

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI ve YAŞAM KALİTESİ**

HÜMEYRA GİZEM SAĞLAM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI ve YAŞAM KALİTESİ**

HÜMEYRA GİZEM SAĞLAM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hümeysra Gizem SAĞLAM'ın "Üreme Çağındaki Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

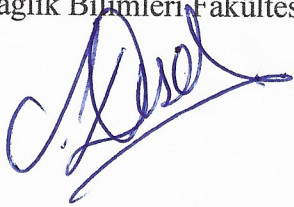
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
18/09/2019


Tez Danışmanı

Doç.Dr. Kamile ALTUNTUĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Üye

Doç. Dr. Sema YILMAZ
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hamide AYGÖR
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi



Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 25.09.2019 ve 19/25... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “Frequency of Urinary-Incontinence and Quality of Life in Married Women of Reproductive Age” by “Hümeyra Gizem SAĞLAM” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of “Nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

Necmettin Erbakan University, Faculty of Nursing

18/09/2019


Principal Advisor

Assoc. Prof. Kamile ALTUNTUĞ
Necmettin Erbakan University
Faculty of Nursing

Examination Committee Member
Assoc. Prof. Sema YILMAZ
Selçuk University
Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member
Assist.Prof. Hamide AYGÖR
Necmettin Erbakan University
Faculty of Nursing



This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.



Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Director of Institute of Health Sciences

TEZ BEYAN SAYFASI

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 18/09/2019



Öğrencinin Adı Soyadı: Hümeyra Gizem SAĞLAM

İNTİHAL RAPORU

15.09.2019

Turnitin

[Skip to Main Content](#)

[Öğrenciler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Takvim](#)

[Tartışma](#)

[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

GİZEM- ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA ÜRİNER İNKO...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

[Sil](#) [İndir](#) [Şuraya taşı...](#)

| <input type="checkbox"/> | Yazar | Başlık | Benzerlik | web | yayın | student papers | Puanla | cevap | Dosya | Ödev Numarası | Tarih |
|--------------------------|---------------|---|------------|-----|-------|----------------|--------|-------|------------|---------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Gizem Özpolat | GİZEM- ÜREME ÇAĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA Ü... | %15 X15 | 8% | 4% | 12% | - | - | ödev indir | 1172937439 | 15-Eyl-2019 |

Denizman
Doç. Dr. Kamile Altıntaş
KÖllentop

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve tezimin her aşamasında değerli katkılarda bulunan, her zaman yapıcı ve pozitif yaklaşımlarıyla yardımcı olan tez danışmanım Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ'a,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, hayatım boyunca her zaman yanımda olduklarını hissettiren canım aileme,

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, desteklerini esirgemeyen sevgili eşime ve canım kızım Ela'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Hümevra Gizem SAĞLAM





İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| <i>Tez Onay Sayfası</i> | İİ |
| <i>Approval</i> | İİİ |
| <i>Tez Beyan Sayfası</i> | İV |
| <i>İntihal Raporu</i> | V |
| <i>Önsöz</i> | VI |
| <i>İçindekiler</i> | Vİİ |
| <i>Kısaltmalar ve Simgeler</i> | Xİ |
| <i>Tablolar Listesi</i> | Xİİ |
| <i>Özet</i> | Xİİİ |
| <i>Abstract</i> | 14 |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ | 15 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 18 |
| <i>2.1. Kontinans Fizyolojisi</i> | 18 |
| <i>2.2. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı</i> | 19 |
| <i>2.3. Üriner İnkontinans Sınıflandırma</i> | 19 |
| <i>2.3.1. Stres Üriner İnkontinans</i> | 20 |
| <i>2.3.2. Urge (Acil) İnkontinans</i> | 20 |
| <i>2.3.3. Miks (Karma) İnkontinans</i> | 20 |
| <i>2.3.4. Overflow (Taşma) İnkontinansı</i> | 21 |
| <i>2.3.5. Geçici İnkontinans</i> | 21 |
| <i>2.3.6. Fonksiyonel İnkontinans</i> | 21 |
| <i>2.4. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri</i> | 21 |
| <i>2.4.1. Yaş</i> | 22 |
| <i>2.4.2. Menopoz</i> | 22 |
| <i>2.4.3. Obezite</i> | 22 |
| <i>2.4.4. Gebelik ve Doğum</i> | 22 |
| <i>2.4.5. Geçirilmiş Jinekolojik Operasyonlar</i> | 23 |
| <i>2.4.6. Kronik Hastalıklar</i> | 23 |
| <i>2.4.7. Konstipasyon</i> | 23 |
| <i>2.4.8. Kullanılan ilaçlar</i> | 23 |
| <i>2.5. Yaşam Kalitesi</i> | 24 |
| <i>2.6. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi</i> | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 2.7. Üriner İnkontinanstaki Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları..... | 25 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM..... | 29 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 29 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 29 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni..... | 29 |
| 3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi | 29 |
| 3.5. Örnek Seçimi | 30 |
| 3.6. Örnek Seçim Kriterleri..... | 30 |
| 3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları..... | 30 |
| 3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) | 30 |
| 3.7.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form) (ICIQ-SF). (EK-2)..... | 31 |
| 3.8. Verilerin Toplanması | 32 |
| 3.9. Ön Uygulama | 32 |
| 3.10. Araştırmanın Değişkenleri..... | 32 |
| 3.10.1. Bağımsız Değişkenler..... | 32 |
| 3.10.2. Bağımlı Değişkenler..... | 32 |
| 3.11. Verilerin Analizi..... | 33 |
| 3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 33 |
| 3.13. Araştırmanın Soruları | 33 |
| 3.14. Araştırmanın Etiği..... | 33 |
| 4. BULGULAR..... | 35 |
| 4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Görülme Durumuna İlişkin Bulgular | 36 |
| 4.2. İnkontinans Sorunu Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri, İnkontinans Sorununa İlişkin Özellikler..... | 37 |
| 4.3. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu Puanları..... | 40 |
| 4.4. İnkontinans Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve İnkontinans ile İlgili Özelliklerinin ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları | 42 |
| 4.5. İnkontinans Olan Kadınların Yaşam Kalitesi Puanlarına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bulgular | 48 |
| 5. TARTIŞMA | 50 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 53 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1. Sonuç..... | 53 |
| 6.2. Öneriler..... | 54 |
| 7. KAYNAKLAR | 56 |
| 8. EKLER..... | 60 |
| EK-A: ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU | 60 |
| EK B: İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU ÖLÇEĞİ (ICIQ-SF) | 63 |
| EK C: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI | 64 |
| EK D: SAĞLIK BAKANLIĞI HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ | 65 |
| EK E: İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ..... | 66 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ..... | 67 |

