme/kontinansın geliştirilmesinde toplumda duyarlılığın sağlanması gerekmektedir. Toplum bilinçlendirmede amaç, inkontinansın tabu olmaktan çıkmasını sağlamak ve sağlık arama davranışlarını geliştirmek olmalıdır. Topluma mesajların en iyi yolla ulaştırılabilmesi, farklı kültürlere göre uygun sözcük ve uygun mesajların saptanabilmesi için araştırmalar yapılmalıdır.
- 40 yaş üstü klimakterium dönemine giren kadınlar, yaşamının birçok alanında yakınma ve sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır. Hemşireler, kadınlarda farkındalık oluşturmak için menopoz öncesi ve sonrası oluşacak semptomlara yönelik eğitimler vermelidir. Bunlara ek olarak, sağlıklı mesane alışkanlığı konusunda ve sorun yaşadığında ne zaman/nasıl yardım araması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
- Postmenopozal dönemde genitoüriner sendromların sonucu AÜSS ve Üİ oranı artmaktadır. Üİ görülmesini önlemek amacıyla klimakterium dönemde ve öncesinde kadınlara kegel egzersizlerinin ve aşırı aktif mesane semptomları olan kadınlara ise mesane egzersizlerinin öğretilmesine yönelik eğitim programları hazırlanmalıdır.
- Ülkemizde sağlık hizmeti kuruluşları, eğitim veren kuruluşlar, sosyal medya, sivil topluluklar ve kamu spotu aracılığı ile toplumun üriner inkontinansa ilişkin farkındalığı artırılmalı ve toplum bilinçlendirilmelidir.
- Ulusal Kontinans Organizasyonlarının kurulması da toplumun üriner inkontinans konusundaki eğitiminde önemli rol oynayacaktır.
- Postmenopozal kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinans ile ilgili daha büyük örneklemler, çok merkezli, uzun dönemli izlemleri kapsayan araştırmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Nelson, H. D., Taylor, B., & Weatherall, I. (2008). Menopause. *Lancet*, 371, 760-770.
2. Legendre, G., Ringa, V., Fauconnier, A., & Fritel, X. (2013). Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. *Maturitas*, 74(1), 26-30.
3. Pakgohar, M., Sabetghadam, S., Rahimparvar, S. F. V., & Kazemnejad, A. (2014). Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 403-407.
4. Taşkın, L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
5. Oskay, U. Y., Beji, N. K., & Yalcin, O. (2005). A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84(1), 72-78.
6. Townsend, M. K., Lajous, M., Medina-Campos, R. H., Catzin-Kuhlmann, A., López-Ridaura, R., & Rice, M. S. (2017). Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 769-776.
7. Yücel, U., Hadımlı, A., Koçak, Y. Ç., Ekşioğlu, A. B., Dilek, S. A. R. I., & Saydam, B. K. (2018). Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3): 414-423.
8. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... & Wein, A. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
9. Kwon, B. E., Kim, G. Y., Son, Y. J., Roh, Y. S., & You, M. A. (2010). Quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *International Neurourology Journal*, 14(3), 133-138

10. Mallah, F., Tasbihi, P., Navali, N., & Azadi, A. (2014). Urinary incontinence during pregnancy and postpartum incidence, severity and risk factors in Alzahra and Taleqani hospitals in Tabriz, Iran, 2011-2012. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 2(3), 178-185.
11. Venegas, M., Carrasco, B., & Casas-Cordero, R. (2018). Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 37(3), 1120-1127.
12. Betschart, C., Mol, S. E., Lütolf-Keller, B., Fink, D., Perucchini, D., & Scheiner, D. (2013). Pelvic floor muscle training for urinary incontinence: a comparison of outcomes in premenopausal versus postmenopausal women. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 19(4), 219-224.
13. Griebing, T. L. (2009). Urinary incontinence in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 25(3), 445-457.
14. Kirss, F., Lang, K., Toompere, K., & Veerus, P. (2013). Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Estonian postmenopausal women. *Springerplus*, 2(1), 524.
15. Varlı, M., Doğan Aras, S., & Atlı, T. (2009). Yaşlıda üriner inkontinans ve tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1(1), 45-58.
16. Wood, L. N., & Anger, J. T. (2014). Urinary incontinence in women. *Bmj*, 349(15), 4531-4542.
17. Yaycı, M. (2010). Dile Getirilmeyen, Sorgulanması Gereken Bir Problem “Üriner İnkontinans”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(1), 1-7.
18. Onur, R., Deveci, S. E., Rahman, S., Sevindik, F., & Acik, Y. (2009). Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. *International journal of urology*, 16(6), 566-569.
19. Al-Sayegh, N. A., Al-Batool, L., Al-Qallaf, A., Al-Fadhli, H., Al-Sharrah, S. (2014). Urinary Incontinence in Kuwait: Prevalence and Risk Factors of Men and Women. *International Journal of Health Sciences*, 2(4), 47-57.

20. Liu, B., Wang, L., Huang, S. S., Wu, Q., & Wu, D. L. (2014). Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *International journal of clinical and experimental medicine*, 7(3), 686-696.
21. Öz, Ö., & Altay, B. (2017). Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 34-37
22. Bilge, Ç., & Beji, N. K. (2015). Kadınlarda üriner semptomları değerlendirmek için kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Dergisi*, 5, 1-2.
23. Yip, S. K., & Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 21(2), 321-329.
24. Qaseem, A., Forciea, M. A., Starkey, M., Denberg, T. D., & Shekelle, P. (2014). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 161(6), 429-440.
25. Akın, Y., Gülmez, H., Sonbahar, A. E., İpekçi, T., Yılmaz, M. O., & Ateş, E. (2015). Obesity and Stress Urinary Incontinence in Women. *Ankara Medical Journal*, 15(4), 226-230
26. Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 327-338.
27. Demir, S., & Beji, N. K. (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 23-31.
28. Coşkun, A. M. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları El Kitabı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
29. Erbaş, N. D. (2017). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarının ve Menopozal Tutumlarının Cinsel Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 4, 220-225.

30. Tortumluoğlu, G., Erci, B. (2003). Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları Ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 77-90.
31. Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.
32. Lee, M. S., Kim, J. I., Ha, J. Y., Boddy, K., & Ernst, E. (2009). Yoga for menopausal symptoms: a systematic review. *Menopause*, 16(3), 602-608.
33. Bae, J., Park, S., & Kwon, J. W. (2018). Factors associated with menstrual cycle irregularity and menopause. *BMC women's health*, 18(1), 1-11.
34. Castillo-Martínez, L., López-Alvarenga, J. C., Villa, A. R., & González-Barranco, J. (2003). Menstrual cycle length disorders in 18-to 40-y-old obese women. *Nutrition*, 19(4), 317-320.
35. Lee, S. S., Kim, D. H., Nam, G. E., Nam, H. Y., Kim, Y. E., Lee, S. H., ... & Park, Y. G. (2016). Association between metabolic syndrome and menstrual irregularity in middle-aged Korean women. *Korean journal of family medicine*, 37(1), 31-36.
36. Arhan, M. (1998). Obstetrik ve Jinekoloji Ders notları. Nobel Kitap evleri. Çapa, İstanbul.
37. Milsom, I. (2006). Menopause-related symptoms and their treatment. *The menopause*, 12(46), 9-16.
38. Erel, C. T. (2004). Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir. *Türk Jinekoloji Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 53-57.
39. Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 521-534.
40. Dalal, P. K., & Agarwal, M. (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian journal of psychiatry*, 57(2), 222-232