KISALTMALAR VE SİMGELER

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu

UI: Üriner İnkontinans

SUI: Stres Üriner İnkontinansı

UUI: Urge Üriner İnkontinans

BKİ: Beden Kitle İndeksi

FES: Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 4.1.1. Kadınlarda İnkontinans Görülme Durumu (n:285 | 36 |
| Tablo 4.2.1. İnkontinans Sorunu Olan Kadınların Demografik Özellikleri (n:80) ... | 37 |
| Tablo 4.2.2. İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik Özellikleri (n:80) | 38 |
| Tablo 4.2.3. Kadınların İnkontinans Sorununa İlişkin Özellikler (n:80) | 39 |
| Tablo 4.3.1. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formundan (ICIQ-SF) Aldığı Madde Ve Toplam Puan Ortalamaları (n:80)..... | 40 |
| Tablo 4.3.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) Toplam Puanın Sınıflandırılması (n:80) | 41 |
| Tablo 4.3.3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunun Sınıflandırılması (n:80)..... | 41 |
| Tablo 4.4.1. İnkontinansı Olan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n:80)..... | 42 |
| Tablo 4.4.2. İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:80) | 45 |
| Tablo 4.4.3. Kadınların İnkontinans Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:80) | 47 |
| Tablo 4.5.1. Kadınların Yaşam Kalitesi (ICIQ-SF) Toplam Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n:80)..... | 48 |

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Üreme Çağındaki Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi

Hümevra Gizem SAĞLAM

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Üriner inkontinans, kadınların yaşam kalitesini etkileyen tıbbi bir sorun olmasının yanı sıra sosyal bir problemdir. Bu problem hayati bir tehdit oluşturmasa da yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine ve bireylerin benlik saygısında azalma, utanma, mutsuzluk, anksiyete, depresyon gibi olumsuz etkilerin oluşmasına neden olabilmektedir. Bu çalışma, üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesine olan etkilerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini üreme çağında olan, veri toplama sırasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 285 kadın ile görüşülerek inkontinansı olan 80 kadına ulaşılmıştır. Örnek seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemleri arasından gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış, verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu, “Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa formu” (ICIQ-SF) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Eylül 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzde, sayı, standart sapma, ortalama, Skewness, Kurtosis, Kolmogorov-Smirnow, bağımsız t testi, Kruskal Wallis analizi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) , Mann Whitney U testi ve çoklu regresyon (backward yöntemi) kullanılmıştır.

Araştırmanın sonunda, kadınların %28,1’inde üriner inkontinansın bulunduğu, %65’inde mikst tip üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. %48,8’inin ortaokul düzeyinde ve daha az olduğu, %56,3’ünün üç ve üzerinde yaşayan çocuğu olduğu, %17,5’inin son doğum yaşı 35’in üzerinde, %73,8’ine epizyotomi uygulandığı ve %47,5’inin iki yıldan daha az süredir idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, üriner inkontinans kadınlar arasında yaygın görülen ve yaşamı tehdit etmese de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sosyal bir problemdir. Üriner inkontinans bir sağlık problemi olarak ele alınması ve tedavi edilmesi için gerekli yönlendirilmelerin yapılması sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Üriner inkontinans; Üriner inkontinans sıklığı; Yaşam kalitesi

ABSTRACT
REPUBLIC of TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

**Frequency of Urinary Incontinence and Quality of Life in Married Women of
Reproductive Age**

Hümeyra Gizem SAĞLAM

Department of Nursing

MASTER THESIS / KONYA-2019

Urinary incontinence is a social problem as well as a medical problem affecting the quality of life of women. Although this problem does not pose a life threat, it may cause negative effects on quality of life and negative effects such as decrease in self esteem, shame, unhappiness, anxiety and depression. The aim of this study was to determine the incidence of urinary incontinence and its effects on quality of life.

The sample of the descriptive study was found in reproductive age. During the data collection, 285 women who met the inclusion criteria were interviewed and 80 women with incontinence were reached. In the sample selection, random sampling method was used among the improbable sampling methods, and the questionnaire, “International Incontinence Questionnaire Short Form” (ICIQ-SF), which was created by the researcher, was used to collect the data. Data were collected by the researcher between September 2018 and February 2019 using face to face interview technique. Percentage, number, standard deviation, mean, Skewness, Kurtosis, Kolmogorov-Smirnow, independent t test, Kruskall Wallis analysis (advanced analysis Bonferroni corrected Mann Whitney U test), Mann Whitney U test and multiple regression (backward method) were used in the analysis of the data.

At the end of the study, %28,1 of women had urinary incontinence and %65 had mixed urinary incontinence. %48,8 were at secondary school level and less, %56,3 had 3 or more children, %17,5 had more than 35 years of last birth, %73,8 had episiotomy and It was found that %47,5 had missed urine for less than 2 years.

In conclusion, urinary incontinence is a common social problem that affects life quality even if it is not life threatening. Urinary incontinence should be considered as a health problem and necessary directions should be provided to treat it.

Keywords: Urinary incontinence; Frequency of urinary incontinence; Life quality

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üriner İnkontinans (Üİ), bilinen kronik hastalıklardan daha çok ekonomik etkisi olan, toplum açısından sosyal ve ekonomik açıdan önemli bir durumdur. Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society-ICS) tanımına göre üriner inkontinans "hijyenik veya sosyal bir probleme neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istemsiz olarak dışarı atılması" şeklinde 1998 yılında tanımlanmış olup "sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan istemsiz idrar kaybı" olarak güncellenmiştir (Abrams ve ark. 2009). Üİ yaşamı tehdit eden tehlike oluşturmasa da günlük aktiviteleri, çalışma yaşamını, cinsel yaşam gibi alanları etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Demir ve Beji 2015; Uğurlucan ve ark. 2016).

Üİ görülme sıklığı yaşla paralel olarak artan ve her yaş grubundan insanı içerisine alan bir problem olmasının yanı sıra bilhassa kadınları etkileyen bir sağlık problemidir. Erkeklerle oranla kadınlarda iki ile beş kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Genel olarak literatürde kadınlarda üriner inkontinans prevalansının %4.8-58.4 arasında olduğu belirtilmekte ancak kesin bir değer verilmemektedir (Minassian ve ark. 2003, Scemons 2013; Terzi ve ark. 2013; Yılmaz ve ark. 2014; Özcan ve ark. 2016).

Dünyada Üİ görülme sıklığının %15 - %52 arasında olduğu ve 200 milyonun üzerinde insanın Üİ problemiyle karşılaştığı bildirilmektedir (Miller 2005). Üİ sıklığı İspanya'da %23, Fransa'da %44, İngiltere'de %42, Almanya'da %41 olarak bildirilmiş (Hunnskaar ve ark 2004) olup meta-analiz çalışmasında 30 ile 60 yaş aralığındaki kadınlarda %29, 30 yaşından küçük kadınlardaysa %16 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Luber 2004). Benzer başka bir çalışmada Üİ ilişkin yapılmış 35 çalışmayı inceledikleri meta-analizde Üİ prevalansını %27,6 (%4,8 – % 58,4) olarak bulmuşlardır (Minassian ve ark 2003). Yetişkin kadınlar arasında Üİ prevalansı %9 ile %69 arasında değişebilmektedir. Bakım evlerinde yaşayan ve daha yaşlı kadınlarda bu oran %50 üstü olarak bildirilmiştir (Weber 2007). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada da inkontinans prevalansı %29 olarak belirtilmiştir (Altaweel ve Alharbi, 2012). Fransa'da yapılan bir çalışmada Üİ oranı %29,2 olarak bildirilmiştir (Pizzoferrato ve ark. 2014). İtalya'da 1936 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise Üİ oranı %12,4 olarak belirtilmiştir (Bardino ve ark. 2015).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda 15-70 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevelansı %20,5-68,8 arasında olduğu belirtilmektedir (Koçak ve ark 2005;Gözükara ve ark 2015). Koçak ve ark. (2005) 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada %23,9'unda, Özdemir (2011) 20 yaş üstü evli 610 kadında yaptığı çalışmada prevelansı %22,6 olarak belirtmişlerdir. Yağmur ve Ulukoca (2010) yaptıkları çalışmada Üİ prevelansını %21,5 olarak bildirmişlerdir. Çiftçi ve Günay (2011) 18 - 67 yaş arası 775 kadında Üİ prevelansını %36,6, Akgün ve ark (2010) yaptığı araştırmada 40 yaş üzeri kadın popülasyonunda Üİ prevelansını %48,3, Gözükara ve ark. (2015) 15 - 49 yaş arası kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada Üİ prevelansını %38,7 olarak saptamışlardır.