41. Van Dijk, G. M., Kavousi, M., Troup, J., & Franco, O. H. (2015). Health issues for menopausal women: the top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*, 80(1), 24-30.
42. Zang, H., He, L., Chen, Y., Ge, J., & Yao, Y. (2016). The association of depression status with menopause symptoms among rural midlife women in China. *African health sciences*, 16(1), 97-104.
43. Henn, E. W. (2010). Menopause and its effect on the female lower urinary tract: CPD article. *South African Family Practice*, 52(5), 405-409.
44. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva: World Health Organization, 1996.
45. Goodman, N., Cobin, R., Ginzburg, S., Katz, I., & Woode, D. (2011). American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of menopause. *Endocrine practice*, 17(Supplement 6), 1-25.
46. Rahman, S., Salehin, F., & Iqbal, A. (2011). Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushtia, Bangladesh. *BMC research notes*, 4(188), 1-4.
47. O'Neill, S., & Eden, J. (2012). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 22(3), 63-69.
48. Koçak, D. Y., Kaya, İ. G., & Aslan, E. Klimakterik Dönemindeki Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. *JAREN*, 3(2),66-72
49. Bacon, J. L. (2017). The menopausal transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(2), 285-296.
50. Rebar, R. W., Nachtigall, L. E., Avis, N. E., Kronenberg, F., Santoro, N. F., Sowers, M. F., & Archer, D. F. (2000). Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of the North American Menopause Society. *Menopause-the journal of the north american menopause society*, 7(1), 5-13.

51. Sivaslıoğlu, A. A. (2005). Kadın hastalıkları ve Doğum Bilgisi El Kitabı, Tusem Tıbbi Yayıncılık. Ankara.
52. Wagner, D., (2016). Perimenopause- The Untold Story. *Obstet Gynecol Int J*, 5(1), 1-2
53. Makara-Studzińska, M. T., Kryś-Noszczyk, K. M., & Jakiel, G. (2014). Epidemiology of the symptoms of menopause—an intercontinental review. *Przegląd menopauzalny= Menopause review*, 13(3), 203-211.
54. Aba, Y. A., Ataman, H., & Şık, B. A. (2016). Vulvovajinal atrofi ifadesinde yeni terminoloji:“Menopozda genitoüriner sendrom”. *Androloji Bülteni*, 18(67), 289-293.
55. Hattaa, N. N. K. N. M., Lokmana, M., Na, M. S., Dauda, A., Ibrahim, M., Sharifudinc, M. A., & Deramanc, S. (2017). Fracture risk prediction in postmenopausal women with osteopenia and osteoporosis: preliminary findings. *Enferm Clin*, 27(1), 232-235.
56. Bijelic, R., Milicevic, S., & Balaban, J. (2017). Risk factors for osteoporosis in postmenopausal women. *Medical Archives*, 71(1), 25-28
57. Carr, M. C. (2003). The emergence of the metabolic syndrome with menopause. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(6), 2404-2411.
58. Stevenson, J. C. (2011). A woman's journey through the reproductive, transitional and postmenopausal periods of life: impact on cardiovascular and musculo-skeletal risk and the role of estrogen replacement. *Maturitas*, 70(2), 197-205.
59. Dosi, R., Bhatt, N., Shah, P., & Patell, R. (2014). Cardiovascular disease and menopause. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(2), 62-64.
60. Bayraktar, B., Çakıroğlu, F. P. (2007). Menopoz Döneminde Kadın, Ankara Üniversitesi Basımevi, Beşevler, Ankara.
61. Yamanışlı, T. (2004). Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) in Middle-Aged and Elderly Men. *JMAJ*, 47(12), 543-518

62. Wennberg, A. L. (2009). Lower Urinary Tract Symptoms in Women – Aspects on Epidemiology and Treatment. Department of Urology Institute of Clinical Sciences The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden
63. Gammack, J. K. (2010). Lower urinary tract symptoms. *Clinics in geriatric medicine*, 26(2), 249-260.
64. Bilge, Ç., & Beji, N. K. (2016). Üriner Semptom Profili'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 154-160.
65. Love, B. (2016). Physical Therapy Management of Lower Urinary Tract Symptoms. *The Journal for Nurse Practitioners*, 5(12), 356-357.
66. Huang, W. C., Yang, J. M., & Yang, S. H. (2004). Applications of ultrasonography in female lower urinary tract symptoms: diagnosis and intervention. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 43(3), 125-135.
67. Maserejian, N. N., Kupelian, V., McVary, K. T., Doshi, M., Link, C. L., & McKinlay, J. B. (2011). Prevalence of post-micturition symptoms in association with lower urinary tract symptoms and health-related quality of life in men and women. *BJU international*, 108(9), 1452-1458.
68. Bradley, C. S., Erickson, B. A., Messersmith, E. E., Pelletier-Cameron, A., Lai, H. H., Kreder, K. J., ... & Kirkali, Z. (2017). Evidence of the Impact of Diet, Fluid Intake, Caffeine, Alcohol and Tobacco on Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review. *The Journal of urology*, 198(5), 1010-1020.
69. Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Agatep, B., Milsom, I., & Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU international*, 108(7), 1132-1138.
70. Wan, X., Wu, C., Xu, D., Huang, L., & Wang, K. (2017). Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 65, 1-7.

71. Zhang, L., Zhu, L., Xu, T., Lang, J., Li, Z., Gong, J., ... & Liu, X. (2015). A population-based survey of the prevalence, potential risk factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women. *European urology*, 68(1), 97-112.
72. Sistem, M. S. K. A. Ü., & Cinsel, S. (2015). Assessment of Lower Urinary Tract Symptoms and Sexual Function in Women with Metabolic Syndrome. *Journal of Urological Surgery*, 1, 13-16.
73. Khan, S. J., & Khastgir, J. (2016). Assessment of lower urinary tract symptoms. *Surgery-Oxford International Edition*, 34(7), 333-341.
74. White, N., & Iglesia, C. B. (2016). Overactive bladder. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 43(1), 59-68.
75. Geoffrion, R. (2018). No. 283-Treatments for Overactive Bladder: Focus on Pharmacotherapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(1), e22-e32.
76. Bilgiç, D., Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2016). Üriner inkontinansı önlemede doğum ve postpartum döneme yönelik kanıt temelli yaklaşımlar. *TAF Prev Med Bull*, 15(1).1-8
77. Winkelman, W. D., Warsi, A., Huang, A. J., Schembri, M., Rogers, R. G., Richter, H. E., ... & Gregory, T. (2018). Sleep Quality and Daytime Sleepiness Among Women With Urgency Predominant Urinary Incontinence. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 24(2), 76-81.
78. Searcy, J. A. (2017). Geriatric Urinary Incontinence. *Nursing Clinics*, 52(3), 447-455.
79. Beji, N. K., Özbas, A., Aslan, E., Bilgiç, D. ve Erkan, H.A. (2010). Overview Of The Social İmpact Of Urinary İncontinence With A Focus On Turkish women. *Urologic Nursing*. 30(6), 327–334.
80. Bojar, I., Lyubinets, O., Novotny, J., Stanchak, Y., Tiszczenko, E., Owoc, A., & Raczkiwicz, D. (2016). Intensification of menopausal symptoms among female inhabitants of East European countries. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 23(3), 517-524.

- 81.** Abdullah, B., Moize, B., Ismail, B. A., Zamri, M., & Mohd, N. N. (2017). Prevalence of menopausal symptoms, its effect to quality of life among Malaysian women and their treatment seeking behaviour. *The Medical Journal of Malaysia*, 72(2), 94-99.
- 82.** Filiz, T. M., Uludag, C., Çınar, N., Gorpelioglu, S. ve Topsever P. (2006). Risk Factors for Urinary Incontinence in Turkish Women. A Cross-Sectional Study. *Saudi Medical Journal*. 27(11), 1688–1692.
- 83.** Demirci, N., Aba, Y. A., Süzer, F., Karadağ, F., & Ataman, H. (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner nkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19); 23-37
- 84.** Kocaöz, S., Talas, M. S., & Atabekoglu, C. S. (2012). Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(4), 431-439.
- 85.** Şirin, A., & Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı, Bedray Yayıncılık. İstanbul.
- 86.** Turkay, Ü., Sayharman, S. E., Karayel, S., Köse, G., Aka, N., Tüfekçi, C., ... & Kale, A. (2013). Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Needleless Prosedürünün Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2(1), 25-31.
- 87.** Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (2010). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Nobel Kitabevi.
- 88.** Capobianco, G., Madonia, M., Morelli, S., Dessole, F., De Vita, D., Cherchi, P. L., & Dessole, S. (2018). Management of female stress urinary incontinence: A care pathway and update. *Maturitas*, 109, 32-38.
- 89.** de Vries, A. M., & Heesakkers, J. P. (2018). Contemporary diagnostics and treatment options for female stress urinary incontinence. *Asian journal of urology*, 5(3), 141-148.
- 90.** Çetinel B. (2005) İdrar kaçırma (üriner inkontinans): tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2), 246-252
- 91.** Hendrix, S. L. (2002). Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. *Disease-a-Month*, 48(10), 622-636.

92. Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*, 87(8), 543-550
93. Zhu, L., Lang, J., Liu, C., Xu, T., Liu, X., Li, L., & Wong, F. (2010). Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China. *International urogynecology journal*, 21(5), 589-593.
94. Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F., & Milsom, I. (2013). A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(12), 1548-1555.
95. Hersh, L., & Salzman, B. (2013). Clinical management of urinary incontinence in women. *American family physician*, 87(9), 634-640
96. Knarr, J., Schnatz, P. F., Whitehurst, S. K., & Long, J. (2010). Urinary incontinence in menopausal women. *JCOM*, 17(11), 519-527.
97. Balcı, C., Akçetin Z. (2009). Üriner İnkontinansın Tanımı ve Sınıflaması *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*, 2(1), 13-16.
98. Kow, J. K., Carr, M., & Whytock, S. (2013). Diagnosis and management of urinary incontinence in residential care. *British Columbia Medical Journal*, 55(2).
99. Kın, S. (2015). Yaşlılarda Üriner İnkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni* 2, 49-54.
100. Zilinskas, G. B. (2018). Female Urinary Incontinence. *Physician Assistant Clinics*, 3(1), 69-82.
101. Cook, K., & Sobeski, L. M. (2013). Urinary incontinence in the older adult. *Pharmacotherapy Self-Assessment Program: Special Populations*, 3-19.
102. Onur, R., Bayrak, Ö. (2015). Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. Türk üroloji akademisi yayını. Şişli. İstanbul.
103. Seçkin, B., Ergen, A., İnci, K., Aydur, E. (2008) Pelvik Taban Disfonksiyonu, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık, Ankara.

- 104.** Othman, J. A. M., Åkervall, S., Milsom, I., & Gyhagen, M. (2017). Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(2), 149-e1.
- 105.** Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A., Steinwachs, K. C., & Rübber, H. (2010). Urinary incontinence in the elderly: part 3 of a series of articles on incontinence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(30), 531-536
- 106.** Demirci, N., Başar, F. K., Süzer, F., Aba, Y. A., & Ataman, H. (2011). Huzurevindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 6(18): 85-100.
- 107.** Öztürk, G. Z., Toprak, D., & Basa, E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 46(4), 170-176.
- 108.** Neki, N. S. (2016). Urinary incontinence in elderly. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*, 5(1);5-13.
- 109.** Gücük S, Gücük A .(2017). Approach to Urinary Incontinence in the Elderly in Primary Care: a Mini Review. *MOJ Gerontol Ger*, 1(6), 160–162.
- 110.** Kızılkaya, B., (2002). Üriner İnkontinansa Yönelik Hemşirelik Tanıları Ve Girişimleri, Emek Matbaacılık, İstanbul.
- 111.** Rai, J., & Parkinson, R. (2014). Urinary incontinence in adults. *Surgery-Oxford International Edition*, 32(6), 286-291.
- 112.** Wesnes, S. L., & Lose, G. (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal*, 24(6), 889-899.
- 113.** Abdullah, B., Ayub, S. H., Zahid, A. M., Noorneza, A. R., Isa, M. R., & Ng, P. Y. (2016). Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 198, 110-115.
- 114.** Martin-Martin, S., Pascual-Fernandez, A., Alvarez-Colomo, C., Calvo-Gonzalez, R., Muñoz-Moreno, M., Cortiñas-Gonzalez, J. R., & Sangsawang, B. J.

R. (2014). Urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Associated risk factors and influence of pelvic floor exercises. *Arch Esp Urol*, 67(4), 323-330.

115. Altaweel, W., & Alharbi, M. (2012). Urinary incontinence: prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurourology and urodynamics*, 31(5), 642-645.

116. Ge, J., Yang, P., Zhang, Y., Li, X., Wang, Q., & Lu, Y. (2015). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Chinese women: a population-based study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1118-NP1131.

117. Subak, L. L., Richter, H. E., & Hunskar, S. (2009). Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *The Journal of urology*, 182(6), S2-S7.

118. Agur, W., & Rizk, D. E. (2011). Obesity and urinary incontinence in women: is the black box becoming grayer. *Int Urogynecol J*, 22(3) 257–258.

119. Khong, S. Y., & Jackson, S. (2008). Obesity and urinary incontinence. *Menopause international*, 14(2), 53-56.

120. Parazzini, F., Colli, E., Origgi, G., (2000). Risk Factors For Urinary Incontinence In Women. *Eur Urol*, 37(6), 637-643.

121. Topuz, Ş. (2015). Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 60-64.

122. Thom, D. H., van den Eeden, S. K., Ragins, A. I., Wassel-Fyr, C., Vittinghof, E., Subak, L. L., Brown, J. S. (2006). Differences in Prevalence of Urinary Incontinence by Race/Ethnicity. *J Urol*. 175(1), 259-64.

123. Hannestad, Y. S., Lie, R. T., Rortveit, G., & Hunskar, S. (2004). Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *Bmj*, 329(7471), 889-891.