Üİ kişisel hijyeni, ruhsal dengeyi, sosyal hayatı etkileyen bir sağlık problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Fiziksel olarak ıslaklık hissetme, günlük rutinleri olumsuz etkileme, beden algısında bozulma, utanma, özgüvenini kaybetme, depresyon gibi bir çok sorunla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Ayrıca kadınların idrar kaçırmayı sağlık problemi olarak görmemesi ve utanma duygusu nedeniyle de hekime gitmedikleri görülmektedir (Ertem 2009; Öztürk ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2014; Demir ve Beji 2015; Uğurlucan ve ark. 2016). Üİ olan kadınlar önlem amacıyla bilinmeyen yerlerde sık iç çamaşırı değiştirme, tuvalet arama, ped, bez, pamuk vb. kullanma, günlük içtikleri su miktarlarını azaltma, ayaklarını sıcak tutma ve ağır kaldırmama gibi yöntemlere başvurmuşlardır. (Ertem 2009; Demir ve Beji 2015). Uğurlucan ve ark. (2016) yaptığı çalışmada kadınların %86,8'i Üİ nedeniyle sosyal hayatlarının olumsuz etkilendiğini de ifade etmişlerdir.

Menopoz dönemlerinde kadınlarda; östrojen eksikliğine bağlı olarak ruhsal ve fiziksel birtakım değişiklikler görülmekte ve bu değişikliklere bağlı olarak bazı sorunlar yaşanabilmektedir. Bu sorunlardan başlıcaları; baş ağrısı, kas-eklem ağrısı, cinsel istekte azalma, uyku sorunları, sıcak basması, depresyon, stres inkontinans gibi sorunlardır (Kadayıfçı 2006).

Kadınların %11-55'ini etkisi altına alan Üİ, yaşla paralel olarak artan bir insidans göstermesine rağmen önemsiz bir yakınma şeklinde görülmemelidir. Bu sorundan dolayı kişi kendisini utangaç, yaşama sevincini kaybetmiş, yalnız, güvensiz, içe kapanık, depresif, cinsel açıdan isteksiz ve umutsuz hissetmektedir. Bunun gibi olumsuz psiko sosyal etkiler yaşam kalitesini negatif yönde etkilemesinin yanı sıra maddi açıdan büyük bir yük oluşturmaktadır (Özengin 2017). Üİ semptomlarının çeşitliliği ve şiddeti arttıkça yaşam kalitesine de etkisinin artması kaçınılmazdır. Kadınlar inkontinansın meydana gelmesinden yıllar sonra profesyonel yardım

aramakta ve bu yardım arayışının sebebi genellikle kadınların yaşamları üzerinde inkontinansın etkileri nedeniyle olmaktadır (Demirci ve ark 2012).

Sonuç olarak, Üİ çok sayıda kadının hayatını etkileyen ve göz ardı edilen, toplumsal açıdan önem arz eden ve komplikasyonları nedeniyle kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorun olduğu görülmektedir. Bu çalışma üreme çağındaki evli kadınlarda Üİ sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kontinans Fیزیolojisi

Kontinans, mesane, internal sfinkter, eksternal sfinkter, üretranın koordinasyonu ile kısacası alt üriner sistem anatomi ve fiziyojisinin normal olarak işleminin yanında dolum kontrol yeteneğinin gelişmesi için davranışın öğrenilmesi gerekmektedir. Kontinansın devam edebilmesi için miksiyon harici zaman dilimlerinde üretral basıncın mesane içi basınçtan fazla olması gerekmektedir. (Yalçın 2012).

Alt üriner sistem dolum fazı ve işeme fazı olarak iki bölümde fonksiyonu incelenmektedir. Mesanede depolanan idrarın üretra dan atılımının olabilmesi için detrusör kası ile sfinkter yapıların kortikal kontrolle bir düzen içinde çalışması gerekmektedir. Dolum fazında; idrar atılımının sağlanabilmesi için mesane içindeki basıncın üretra içindeki basınçtan düşük olması gerekmektedir. Üretra içi basıncından mesane içi basıncı çıkardığımızda üretral kapanma basıncı hesaplanarak sonucun pozitif değerlerde tutulması sağlanır. İstirahat halinde üretra iç basıncının meydana gelmesinde ilk olarak internal ve eksternal sfinkter yapılar sorumlu olmaktadır. Üretra duvarının elastisitesinde ve vaskülaritesinde de önemli rol almaktadır. İstirahat halinde mesane içi volumünde büyük artışlar olmasına rağmen mesane iç basıncında küçük değişimler olmaktadır. Mesane içindeki bu uyum, mesane duvarının pasif visko elastik özelliği ve istemli kortikal kontrol ile detrusör kasının relaksasyonu sonucu gerçekleşmektedir. Artan karın içi basınç nedeniyle stres anında, pasif basıncın da eklenmesiyle karın içi basınçla orantılı olarak artar. Eksternal üretral sfinkterin stres anında kontraksiyonu sonucu üretra içi basıncın artmasında etkili olur. Stres anında üretra içi basıncın mesane içi basınç kadar artmasıyla, pozitif değerdeki üretral kapanma basıncının değeri korunarak kontinansın sürekliliği sağlanmış olur. Fakat artan karın içi basıncın üretra içi basıncı etkileyebilmesi için mesane boynu ve proksimal üretranın anatomik olarak pozisyonunun korunması gerekir. Stres anında üretra kapanma basıncının seviyesi ile istirahat halindeki üretra iç basıncı birbiriyle bağlantılıdır. Üretra iç basıncı arttıkça basınç yansıması ve eksternal üretral sfinkterik yapıların işlevlerindeki yetersizlik o oranda tolere edilebilir.

İşeme fazında; serebral korteksten gelen uyarılar ile istemli olarak işeme başlatılabilir. İdrar çıkışının olması için mesane iç basıncının üretra iç basıncından daha fazla olması ve üretral kapanma basınç değerinin negatif değerlere inmesi

gerekir. Bu fonksiyonun sağlanması için kortikal kontrol altında sfinkterler istemli olarak gevşerken, detrusör kası kasılır. Tersine çalışan bir mekanizma ile kortikal kontrol altında bulunan sfinkter yapıların kasılmasıyla üretra iç basıncı artarken, aynı zamanda detrusör kasının gevşemesi sonucu mesane içi basınç düşer. Üretral kapanma basıncının pozitif değerlere çıkması sonucu idrar akışı durdurularak işemeye son verilir (Yalçın 2012).