124. Kılıçlı, A. (2016). Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Danışman, Şanlıurfa.

- 125.** Sangsawang, B. (2014). Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 178, 27-34.
- 126.** Tähtinen, R. M., Auvinen, A., Cartwright, R., Johnson, T. M., Tammela, T. L., & Tikkinen, K. A. (2011). Smoking and bladder symptoms in women. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 643-648.
- 127.** Kılıç, M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *Springerplus*, 5(1), 1331.
- 128.** Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2013). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International urogynecology journal*, 24(2), 295-302.
- 129.** Robinson, D., Hanna-Mitchell, A., Rantell, A., Thiagamoorthy, G., & Cardozo, L. (2017). Are we justified in suggesting change to caffeine, alcohol, and carbonated drink intake in lower urinary tract disease? Report from the ICI-RS 2015. *Neurourology and urodynamics*, 36(4), 876-881.
- 130.** Christofi, N., & Hextall, A. (2007). An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause international*, 13(4), 154-158.
- 131.** Maserejian, N. N., Kupelian, V., Miyasato, G., McVary, K. T., & McKinlay, J. B. (2012). Are physical activity, smoking and alcohol consumption associated with lower urinary tract symptoms in men or women? Results from a population based observational study. *The Journal of urology*, 188(2), 490-495.
- 132.** Sun, S., Liu, D., & Jiao, Z. (2016). Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: a meta-analysis of observational studies. *BMC urology*, 16(1), 61-67
- 133.** Kudish, B. I., Shveiky, D., Gutman, R. E., Jacoby, V., Sokol, A. I., Rodabough, R., ... & Iglesia, C. B. (2014). Hysterectomy and urinary incontinence in postmenopausal women. *International urogynecology journal*, 25(11), 1523-1531.

- 134.** Şensoy, N., Doğan, N., Özek, B., & Karaaslan, L. (2013). Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan journal of medical sciences*, 29(3), 818-822
- 135.** Heydari, F., Motaghd, Z., & Abbaszadeh, S. (2017). Relationship between hysterectomy and severity of female stress urinary incontinence. *Electronic physician*, 9(6), 4678–4682
- 136.** Marshall, K., Totterdal, D., McConnell, V., Walsh, D. M., & Whelan, M. (1996). Urinary incontinence and constipation during pregnancy and after childbirth. *Physiotherapy*, 82(2), 98-103.
- 137.** Yılmaz, E., Muslu, A., & Özcan, E. (2014). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-14.
- 138.** Baracho, S. M., Da Silva, L. B., Baracho, E., da Silva Filho, A. L., Sampaio, R. F., & De Figueiredo, E. M. (2012). Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery. *International urogynecology journal*, 23(7), 899-906.
- 139.** Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary Incontinence in Women: A Review. *Jama*, 318(16), 1592-1604.
- 140.** Trutnovsky, G., Rojas, R. G., Mann, K. P., & Dietz, H. P. (2014). Urinary incontinence: the role of menopause. *Menopause*, 21(4), 399-402.
- 141.** Sakondhavat, C., Choosuwat, C., Kaewrudee, S., Soontrapa, S., & Louanka, K. (2007). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Khon Kaen menopausal women. *Journal-medical association of thailand*, 90(12), 2553-2558
- 142.** Shah, J., Leach, G. (2001). Üriner Kontinans. Ed: Dursun NA. San Ofset, İstanbul.
- 143.** Prud'homme, G., Alexander, L., & Orme, S. (2018). Management of urinary incontinence in frail elderly women. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 28(2), 39-45.
- 144.** Quinn, S. D., & Domoney, C. (2009). The effects of hormones on urinary incontinence in postmenopausal women. *Climacteric*, 12(2), 106-113.

145. Aydin, Y., Hassa, H., Oge, T., Yalcin, O. T., & Mutlu, F. S. (2014). Frequency and determinants of urogenital symptoms in postmenopausal Islamic women. *Menopause*, 21(2), 182-187.
146. Hillard, T. (2010). The postmenopausal bladder. *Menopause international*, 16(2), 74-80.
147. Northington, G. M., de Vries, H. F., & Bogner, H. R. (2012). Self-reported estrogen use and newly-incident urinary incontinence among postmenopausal community-dwelling women. *Menopause (New York, NY)*, 19(3), 290-295
148. Marañón, J. A. (2017). Urinary Incontinence: Clinical Approach, Psychosocial and Contextual Factors. *J Gynecol Reprod Med*, 1(4), 1-2.
149. Steinauer, J. E., Waetjen, L. E., Vittinghoff, E., Subak, L. L., Hulley, S. B., Grady, D., ... & Brown, J. S. (2005). Postmenopausal hormone therapy: does it cause incontinence?. *Obstetrics and gynecology*, 106(5 Pt 1), 940-945.
150. World Health Organization. Constitution of the WHO. WHO Basic Documents, Geneva 1948.
151. Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
152. Zikmund, V. (2003). Health, well-being, and the quality of life: Some psychosomatic reflections. *Neuroendocrinology Letters*, 24(6), 401-403.
153. Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1).150-153.
154. Ruževičius, J. (2014, August). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research. In *Liverpool (2014): 17th Toulon-Verona Conference "Excellence in Services"*. 317-334
155. Abay, H., & Kaplan, S. (2015). Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor?. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-24.

- 156.** Trantafylidis, S. C. A. (2009). Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelviperrineology*, 28(28), 51-53.
- 157.** Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, O., & Eskiuyurt, N. (2000). Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Geriatrı*, 3(3), 102-106.
- 158.** Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
- 159.** Sherburn, M., Bird, M., Carey, M., Bø, K., & Galea, M. P. (2011). Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourology and urodynamics*, 30(3), 317-324.
- 160.** Imamura, M., Williams, K., Wells, M., & McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- 161.** Celiker Tosun, O., Kaya Mutlu, E., Ergenoglu, A. M., Yeniçel, A. O., Tosun, G., Malkoc, M., ... & İtil, I. M. (2015). Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 29(6), 525-537.
- 162.** Wiers, S. G., & Keilman, L. J. (2017). Improving Care for Women With Urinary Incontinence in Primary Care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(10), 675-680.
- 163.** Subak, L. L., Quesenberry Jr, C. P., Posner, S. F., Cattolica, E., & Soghikian, K. (2002). The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 72-78.
- 164.** Avin Alva, B. R., & Chethan, T. K. (2016). A Study to Assess the Average Age of Menopause and Menopause Associated Symptoms among Rural Women in Mangalore, Karnataka. *Nil J Community Med*, 7(5), 404-408.

- 165.** Şentürk, Ş., & Kara, M. (2010). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7-11.
- 166.** Gök, S. (2016). Diyabetik Kadınlarda Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez, İstanbul.
- 167.** Haab, F., Richard, F., Amarenco, G., Coloby, P., Arnould, B., Benmedjahed, K., ... & Grise, P. (2008). Comprehensive evaluation of bladder and urethral dysfunction symptoms: development and psychometric validation of the Urinary Symptom Profile (USP) questionnaire. *Urology*, 71(4), 646-656.
- 168.** Wagner, T. H., Patrick, D. L., Bavendam, T. G., Martin, M. L., & Buesching, D. E. (1996). Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 47(1), 67-71.
- 169.** Özerdoğan, N., Kızılkaya, N.B. (2003) Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 13, 37-50.
- 170.** Islam, R. M., Bell, R. J., Hossain, M. B., & Davis, S. R. (2018). Types of urinary incontinence in Bangladeshi women at midlife: Prevalence and risk factors. *Maturitas*, 116, 18-23.
- 171.** Siddiqui, N. Y., Wiseman, J. B., Cella, D., Bradley, C. S., Lai, H. H., Helmuth, M. E., ... & Clemens, J. Q. (2018). Mental Health, Sleep, and Physical Function in Treatment-Seeking Women With Urinary Incontinence. *The Journal of urology*. 200(4): 848-855
- 172.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü .(2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı. Erişim. 27.12.2018.http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- 173.** Gallas, S., Frioui, S., Rabeh, H., & Rejeb, M. B. (2018). Prevalence and risk factors for urinary and anal incontinence in Tunisian middle aged women. *African Journal of Urology*, 24(4), 368-373.

- 174.** Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., & Ayaz, S. (2008). Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(4), 487-493.
- 175.** Abha, S., Priti, A., & Nanakram, S. (2007). Incidence and epidemiology of urinary incontinence in women. *J Obstet Gynaecol India*, 57(2), 155-7.
- 176.** Ibrahim, Z. M., Ahmed, M. R., & Ahmed, W. A. S. (2013). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(6): 1173-1180.
- 177.** İlçe, A., & Ayhan, F. (2011). Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1): 15-23.
- 178.** Moustafa, M., Ali, R., & Taha, S. M. (2015). Impact of menopausal symptoms on quality of life among women's in Qena City. *Egyptian Journal of Nursing*, 10(1): 49-59.
- 179.** Al-Jufairi, Z. A., Gherbal, W. H., & Al-Najjar, F. S. (2014). Risk Factors of Urinary Incontinence in Bahrain. *International Journal of Gynecology & Clinical Practices*, 1(105), 1-4.
- 180.** Zhu, L., Li, L., Lang, J. H., & Xu, T. (2012). Prevalence and risk factors for peri-and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. *International Urogynecology Journal*, 23(5), 563-572.
- 181.** Lu, S., Zhang, H. L., Zhang, Y. J., & Shao, Q. C. (2016). Prevalence and risk factors of urinary incontinence among perimenopausal women in Wuhan. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, 36(5), 723-726.
- 182.** T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara. Erişim. 29.10.2018. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0son>.
- 183.** Madhu, C., Enki, D., Drake, M. J., & Hashim, H. (2015). The functional effects of cigarette smoking in women on the lower urinary tract. *Urologia internationalis*, 95(4), 478-482.

- 184.** Hirayama, F., & Lee, A. H. (2011). Green tea drinking is inversely associated with urinary incontinence in middle-aged and older women. *Neurourology and urodynamics*, 30(7), 1262-1265.
- 185.** Dellú, M. C., Schmitt, A. C. B., Cardoso, M. R. A., Pereira, W. M. P., Pereira, E. C. A., Vasconcelos, É. D. S. F., & Aldrighi, J. M. (2016). Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(5), 441-446.
- 186.** Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Benli, S., & Ariöz, A. (2008). Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. *Urologia Internationalis*, 80(4), 355-361.
- 187.** Illiano, E., Mahfouz, W., Giannitsas, K., Kocjancic, E., Vittorio, B., Athanasopoulos, A., ... & Filocamo, M. T. (2018). Coital Incontinence in Women With Urinary Incontinence: An International Study. *The journal of sexual medicine*, 15(10), 1456-1462.
- 188.** Perera, J., Kirthinanda, D. S., Wijeratne, S., & Wickramarachchi, T. K. (2014). Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC women's health*, 14(1), 78.
- 189.** Nazarko, L. (2016). A guide to lower urinary tract symptoms in women. *Practice nursing*, 27(7), 319-324
- 190.** Agarwal, A., Eryuzlu, L. N., Cartwright, R., Thorlund, K., Tammela, T. L., Guyatt, G. H., ... & Tikkinen, K. A. (2014). What is the most bothersome lower urinary tract symptom? Individual-and population-level perspectives for both men and women. *European urology*, 65(6), 1211-1217.
- 191.** Bilge, Ç., & Beji, N. K. (2016). Kadınlarda Obezite ve Alt Üriner Sistem Semptomları. *F.N. Hem. Derg*, 24(2): 72-79.
- 192.** Teleman, P., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G., & Mattiasson, A. (2005). Lower urinary tract symptoms in middle-aged women—prevalence and attitude towards mild urinary incontinence. A community-based population study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 84(11), 1108-1112.

- 193.** Güngör, İ., Beji N.K., Bayram N.O., Erkan A.E., Gökyıldız S., Yalçın Ö. (2012). Lower Urinary Tract Symptoms in Women with and without Urinary Incontinence. *International Journal of Urology Nursing*, 6(1), 22–29.
- 194.** Irer, B., Sen, V., Bozkurt, O., Demir, O., & Esen, A. (2018). Prevalence and Possible Risk Factors of Overactive Bladder Symptoms in Women Living in the City of Izmir/Izmir İlinde Yasayan Kadınlarda Asiri Aktif Mesane Semptomlarının Prevalansı ve Olası Risk Faktörleri. *Journal of Urological Surgery*, 5(3), 180-188.
- 195.** Goksin, I., & Asiret, G. D. (2018). Determination of Quality of Life in 65 and Above Age Women with Urinary Incontinence. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 302-308
- 196.** Akgün, G., Süt, N., & Kaplan, P. B. (2010). Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 20(6), 378-386.
- 197.** Velázquez, M. M., Bustos, H. L., Rojas, G. P., Oviedo, G. O., Neri, E. R., & Sánchez, C. C. (2007). Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecologia y obstetricia de Mexico*, 75(6), 347-356
- 198.** Demirel, T. (2012). 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Konya.
- 199.** Saboia, D. M., Firmiano, M. L. V., Bezerra, K. D. C., Vasconcelos Neto, J. A., Oriá, M. O. B., & Vasconcelos, C. T. M. (2017). Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03266
- 200.** Tsai, Y. C., & Liu, C. H. (2009). Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. *International urology and nephrology*, 41(4), 795-803.
- 201.** Kupelian, V., Wei, J. T., O'Leary, M. P., Kusek, J. W., Litman, H. J., Link, C. L., & McKinlay, J. B. (2006). Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2381-2387.