2.2. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Dünyada 200 milyon üzerinde insanın inkontinans sorunuyla karşılaştığı tahmin edilmektedir. Türkiye’de Üİ prevelansının da % 9,6 ile % 25,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve ark. 2004; Koçak ve ark. 2005). Hunskaar ve ark. (2004) yaptıkları araştırmada; İngiltere, İspanya, Almanya ve Fransa’ da yaşayan 18 yaş ve üzeri 29,500 kadında Üİ prevelansını %35 olarak bulunmuştur (Hunskaar ve ark. 2004). Kök ve ark.(2006) çalışmasında ise; 229 kadından 85’inde Üİ olduğunu tespit etmişlerdir (Kök ve ark. 2006). Koçak ve ark. (2005) 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada 242 (% 23,9) kadında Üİ tespit etmişlerdir (Koçak ve ark. 2005).

Çamtosun’un (2008) çalışmasında ise; 700 hastanın % 20,7 (145)’sinde stres inkontinans, % 20,7 (145)’sinde urge inkontinans ve % 58,7 (410)’sinde ise miks inkontinans olduğunu tespit edilmiştir (Çamtosun 2008). Öztürk ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinans sıklığı %42,8 bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada tipini ayırt etmeksizin üriner inkontinansı olan kadınlarda, 18 ile 40 yaş aralığında %22,3 iken, 40 yaş üstünde ise %70,3 olarak tespit edilmiştir (Terzi ve ark. 2013). Özcan ve ark. (2016) çalışmasında %34,5’inin değişik derecelerde idrar kaçırmaları olduğu bulunmuştur. Bugüne kadar yapılan prevelans çalışmalarda ulaşılan sonuçlar, Üİ tanımlanmasındaki güçlükler nedeniyle birbirinden farklılık göstermektedir. Bunun yanı sıra toplumun sosyo-ekonomik durumu, araştırmada yer alan bireylerin eğitim durumu, çalışmayı yapan kişinin çalışma şekli ve kullanılan metotlar da prevelans oranlarını etkilemektedir (Güler 2006; Şentürk ve Kara 2010).

2.3. Üriner İnkontinans Sınıflandırma

Üİ, ICS tarafından yayınlanan güncellenmiş son raporda Üİ, “sosyal ve ekonomik sorunlara neden olan istemsiz idrar kaybı” olarak güncellenmiştir (Abrams ve ark. 2009). Hayati bir sorun oluşturmasa da devamlı ıslaklık ve iritasyondan

kaynaklanan sorunlar, hastaların cinsel yaşamları, günlük iş ve ev içi faaliyetlerini etkilediği sosyal ve fizik aktivitelerini ve sıvı alımlarını kısıtladığı bilinmektedir. Hayatın hangi evresinde olursa olsun Üİ bir sağlık problemi şeklinde düşünölmeli ve altta yatan patofizyolojiler belirlenerek etkin yöntemlerle tedavi edilmelidir (Yalçın 2012).

2.3.1. Stres Üriner İnkontinans

ICS tanımına göre stres Üİ, herhangi bir iş yaparken hapsirik, öksürük ya da zorlanmayla meydana gelen istemsiz idrar kaçırılmasıdır (Abrams ve ark 1998). Oluşumunda iki önemli patofizyoloji rol oynar. Patofizyolojiden birincisi, istirahat halinde azalan üretral ve üretra içi basınç kapanma basıncıyla giden internal sfinkter yapısında oluşan yetmezliktir. İkinci durumda ise, anatomik yapı desteğinin azalması sonucunda proksimal üretraya yetersiz pasif basınç yansması mobilitesi artan mesane boynu ve dış üretral sfinkter yapısında oluşan yetmezliktir. (Yalçın 2012).

2.3.2. Urge (Acil) İnkontinans

Sıkışma tipi idrar kaçırma olarak da bilinir. Şiddetli idrar yapma isteğı ile birlikte istemsiz idrar kaçırmadır. İstemsiz detrusör instabilitesi/kontraksiyonu sonucu olur. Genellikle tuvalete gidene kadar idrar kaçırlır. Ciddi miktarda idrar kaybolur. Mesaneyi irrite edici enfeksiyonlar, cerrahi girişimler, serebrovasküler sorunlar ile diüretik kullanımına bağılı olabilir. Stres inkontinansın sonra en fazla karşılaşılan inkontinans tipidir (Kızılkaya 2002; Smith 2006).

Detrusörün hiperaktivitesi sonucu mesane içindeki idrar miktarı yeterli düzeye ulaşmadan istem dışı kontraksiyonlar sonucu sıkışma tipi inkontinans tablosu oluşabilir. Kaçırlan idrar miktarı stres inkontinans tipine kıyasla daha fazladır (Aşkar 2007). Pek çok kadın urge inkontinansın çok urgency (ani idrar yapma hissi) ve frequencyden (sık idrara çıkma) yakınmaktadırlar. Bu yakınmalardan 1/3'ü urge inkontinansa neden olur iken, 2/3'ü kuru kalmaktadır (Kızılkaya 2002).

2.3.3. Miks (Karma) İnkontinans

Stres ve urge inkontinans veya urge ve fonksiyonel inkontinans belirtilerinin birlikte görüldüğü inkontinans tipidir. Stres ve urge inkontinansın belirtileri sfinkter, mesane, nöromüsküler ve zihinsel olabilir. Üriner inkontinanslı hastaların en azından 1/3'i miks inkontinanslıdır. Bu miks inkontinansda detrusor sensori motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyon bozukluğu görülür. Hem urge inkontinans hem

de stresin bileşenlerinin nedenleri miks inkontinansın da nedenleri olarak düşünülebilir. Üİ'nin farklı derecelerindeki birçok hastada stres, urge ve miks inkontinansın belirtileri görülür (Smith ve ark. 2006).

2.3.4. Overflow (Taşma) İnkontinansı

Mesanenin aşırı gerilmesiyle birlikte oluşan istemsiz idrar kaybıdır. Detrüsörde kasılma olmazken üretra overaktiftir. Mesane içi basıncın üretra içi basıncı geçmesiyle oluşur. Özellikle diabetes mellitus, multibl skleroz gibi nörolojik bozukluk yapan hastalıklarda, mesanenin gevşemesini engelleyen (radyoterapi gibi) durumlarda veya sistosel gibi boşaltımı sınırlayan durumlarda görülür. Hastada, sıkışma hissi olmaksızın sürekli veya sık sık damlamalar şeklinde idrar kaçırma vardır (Kızılkaya 2002).

2.3.5. Geçici İnkontinans

Kalsiyum kanal blokerleri düz kas gevşetici etkilerinden dolayı rezidüel idrar miktarını arttırıp nadiren dolup taşma tipi inkontinansa neden olabilir. ACE inhibitörleri bazı hastalarda yan etki olarak öksürüğe ve bu nedenle hastadaki stres inkontinans şikayetlerinin artışına neden olabilirler. Aşırı sıvı alımı, diüretik ilaçlar, kalp yetmezliği, periferik venöz yetmezlik, hiperglisemi ve hiperkalsemi gibi durumlarda özellikle geceleri aşırı idrar çıkışı olabilmektedir. Bu gibi durumlarda da primer problemin tedavisi ile sekonder gelişen inkontinans problemi önlenebilir (Kılınç 2011).