- 202.** Liao, Y. M., Yang, C. Y., Kao, C. C., Dougherty, M. C., Lai, Y. H., Chang, Y., ... & Chang, L. I. (2009). Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 46(5), 633-644.
- 203.** Coyne, K. S., Sexton, C. C., Irwin, D. E., Kopp, Z. S., Kelleher, C. J., & Milsom, I. (2008). The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU international*, 101(11), 1388-1395.
- 204.** Apostolidis, A., Kirana, P. S., Chiu, G., Link, C., Tsiouprou, M., & Hatzichristou, D. (2009). Gender and age differences in the perception of bother and health care seeking for lower urinary tract symptoms: results from the hospitalised and outpatients' profile and expectations study. *European urology*, 56(6), 937-947.
- 205.** Lee, Y. S., Lee, K. S., Jung, J. H., Han, D. H., Oh, S. J., Seo, J. T., ... & Choo, M. S. (2011). Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World journal of urology*, 29(2), 185-190.
- 206.** Coyne, K. S., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Milsom, I., Irwin, D., Kopp, Z. S., ... & Wein, A. J. (2009). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU international*, 104(3), 352-360.
- 207.** Wang, Y., Xu, K., Hu, H., Zhang, X., Wang, X., Na, Y., & Kang, X. (2011). Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourology and urodynamics*, 30(8), 1448-1455.
- 208.** Selvaraj, J., Kekre, A. N., Varghese, L., & Jacob, K. S. (2015). Symptoms, prevalence, and risk factors of overactive bladder in women in south India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 129(3), 274-275.
- 209.** Møller, L. A., Lose, G., & Jørgensen, T. (2000). Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 446-451

- 210.** Zhang, W., Song, Y., He, X., Xu, B., Huang, H., He, C., ... & Li, Y. (2005). Prevalence and risk factors of lower urinary tract symptoms in Fuzhou Chinese women. *European urology*, 48(2), 309-313.
- 211.** Lin, K. L., Shen, C. J., Wu, M. P., Long, C. Y., Wu, C. H., & Wang, C. L. (2014). Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *BioMed research international*, 2014.
- 212.** Luber, K. M. (2004). The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Reviews in urology*, 6(3), 3-9.
- 213.** Karmakar, N., Majumdar, S., Dasgupta, A., & Das, S. (2017). Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *Journal of mid-life health*, 8(1), 21-27
- 214.** Yurdakul, M., Eker, A., & Kaya, D. (2007). Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193.
- 215.** Abreu, G. E. D., Dourado, E. R., Alves, D. D. N., Araujo, M. Q. D., Mendonça, N. S. P., & Barroso Junior, U. (2018). Functional constipation and overactive bladder in women: a population-based study. *Arquivos de gastroenterologia*, 55, 35-40.
- 216.** Carter, D., & Beer-Gabel, M. (2012). Lower urinary tract symptoms in chronically constipated women. *International urogynecology journal*, 23(12), 1785-1789.
- 217.** Maeda, T., Tomita, M., Nakazawa, A., Sakai, G., Funakoshi, S., Komatsuda, A., ... & Nakamura, S. (2017). Female functional constipation is associated with overactive bladder symptoms and urinary incontinence. *BioMed research international*.1-5.
- 218.** Balachandran, A. A., Wildman, S. S., Strutt, M., & Duckett, J. (2016). Is chronic urinary infection a cause of overactive bladder?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 201, 108-112.
- 219** Rodrigues, P., Hering, F., & Campagnari, J. C. (2014). Involuntary detrusor contraction is a frequent finding in patients with recurrent urinary tract infections. *Urologia internationalis*, 93(1), 67-73.

- 220.** Sorrentino, F., Cartwright, R., Digesu, G. A., Tolton, L., Franklin, L., Singh, A., ... & Khullar, V. (2015). Associations between individual lower urinary tract symptoms and bacteriuria in random urine samples in women. *Neurourology and urodynamics*, 34(5), 429-433.
- 221.** Cummings J. M., & Rodning C. B. (2000). Urinary Stress Incontinence Among Obese Women: Review of Pathophysiology Therapy. *International Urogynecology Journal*, 11(1); 41-44.
- 222.** De Boer, T. A., Slieker-ten Hove, M. C., Burger, C. W., & Vierhout, M. E. (2011). The prevalence and risk factors of overactive bladder symptoms and its relation to pelvic organ prolapse symptoms in a general female population. *International urogynecology journal*, 22(5), 569-575.
- 223.** Stothers, L., & Friedman, B. (2011). Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Current urology reports*, 12(5), 363-369
- 224.** Chae, J., Yoo, E. H., Jeong, Y., Pyeon, S., & Kim, D. (2018). Risk factors and factors affecting the severity of overactive bladder symptoms in Korean women who use public health centers. *Obstetrics & gynecology science*, 61(3), 404-412.
- 225.** Ninomiya, S., Naito, K., Nakanishi, K., & Okayama, H. (2018). Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Japanese Women. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 10(3), 308-314.
- 226.** Demir S. (2012). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 227.** Pons, M. E., & Clota, M. P. (2008). Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal*, 19(5), 621-625.
- 228.** Grzybowska, M. E., & Wydra, D. G. (2017). Coital incontinence: a factor for deteriorated health-related quality of life and sexual function in women with urodynamic stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 28(5), 697-704.
- 229.** Güdücü, N. (2014). Üriner inkontinanslı hastaların ruhsal durumlarının ve cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

EK 1.KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih:

Demografik Özellikler

Yaşınız :

Medeni durumunuz:1-) Evli 2-) Bekar 3-) Diğer

Eğitim durumunuz:1-)Okuryazar değil 2-) Okuryazar 3-) ilkokul 4-) Ortaokul 5-) Lise 6-) Yüksekokul

Mesleğiniz: 1-) Çalışıyor 2-) Çalışmıyor 3-) Emekli

Sosyoekonomik durumunuz: 1-)Gelir giderden az 2-) Gelir gidere denk 3-) Gelir giderden fazla

Sosyal Güvenceniz: 1-) Yok 2-) Bağ-Kur 3-) SSK 4-) Emekli Sandığı 5-) Diğer

Jinekolojik ve Obstetrik Özellikler

İlk gebelik yaşı:

Kaç doğum yaptınız?..... Düşük yaptınız mı?..... Eğer yaptıysanız sayısı?.....

Doğumlarınızı Yapma şekliniz:1-)Normal doğum 2-) Vakum/Forseps (kaşık) yardımıyla 3-)Sezeryan

Doğumda epizyotomi (normal doğumda kesi ve dikiş durumu) uygulandı mı? 1-) Evet 2-) Hayır

Vajende spontan yırtık durumu: 1-) Evet 2-) Hayır

4 kg ve üstünde üstünde bebeğiniz oldu mu?1-) Evet 2-) Hayır

Menopoza girme yaşı:

Kaç yıldır menopozdasınız?

Menopoza girme nedeniniz: 1-)Doğal menopoz 2-) Tıbbi menopoz

Menopoz tedavisi için hormon ilacı kullandınız mı? 1-)Hayır 2-) Evet (Süreyi belirtiniz):

Kronik hastalık ilgili özellikler

Kronik öksürük: 1-) Evet 2-) Hayır

Histerektomi: 1-) Evet 2-) Hayır

Sık idrar yolu enfeksiyonu (yılda 2 ve üzeri): 1-) Evet 2-) Hayır

Kabızlık şikâyetiniz var mı? 1-)Evet 2-)Hayır Hemoraid/basur:1-)Evet 2-)Hayır

Alışkanlıklar ve Yaşam Biçimi Özellikleri

Boyunuz:..... Kilonuz:.....

Yetişkinlik döneminde gebelik dışında 10 üzerinde kilo aldınız mı? 1-)Evet 2-)Hayır

Sigara içiyor musunuz? 1-)Evet 2-)Hayır 3-) Bırakmış

Günde ne kadar (bardak) sıvı tüketiyorsunuz? (Su, ay, kahve gibi).....

Aşağıdaki içecekleri 24 saatte ne kadar tüketiyorsunuz?