2.3.6. Fonksiyonel İnkontinans

Fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi tıbbi olarak iyileşebilir durumlar nedeniyle geçici olarak ortaya çıkan, alt üriner sistem dışındaki faktörler nedeniyle oluşan idrar kaybıdır. Delirium gibi akut konfüzyonlar, enfeksiyon, atrofik, üretrit ve vajinit, farmakolojik ajanlar, diyabet, hiperkalsemi veya aşırı sıvı alımına bağlı aşırı idrar yapma, artrit veya yürüme zorluğu nedeniyle hareket sınırlılığı olması ve konstipasyon fonksiyonel inkontinansa neden olmaktadır. Fonksiyonel inkontinans, hastanede yatan yaşlılarda ortalama %50 oranında görülmekte, tedavi edilirse hastaların çoğu kontinant olabilmektedir (Kızılkaya 2002).

2.4. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri

2.4.1. Yaş

Yaşın ilerlemesi mesane düz kas yapısında zayıflamaya neden olmaktadır (Çetinel 2010). Terzi ve ark. (2013) yaptığı çalışmada 18 ile 40 yaş aralığında Üİ görülme oranı %22,3 iken, 40 yaş üstünde bu oran %70,3 olarak tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada yaş ilerledikçe Üİ sıklığının giderek arttığı, 55 yaş ve üzerindeki grupta ise bu oranın en fazla olduğu bildirilmiştir (Durukan ve ark. 2015).

2.4.2. Menopoz

Menopoz dönemi sonrasında ürogenital atrofi gelişir ve gelişen atrofi ürogenital destek dokusunda zayıflama oluşturması sebebiyle Üİ'a neden olur (Robinson ve Cardoza 2003). Menapozal östrojen azalması sonucu Üİ görülme sıklığı artmaktadır. Başka bir çalışmada menapoza girmeyen kadınlarda Üİ sıklığı %38,2 bulunurken, menapoza girmiş kadınlarda bu oran %78,8 olarak bulunmuştur (Terzi ve ark. 2013). Öztürk ve ark. (2012) yaptığı çalışmada yaşın artmasıyla Üİ görülme riskinin arttığı görülmüştür.

2.4.3. Obezite

Şişmanlık karın içi basıncı çok fazla artırdığı ve mesanenin kan akımıyla sinir inervasyonunu negatif etkilediği için Üİ'a neden olmaktadır (Newman 2002). Öztürk ve ark. (2012) yaptığı çalışmada Üİ'ı olan hastaların %65,1'nin obez olduğu görülmüş ve obeziteyle Üİ arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada beden kitle indeksi 18.5 ile 25.0 aralığında olan kilosu normal kadınlarda Üİ sıklığı %29 bulunurken, 30'un üzerinde olan kadınlarda %62,3 bulunmuştur (Terzi ve ark. 2013). Güdücü ve Özcan'ın (2016) yaptığı çalışmada kadınların beden kitle indeksi ortalaması 30,29 olduğu ve %45'inin obez olduğu tespit edilmiştir.

2.4.4. Gebelik ve Doğum

Üİ'in etiyolojisinde gebelik sayısı, doğum şekli, doğum sayısı, müdahaleli doğum gebelik, doğum komplikasyonları ve doğumla ilgili önemli bir rol oynamaktadır (Kaplan ve Demirci, 2010). Yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapanların sezaryen doğum yapanlara göre Üİ görülme oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Terzi ve ark. 2013). Vajinal doğum yapan kadınların sezaryen doğum yapanlara göre daha fazla stres Üİ'ı yaşadığı, müdahaleli doğum yapanlarda normal

doğum yapanlara göre sürekli Üİ, stres Üİ'ı, urge inkontinansının daha yüksek oranlarda bulunduğu görülmektedir (Williams ve ark. 2007).

2.4.5. Geçirilmiş Jinekolojik Operasyonlar

Histerektomi sonrası Üİ riski; pelvik sinir hasarına, overlerin alınması durumu varsa östrojen yetmezliğine ve mesane desteğinin bozulması gibi durumlara bağlı kalarak artmaktadır (Özerdoğan 2003).

2.4.6. Kronik Hastalıklar

Pelvik taban kas yapısında oluşan defektler sonucunda Üİ bir risk faktörü olmada önemli bir rol almaktadır. Yaşın ilerlemesi, kullanılan uzun süreli ilaçlar, menopoz sonrası östrojen seviyesinde azalma üriner inkontinas gelişiminde etkili olmaktadır (Ünsal ve ark. 2013, Yaz ve ark. 2015). Yaz ve ark. (2015) yaptığı çalışmada Diyabetes Mellitusu olan hastaların oranı %15,21 olarak bulunmuştur. İnkontinans tiplerinin oranları birbirine yakın olsa da ileri yaş hastalarda daha çok urge üriner inkontinans tespit edilmiştir. Kronik akciğer hastalıkları, Diyabetes Mellitus, kronik öksürük, bazı sinir sistemi hastalıkları Üİ gelişimine zemin hazırlamaktadır (Çoban ve Şirin, 2003; Demirci ve Coşar, 2009; Yılmaz ve ark. 2014; Erkal ve Pakyüz 2019)

2.4.7. Konstipasyon

Özellikle stres Üİ'sinin gelişiminde konstipasyon önemli bir risk faktörüdür. Kadınlarda şiddetli konstipasyon eksternal anal sfinkterin ve pelvik taban kaslarının sinirsel yapısını azaltmasına bağlı olarak pelvik tabanın nörolojik fonksiyonunda değişikliklere neden olur. Konstipasyonu önlemek için lifli gıda ve yeterli sıvı alımı, düzenli egzersiz yapma, defekasyon ihtiyacının düzenli olarak karşılanması gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilir. Konstipasyonun azalması yaşlılarda sık idrara çıkma, acil idrar yapma hissinin önemli oranda azalmasını sağlar (Kaplan ve Demirci, 2010).

2.4.8. Kullanılan ilaçlar

Çeşitli ilaçlar da Üİ oluşumunu kolaylaştırabilmektedir. Diüretikler, östrojen, benzodiazepinler, trankilizanlar, antidepresanlar, hipnotikler, laksatifler, antibiyotikler Üİ'a neden olan ilaçlara örneklerdir (Tanrıverdi ve ark, 2004).

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, yaşamdan hoşnut olma ve mutlu olmayı içeren, genel olarak "iyi olma" hali için kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki mental, sosyal ve fiziksel etkilerine verdiği kişisel cevapları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu yalnızca yeteri kadar fiziksel iyilik halinden öte bir kavramdır. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (Eser 2006).

Yaşam kalitesi, insanların kendi değerler sistemleri ve kültürleri içinde kendi durumlarını algılama biçimidir. Bireyin psikolojik durumu, fiziksel fonksiyonlarını, aile içindeki ya da dışındaki sosyal ilişkilerini, inançlarını ve çevre etkilerini de kapsamaktadır. Yaşam kalitesi çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin yaşantısıyla ve beklentileriyle ilişkilidir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesinin varlığı, kronik bir hastalığının varlığı, sigara ve alkol alışkanlığı, sosyo-demografik özellikler, sosyal destek yokluğu gibi yaşam kalitesi etkileyen birçok faktör rol oynamaktadır (Sönmez ve ark. 2007).

2.6. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi

Mesane kontrolünün kaybedilmesi sonucu kişinin hissettiği emosyonel duygular; utanma, kendini yetersiz ve kirli hissetme, seksüel istekte azalma, koku korkusu, inkar, beden imajında bozulma, anksiyete, sosyal izolasyon, depresyon, suçluluk, damgalanma (Stigmatizasyon), toplumun alaycı tavrına karşı kızgınlık, kırgınlık gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Güler 2006).

Üİ'la karşılaşan kadınlar, özgürlük ve doğallıklarının kaybolduklarını düşünürler. Aktivitelerini kısıtladıkları için gerileme hissi duyarlar. Daha ciddi kısıtlamalarla karşılaşmaktan, utanç verici durumlara düşmekten, koruyucu önlemlerin işe yaramamasından, kesin tedaviye ihtiyaç duymaktan ve hasta bir kişi olarak görmekten korkarlar (Aslan 2002).

Kadın, üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendini eksik, aşağılık ve kusurlu olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesinin kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hisseder, kendini değersiz, dünyayı kötü, karamsar ve anlamsız görür. İnkontinanslı hastaların sosyal bakımdan izole, depresif, enerjilerinin düşük ve iştahsız oldukları, ev işlerini tamamlayacak durumda olmadıkları ve kişisel bakımın azalabileceği değişik araştırmalarda rapor edilmiştir (Aslan 2002; Demir ve Beji 2015).

2.7. Üriner İnkontinansta Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İlk olarak 1970 yılında İngiltere'de Uzman Kontinans Danışman Hemşiresi (Specialist nurse continence advisor), sonrasında da James P. Smith 1982 yılında kontinansın yönetilmesi gerektiğini kaleme alması ile “Uzman Kontinans Hemşireleri” konusu gündeme gelmiştir. Ardından diğer bir gelişme ise Kuzey İrlanda, İngiltere, Galler ile İskoçya 'da (Birleşik Krallık Ülkeleri) bulunan sağlık alanları da inkontinans hemşireliği fikrine destek vermişlerdir. Bunun üzerine ilk araştırmalar Üİ'lı hastalarda başlatılmış, inkontinans alanında uzmanlaşan hemşireler Üİ'lı hastalara bakım verme, hastalığın semptomlarını yönetme konusunda başarılı olmuşlardır. Hemşireler için ilk inkontinans kursları ve eğitimi, İskoçya ile Galler, Kuzey İrlanda, İngiltere, Avustralya, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde verilmekte olup, bugün Asya, Singapur, Hong Kong'da da eğitim vermeye başlanmıştır. Günümüzde hem sağlık profesyonellerinin hem halkın katılımının sağlanabildiği sanal ortamda eğitim programları bulunmakta ve üriner inkontinans konusunda eğitim alan hemşirelerin %93'ü yurt dışında bulunan inkontinans merkezlerinde danışman olarak görev almakta olup ekibin önemli üyeleri olmuşlardır. Fakat Türkiye'de hem bu alanda uzmanlaşmış hemşire sayısının az olması hem de bu merkezlerin yeteri kadar olmaması nedeniyle, Türkiye'de hemşirelerin bu konudaki farkındalığını arttırmak önem kazanmaktadır (Karaçam 2003; Üstgörül ve Yanikkerem 2015).

Üİ; kadınların eğitim, iş, sosyal ve fiziksel ortamlarını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren yaygın bir sağlık problemidir. Doğru hemşirelik girişimleriyle bu durumun sağlıklı bir şekilde yönetilmesi sürecin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bakımın sonuçlarını ve kalitesini daha iyi hale getirmek, hasta memnuniyetini artırmak, bakımı standardize etmek ve kanıt temelli yaklaşımlarla bireyleri doğru yönlendirmek mümkündür. Bu sebeple sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında

sorumluluk sahibi olan hemşirelerin, Üİ'la ilgili konularda çalışma yapmaları, yapılan çalışma sonuçlarını değerlendirebilmeleri, klinikte ve sahada kullanabilmek için uygulamaya aktarabilmeleri beklenmektedir (Kızılkaya 2002).

Üİ durumunda verilen hemşirelik bakımının en önemli amacı rahatsızlığın getirdiği kısıtlamalara rağmen, kadının kontinansını sağlamak ve kadının günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olmaktır (Çetinkaya ve ark. 2015). Pelvik bozukluklara nedeniyle rahatsızlığı olan kadınların hemşirelik bakımlarında hemşire; duyarlı, destekleyici, bilgili ve anlayışlı tutumla kadınlara empati göstererek yaklaşmalı jinekolojik sorunlarında rehberlik etmelidir (Kılınç 2011). Ülkemizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kadın sağlığını geliştirme ve koruma anlamında hemşirelere önemli roller düşmektedir. Bu rollerin başında, kadınlara konforlu ve sağlıklı bir yaşam talep etmeyi öğretmek gelmelidir. Hemşireler, inkontinans gelişimine neden olabilecek ailesel öykü, doğum öyküsü beslenme, gibi risk faktörleri açısından değerlendirmesi, Üİ risk faktörlerini ve bulgularını Üİ'tan korunmada gerekli konuların kadınlara anlatılması (egzersiz vb.) açısından danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol alması, kadın sağlığına yönelik yapılan araştırmalarda ve medyada Üİ'in daha etkin biçimde ele alınması, böylelikle kadınların konu hakkında bilinç kazanmaları gerekmektedir (Ertem 2009; Topuz 2015).

Hemşirelerin Üİ konusunda başlıca iki sorumluluğu bulunmaktadır. Bunlar; Üİ'in gelişimini önlemeye çalışmak ve bu sorunu yaşayanların tedavi dönemlerinde aktif rol almaktır. Üİ'in önlenmesinde primer, sekonder, tersiyer koruma ve alınacak önlemler aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

- ✓ Primer koruma; Üİ'in gelişme nedenlerinin önlenmesi,
- ✓ Sekonder koruma; Üİ'inin erken dönemde belirlenmesi ve nedenlerinin önlenerek inkontinansının ilerlemesinin durdurulması,
- ✓ Tersiyer koruma; Üİ'inin komplikasyonların oluşması, daha kötüye gitmesi, inkontinansın getirdiği kişisel sınırlamalardan korunması.

Multidisipliner yaklaşım içinde yer alan hemşirelerin diğer bir rolü de jinekoloji polikliniğine başvuran kadınları Üİ'in risk faktörleri açısından değerlendirme, risk faktörlerini ve bulguları bilme, Üİ'tan korumak için egzersizlerin kadınlara öğretilmesi konusunda danışmanlık verebilmesi gerekmektedir. Primer korunmanın sağlanması ve bu konuda kadınların eğitilmesi hemşirelik yaklaşımının en

önemli amacını oluşturmaktadır. Primer korumada verilecek eğitimler aşağıda yer almaktadır.