1-)Çay a. İçmiyor b. Bir günde:

2-)Kahve a. İçmiyor b. Bir günde:

3-)Gazlı içecekler a. İçmiyor b. Bir günde:

4-)Alkol a. İçmiyor b. Bir günde:

Egzersiz yapar mısınız? : 1-) Evet a. Hafta 1-2 kez b. 3-4 kez c. Haftada 4 ve üzeri d. Hayır

İnkontinans Öyküsü

Daha önce istem dışı; idrar kaçırma (öksürürken ya da hapsurürken, ağır yük kaldırmada vb):

1-) Evet2-)Hayır

İdrar kaçırma sorununu ne zamandır yaşıyorsunuz? 1-) 1 yıl ve altı 2-) 2-4 yıl 3-) 5 yıl-7 yıl 4-) 7 yıl ve üstü

Gaz kaçırma: 1-) Evet 2-) Hayır Dışkı kaçırma: 1-) Evet 2-) Hayır

Ailenizde idrar kaçırma sorunu olan var mı? 1-)Evet 2-)Hayır

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırıyor musunuz? 1-)Evet 2-)Hayır

İdrar kaçırma probleminize karşı tedavi aldınız mı? 1-)Evet 2-)Hayır

Günlük ped kullanıyor musunuz?1-)Evet 2-)Hayır

Evet ise günde kaç kez? 1-) Günde 1 kez 2-) Günde 2 ve 3 kez 3-) Günde 4 ve üzeri

EK 2. ÜRİNER SEMPTOM PROFİLİ ANKETİ (ÜSP)

Bu testteki sorular, geçirdiğiniz dört hafta sürecindeki, üriner semptomlarınızın sıklık ve şiddetini ilgilendiriyor.

Lütfen sorularda, sizin için en iyisini anlatan kutuya tik atınız. Bu testte, “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Eğer nasıl cevaplayacağınız hakkında tam emin değilseniz, size en uygun cevabı seçiniz.

Lütfen testi sesiz ortamda ve yalnız cevaplayınız. Testi istediğiniz süre içinde doldurabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkürler.

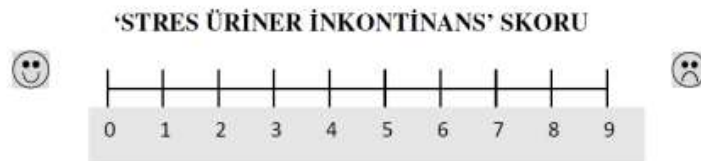
Bazen, fiziksel hareketleriniz sonucunda, idrar sızdırması yaşamış olabilirsiniz. Bu efor, ağır (spor yapma, şiddetli öksürme gibi), orta düzeyde (tırmanma yada merdivenden aşağıya inme gibi) ya da hafif hafif (yürüme ya da hareket etme gibi) olabilir.

1. Dört haftadan fazla zaman içerisinde, lütfen, fiziksel efor sırasında yaşadığınız, sızıntının, haftalık zamanın numarasını belirtiniz.

Lütfen her 1a, 1b ve 1c kutusundan birini işaretleyiniz.

	Hiç sızıntı yok	Haftada bir gün ya da daha az (1)	Haftada birkaç sızıntı (2)	Günde birkaç sızıntı (3)
1a. Ağır fiziksel efor esnasında				
1b. Orta düzeyde fiziksel efor esnasında				
1c. Hafif fiziksel efor esnasında				

Aşağıdaki skalada 1a+1b+1c nin toplamı belirtilmiştir.

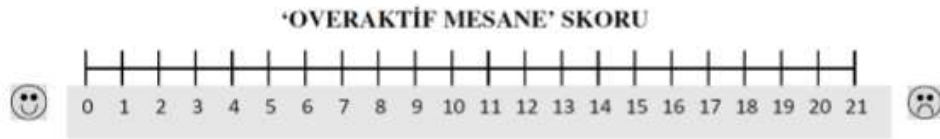


Geçen dört haftadan fazla süreçte ve her gün sosyal mesleki ve aile yaşamınızda;

2. Haftada kaç gün acil ihtiyacınız olduğu için, idrar yapmak (işemek) amacıyla tuvalete koşmak zorunda kaldınız?
 - a. Asla (0)
 - b. Haftada bir gün yada daha az (1)
 - c. Haftada birkaç kez (2)
 - d. Günde birkaç kez (3)
3. Acil idrar yapma (işeme) ihtiyacınız olduğunda, idrarınızı ortalama ne kadar süre tutabiliyorsunuz?
 - a. 15 dakikadan daha fazla (0)
 - b. 6-15 dakika arası (1)
 - c. 1-5 dakika arası (2)
 - d. 1 dakikadan daha az (3)

4. Haftada kaç kez, acil idrar yapma (işeme) ihtiyacınızdan önce, kontrolünüz dışında idrar sızıntınız oldu?
a. Asla (0) b. Haftada bir gün yada daha az (1) c. Haftada birkaç kez (2) d. Günde birkaç kez (3)
4. a. Yukarıda yaşamış olduğunuz olayda, ne çeşit sızıntınız oldu?
a. Hiç sızıntı yok (0) b. Birkaç damla (1) c. Hafif sızıntı (2) d. Ağır sızıntı (3)
5. Genellikle, gün boyunca, idrara çıkma (işeme) zaman aralığınız nedir?
a. 2 saat ya da daha fazla (0) b. 1-2 saat arası (1)
c. 30 dakika- 1 saat arası (2) d. 30 dakikadan daha az (3)
6. Ortalama kaç kez gece idrar yapma (işeme) ihtiyacınızdan dolayı uykudan uyanırsınız?
a. Hiç yada bir kez (0) b. 2 kez (1) c. 3 yada 4 kez (2) d. 4 kezden daha fazla (3)
7. Haftada kaç kez uyanırken idrar kaçırma yaşadınız ya da uyandığınızda ıslak olarak uyanıyorsunuz?
a. Asla (0) b. Haftada bir gün yada daha az (1) c. 3 yada 4 kez (2) d. 4 kezden daha fazla (3)

Aşağıdaki skalada $2+3+4+5+4a+5+6+7$ nin toplamı belirtilmiştir;



8. Geçen 4 haftanın üzerindeki sürede, idrara çıkma (işeme) durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a. Normal (0)
b. İdrar yaparken, karın (mide) kasları ile birlikte itirme ya da öne dayanma (ya da pozisyon değiştirmek zorunda kalma) ihtiyacı hissetme (1)
c. Midenin alt tarafına elimle bastırma ihtiyacı hissetme (2)
d. Kateter kullanma (3)
9. Genelde, idrar akış hızınızı nasıl tanımlarsınız?
a. Normal(0) b. Zayıf(1) c. Damla damla(2) d. Kateter kullanıyorum(3)
10. Genelde, idrara çıkmanız (işemeniz) nasıldır?
a. Normal ve çabuk (0)
b. Zor başlar sonra normal (1)
c. Başta kolay ama bitişte yavaş (1)
d. Baştan sona kadar çok yavaş (2)
e. Katater kullanıyorum (3)

Aşağıdaki skalada $8+9+10$ un toplam belirtilmiştir.