- ✓ Dengeli beslenerek obeziteden ve kabızlıktan korunulmalıdır.
- ✓ Sigara kullanımından uzak durulmalıdır.
- ✓ Bol sıvı alımı ancak alkol, kafeinli içecekler tüketiminin sınırlandırılması sağlanmalıdır.
- ✓ Diabet ve kronikleşmiş akciğer hastalıklarından korunmanın inkontinanstaki korunma anlamında da yardımcı olacağı anlatılmalıdır
- ✓ Pelvik taban kaslarını güçlü tutmak için, Üİ olmaksızın Kegel egzersizleri uygulanabilir. Hiç bir yan etkisi olamamakla birlikte Kegel egzersizlerinin doğru biçimde uygulanması Üİ'tan korunmaya büyük katkı sağlamaktadır.
- ✓ Çok sayıda doğum yapmanın da Üİ etkeni olabileceği kadınlara anlatılmalı ve bu konu ile ilgili bilgi verilmelidir (Karaöz 2015).

Ayrıca hemşireler Üİ'ın önlenmek ve bu sorunun giderilmesi için kullanılan etkili tedavi yöntemleri hakkında da kadınlara danışmanlık yapmak ve eğitim vermek sorumluluğuna sahiptir. Verilecek eğitim ve danışmanlıkta aşağıdaki hususların yer alması gerekmektedir:

- ✓ Ağır cisimler kaldırılmamalı ve çekilerek taşınması öğretilmeli,
- ✓ Kilo alımının normal sınırlarda olmasının sağlanması,
- ✓ Konstipasyon gelişimine engel olunması,
- ✓ Sigara içmemeleri konusunda bilgi verilmesi ya da azaltılması,
- ✓ Kafeinli içecekler, alkol vb. mesaneyi uyarıcı ve idrarı artırıcı maddelerin kullanımının azaltılması ya da önlenmesi,
- ✓ Kadınlara gebelik süresince ve doğum sonrasında Kegel egzersizinin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,
- ✓ Doğum esnasında perine de travma oluşmasını engellemek amacıyla perine masajı yapılması,
- ✓ Doğumun ikinci evresinin sağlıklı yönetilerek perine tabanının zarar görmesi engellenmelidir (Çetinkaya ve ark. 2015).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü tarafından hazırlanan (United States Department of Health and Human Services) Klinik Uygulama Rehberi'nde Üİ durumunda ilk tedavi seçeneği olarak en az invaziv girişim gerektiren ve en tehlikesiz olan davranışsal tedavi önerilmiştir. Klinikte davranışsal tedavi uygulanırken, tedavi sonucunun fark edilebilmesi için uzun bir süre

gerekmektedir. Dolayısıyla hastalara çoğunlukla cerrahi tedavi veya ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Kliniklerde yeteri kadar eğitimli hemşire olmadığı için davranışsal tedaviler hastalara etkin bir şekilde uygulanamamaktadır. Tanı ve tedavi sürecinde hemşirenin rolü, cerrahi tedaviye karar verilmiş hastalarda hastaya tedavi süreci ve bu süreçte onu bekleyen olası sorunlar ve çözümleri ile ilgili danışmanlık verme, preoperatif dönem hazırlıklarının yapılması, emosyonel destek verilmesi, gerekirse premedikasyon uygulanması ve post-operatif dönemde bakım verici rolleri bulunmaktadır (Özcan 2012).

Farmakolojik veya konservatif tedavi planlanan hastalarda tedavi ile ilgili bilgi verilmesi, tedavi süresince dikkat edilmesi gerekenler, ayrıca FES (Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon) ve biofeedback yönteminde hastanın işleme hazırlanmasında ve bu süreç içerisinde titizlik gerektiren konularda (mahremiyet, hasta güvenliği vb.) hastanın kendini rahat ve güvenli hissedeceği ortamı oluşturur.

Üİ şikayeti olan birçok kadının başvurduğu yöntem sıvı alımını azaltmaktır, oysa ki bu çok ciddi bir hatadır. Sıvı alımının azaltılması başka doku ve organlara zarar verdiği gibi Üİ azaltmaz hatta bu sorunu derinleştirmektedir. Çünkü sıvı alımı az olduğu takdirde idrar konsantre hale gelir. Konsantre idrar da mesane irritanıdır ve detrusor kontraksiyonlarını aktive eder. Bu nedenle sıvı alımını azaltmaması konusunda özellikle durulmalıdır.

İlaçların yan etkileri konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (örneğin; Üİ tedavisinde kullanılan antikolinergik ilaçların ağız kuruluğu, konstipasyon, baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi gibi belirtilerini bilinmeli ve gerekli önlemleri almalıdır (Ricci ve Kyle 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Hatay ili, Dört Yol ilçesinde yer alan bir devlet hastanesinin jinekoloji polikliniğinde yapılmıştır. Jinekoloji polikliniğinde hafta içi her gün 09.00-16.00 saatleri arasında muayene yapılmaktadır. Hastanede kadın-doğum servisi, doğumhane, NST ve ultrason odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın Evrenini; Dört Yol Devlet Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnekleme; Öztürk ve ark. (2012)'in yapmış oldukları çalışmada bulunan cinsel yaşam kalitesi ölçeğinin standart sapma değerinden ($SS=4,30$) (Öztürk ve ark. 2012, 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi) ve evrenin bilinmediği durumlarda $n = (z \times SS / d)^2$ (Karasar 2005) formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır. Formülde % 95 güven düzeyi ve sapma $d=0,5$ kabul edilerek $n = (1,9616 \times 4,30 / 0,5)^2 = 284,58$ bulunmuştur. Çalışmaya 285 kişi dahil edilmiştir. Bu çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi (ICIQ-SF) puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin araştırıldığı regresyon analizi sonucuna rastlanmamıştır. Çoklu regresyon analizi sonucuna göre bağımsız değişkenlerin inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanı üzerine etkisinin $R^2: .25$ (orta etki) düzeyinde olabileceği ön görülerek, %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve % 80 güçle G*Power (3.1.9.2) programında yapılan örneklem sayısı hesabında çalışmaya en az 75 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Veri toplama sırasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 285 kadın ile görüşülerek inkontinansı olan 80 kadına ulaşılmıştır.

Post hoc güç analizi sonucu;

Çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanı üzerine üç bağımsız değişkenin etkili olduğu belirlenen regresyon analizinde elde edilen $R^2: .26$ değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan

post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f^2 : .35 (geniş/büyük etki) ve güç .996 (%99.6) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu belirlenmiştir (Özsoy ve Özsoy 2013).

3.5. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama süreci boyunca Dörtüol Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Örnek Seçim Kriterleri

- ✓ 18 yaş ve üzeri evli olan,
- ✓ En az bir doğum yapmış ve üzerinden bir yıl geçmiş olan,
- ✓ Evli ve cinsel yönden aktif olan, kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Örnek Dışlanma kriterleri

- ✓ Üriner inkontinansla ilgili operasyon geçirmiş olma
- ✓ Kronik bir hastalığı olma (Hipertansiyon, Diyabet)
- ✓ Menopoza girmiş olma.