EK 3. İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

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

EK 4. ETİK KURUL ONAY FORMU

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİV. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Çağış Yerleşkesi, Uşak yolu üzeri, 10145 BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 14 61/1122
	FAKS	0266 612 14 59
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"	
BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Fatma BAŞAR	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kütahya Dumlupınar Üniversitesi SYO	
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/151	Tarih 13/12/2017	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Gülten ERKEN	Fizyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. F. Bahar SUNAY	Histoloji ve Embriyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Eyüp AVCI	Kardiyoloji	Balıkesir Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzm.Dr. Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı	Balıkesir KEAS Organize Sanayii	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	BAÜ Sağlık Uyg. ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Serhat ALDEMİR			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	MAZARETLİ

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının:

Unvanı, Adı Soyadı: Prof..Dr. Fuat EREL

İmza:

EK 5. KURUM İZİNİ

Kayıt Tarih ve Sayısı: 02/05/2018-3648

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

 T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ
BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BALIKESİR
EĞİTİM KURUMU
30/04/2018 15:48 60206642-799 - 8.397

00067820880

Sayı : 60206642-799
Konu : Fatma ASLAN'ın Bilimsel Araştırma İzni

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DEKANLIĞINA

İlgi : 28/12/2017 tarihli ve 60206642-3189 sayılı yazı.

İlgi yazıya istinaden; Fakülteniz Araştırma Görevlisi Fatma ASLAN'ın "Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar Ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tezini 15 Ocak 2018- Nisan 2018 tarihleri arasında Bandırma İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı (1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,17 nolu) Aile Sağlığı Merkezleri'nde uygulayabilmesi izni 06.03.2018 tarihinde toplanan Bilimsel Araştırma Komisyonu tarafından başvuru dosyası ve ilgili belgeler gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yapılması uygun bulunmuştur. "Bilimsel Araştırma Talepleri Komisyon Değerlendirme Formu" ve "Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü ile Bilimsel Araştırma Sahibi Arasında Yapılan Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol" kararı ekte sunulmuş olup, araştırmacının ekli yazıdaki dilekçesine istinaden belirtilen sürenin 16 Nisan 2018- 30 Temmuz 2018 tarihine kadar uzatılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Kurumumuzda yapılacak bilimsel çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına dayanması, hasta mahremiyetine ve bilgi gizliliğine özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin Müdürlüğümüz Eğitim Birimine gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Necati KELEMENÇİ
İl Sağlık Müdürü


Güvenli Elektronik İmza
28/04/2018
Necati Kelemençi

Eklere:
1- Bilimsel Komisyon Kararı ve Protokol
2- Dilekçe

Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Birimi
Faks No:02662412226
e-Posta:derya.cinar4@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: balikesir.his@sağlık.gov.tr

Bilgi için:DERYA ÇINAR
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:02662459595

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e6723621-cc5c-45fb-863b-6da0ea1c1f66 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 6. ÖLÇEKLERİN KULLANIMINA İLŞKİN İZİN YAZILARI

Üriner Semptom Profili Anketi izin hakkında

Gelen Kutusu x



FATMA ASLAN <faslan@bandirma.edu.tr>

2 Eki 2017 14:21



Alıcı: cigdemaydinbilge v

Merhabalar Hocam:

Ben Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında geçerlilik güvenirliğini yaptığımız Üriner Semptom Profili Anketi'ni(ÜSP) izninizle kullanmak istiyoruz. İlginiz için teşekkür ederiz.

İyi çalışmalar.

çiğdem bilge <cigdemaydinbilge@gmail.com>

2 Eki 2017 14:35



Alıcı: ben v

Merhaba,

Üriner Semptom Profili (USP)'ni kullanabilirsiniz. Ekte gönderiyorum.

İyi çalışmalar dilerim...

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (IQOL) izin hakkında

Gelen Kutusu x



FATMA ASLAN <faslan@bandirma.edu.tr>

2 Eki 2017 Pzt 14:33



Alıcı: nozerdogan v

Merhabalar Hocam:

Ben Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Danışmanım Yrd.Doç.Dr. Fatma BAŞAR ile yapmayı planladığımız tez çalışmasında geçerlilik güvenirliğini yaptığımız İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyoruz. İlginiz için teşekkür ederiz.

Şimdiden teşekkür ederiz.

İyi çalışmalar.

nebahat özerdoğan <nozerdogan@ogu.edu.tr>

4 Eki 2017 15:00



Alıcı: ben v

Sayın Fatma Arslan,

Yüksek Lisans tez çalışmanızda İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



EK 7.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRME

Sizi Bandırma İlçeTopum Sağlığı merkezine bağlı toplam 12 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM)yürütülen “Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler edinildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu araştırmaya katıldığımız için maruz kalacağınız riskler bulunmamaktadır.

Bu çalışma için gerekli tüm masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu çalışmanın amacı postmenopozal kadınlarda üriner semptomları ve üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır. Çalışmada kullanılacak yöntem aşağıda açıklanmıştır.

Buna göre: Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı size tanıtıcı bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu uygulayacaktır. Daha sonra üriner semptomlarınız ve üriner inkontinans durumunuzu belirlemek amacı ile Üriner Semptom Profili Anketi ve üriner inkontinansın yaşam kalitesine üzerine etkisini belirlemek amacıyla da İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır. Bu işlemlerin süresi yaklaşık 20 dakika olacağı tahmin edilmektedir.

Fatma ASLAN DEMİRTAŞ

İmza

GÖNÜLLÜ OLURU

Aşağıda imzası bulunan ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :/...../..... Gönüllü Adı Soyadı:

Gönüllü İmzası:

TEZ TESLİM BEYAN FORMU






T. C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

(Tez Teslim Beyan Formu)

Öğrenci No : 1671541201
Adı Soyadı : Fatma ASLAN DEMİRTAŞ
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Tezli Yüksek Lisans Tezsiz Yüksek Lisans
 Doktora

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Fatma ASLAN DEMİRTAŞ
Tez Sahibi Adı Soyadı

Tarih / İmza

03.05.2019

Diğer hususlar:

Bu bölüme yukarıda belirtilen maddeler ile ilgili tarafınızca uygun bulunmayan veya itiraz konusu olan hususları belirtiniz:

ONAY

Danışman
... /... /201..

TEZ KABUL ONAYI

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalında, Fatma ASLAN DEMİRTAŞ tarafından hazırlanan *Postmenopozal Kadınlarda Üriner Semptomlar ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman/Başkan Ünvanı Adı SOYADI

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı *Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR*
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün ÇELİK
Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN
Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Üniversite Adı, Anabilim Dalı Adı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.
Üye: Ünvanı Adı SOYADI

İMZA

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 03.05.2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü
Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAŞAR

ONAY

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyad: Fatma ASLAN DEMİRTAŞ

Doğum Yeri: Antakya

Doğum Tarihi: 20.10.1992

EĞİTİM

İlköğretim: Kurtuluş İlköğretim Okulu (2006)

Lise: Sındırgı Makbule Efe Anadolu Lisesi (2010)

Üniversite: Atatürk Üniversitesi (2014)

Yüksek Lisans: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi-Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (2016-halen)

İŞ DENEYİMİ

2014- 2016: Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu -Araştırma Görevlisi

2017- Halen: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Araştırma Görevlisi

YABANCI DİL VE ALES PUANI

Yökdil (2017): 72,5

Ales sonbahar (2017): ALES-SAY: 76,7

İrtibat Bilgileri

e-mail: faslan@bandirma.edu.tr