3.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen tanıtıcı bilgi formu (Ertem 2009; Öztürk ve ark. 2012; Terzi ve ark. 2013; Gölbaşı ve ark. 2014; Demir ve Beji, 2015; Güdücü ve Özcan 2016; Uğurlucan ve ark. 2016) ve Uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu (International Conculatation on Incontinence Questionair Short Form) (ICIQ-SF) kullanılmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak geliştirilmiştir (Ertem 2009; Öztürk ve ark. 2012; Terzi ve ark. 2013; Gölbaşı ve ark. 2014; Demir ve Beji, 2015; Güdücü ve Özcan 2016; Özcan ve ark. 2016; Uğurlucan ve ark. 2016)). Form, kadınların sosyodemografik (yaş, kilo, boy, eğitim durumu, gelir durumu, meslek) , obstetrik (evlenme yaşı, doğum sayısı, doğumu yapma şekli, doğum sırasında dikiş atılması) ve üriner inkontinansa (idrar kaçırma, doktora başvurma durumu, idrar kaçırma nedeniyle utanma duygusu yaşama ve sosyal ortamdan

uzaklaşma, cinsel yaşamın etkilenmesi) ilişkin özelliklerinin yer aldığı 28 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) (ICIQ-SF). (EK-2)

İdrar kaçırmaya ve idrar kaçırmamanın yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Avery ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiştir. Bu form; kadın-erkek, genç-yaşlı, tüm gruplarda idrar kaçırmaya sıklığı, miktarı, idrar kaçırmamanın nedenlerini ve idrar kaçırmamanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmede kullanılmaktadır. Uluslararası inkontinans sorgulama kısa formunun Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Çetinel ve ark. (2004) yapmış olduğu çalışma ile ülkemizde standart, uluslararası yayınlarda kullanılabilir, geçerliliği ve stabilitesi gösterilmiş bir form oluşturmuştur.

Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Birinci boyutta idrar kaçırmamanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmamanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmamanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır.

ICIQ-SF toplam altı sorudan oluşmaktadır. İlk iki soruda doğum tarihi ve cinsiyet sorgulanmış olup ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Birinci boyutta (üçüncü soru) idrar kaçırmamanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta (dördüncü soru) idrar kaçırmamanın miktarı, üçüncü boyutta (beşinci soru) idrar kaçırmamanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta (altıncı soru) idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlamada; hiçbir zaman:0, haftada bir veya daha seyrek:1, haftada iki veya 3 kez:2, günde birkaç kez: 4, her zaman:5 şeklinde puan verilmiştir. 4.soruda idrar kaçırmamanın miktarı sorulmuştur. Puanlamada; hiç:0, az miktarda:2, orta derecede:4, çok miktarda:6 şeklinde puan verilmiştir. 5.soruda idrar kaçırmaya bağlı yaşam kalitesi ne kadar etkiliyor sorusuna 0'dan (hiçbir şekilde)10'a kadar (çok fazla) değerlendirme istenmiştir. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırmaya tipinin belirlenmesinde kullanılır. İdrar kaçırmaya tipinin belirlenmesinde; "öksürürken, hapşırırken idrar kaçıyorum" ve "hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum" cevapları stres inkontinans olarak tanımlanmıştır. "Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum" urge inkontinans olarak; Stres ve urge

inkontinans beraber görüldüğünde ise miks tip üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır (Çetinel 2004, Öztürk ve ark. 2012). Puanlamada, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. ICIQ-SF skoru için sekiz ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmının yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir. Bu çalışmada Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunun Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur. ICIQ-SF formu'nun kullanımını için Çetinel'den izin alınmıştır (Ek E).

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler Eylül 2018 - Şubat 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Belirlenen hastanenin jinekoloji polikliniğine başvuran ve araştırma kriterlerine uygun kadınlar örneklere dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastanenin jinekoloji polikliniğine başvuran 10 kadına araştırmacı tarafından görüşülerek uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

- ✓ Üriner inkontinans sıklığı
- ✓ Yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

- ✓ Kadınların demografik özellikleri
- ✓ Kadınların obstetrik özellikleri
- ✓ Üriner inkontinansla ilgili özellikler

3.11. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma verilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Skewness, Kurtosis değerleri ve Kolmogorov-Smirnow testi ile değerlendirilmiş, Skewness (.76) ve Kurtosis (.31) değerlerine göre normal dağılıma sahip olduğu (-2 ile +2 arasında yer aldığı) belirlenmiştir. Kategorik bağımsız değişkenlere göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu ile ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılmasında grup sayısı ve gruplardaki örneklem sayısına göre bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Bağımlı değişken olan Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanları üzerine primer analizlerde etkisi olan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma bulguları, evli ve cinsel yönden aktif olan, en az bir doğum yapmış ve üzerinden bir yıl geçme şartı olan bireylerle sınırlıdır, topluma genellenemez.
- Başka bir rahatsızlığa sahip olan kadınların çalışmaya dahil edilmemesi sınırlılık oluşturmaktadır.
- Araştırmada elde edilen bulgular, kullanılan ölçüm araçları ve katılımcıların öz bildirimini ile sınırlıdır.

3.13. Araştırmanın Soruları

- Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı nedir?
- İnkontinansı olan kadınlarda sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi düzeyine etkisi var mıdır?
- İnkontinansı olan kadınlarda obstetrik özelliklerinin yaşam kalitesi düzeyine etkisi var mıdır?
- İnkontinansı olan kadınların ICIQ-SF (yaşam kalitesi) düzeyini yordayan değişkenler ve etki düzeyleri nedir?

3.14. Araştırmanın Etiği

- ✓ Araştırma için, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul 27.04.2018 tarihli ve 2018/1322 karar sayılı etik kurul (EK C),
- ✓ Araştırmanın ilgili kurumda yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Dörtüol Devlet Hastanesinden 09/07/2018 tarihli ve 72606072 Sayılı izin (EK D),
- ✓ ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Geçerlik Çalışmasını Yapan Prof. Dr. Bülent Çetinel'den İzin (EK E),
- ✓ Anket formları doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapılarak sözel onamları alınmıştır.



4. BULGULAR

Kadınların idrar kaçırırnada yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubuna ait araştırma amaçlarına ilişkin bulgular beş ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Görülme Durumuna İlişkin Bulguları

4.2. İnkontinans Sorunu Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri, İnkontinans Sorununa İlişkin Özellikleri

4.3. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu İle İlgili Bulguları

4.4. İnkontinans Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve İnkontinans İle İlgili Özelliklerinin ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

4.5. İnkontinans Olan Kadınların Yaşam Kalitesi Puanlarına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bulguları

4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların İnkontinans Görülme Durumuna İlişkin Bulgular

Kadınlarda inkontinans görülme durumuna yönelik bulgular Tablo 4.1.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Kadınlarda İnkontinans Görülme Durumu (n:285)

| İnkontinans | n | % |
|--------------------|----------|----------|
| Var | 80 | 28.1 |
| Yok | 205 | 71.9 |

Tablo 4.1.1. 'de kadınların inkontinans görülme durumuna ilişkin bulgular verilmiştir. Evli, en az bir doğum yapmış, doğumun üzerinden en az bir yıl geçmiş ve cinsel olarak aktif olan kadınlarda (n: 285) inkontinans görülme durumu incelendiğinde, çalışma grubundaki kadınların %28,1'inde inkontinans sorunu olduğu, %71.9'unda ise inkontinans sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmanın primer sonucu olarak ele alınan inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesi düzeyi ve yordayan değişkenlerin belirlenmesine yönelik bulgular inkontinans sorunu olan 80 kişi üzerinden verilmiştir.

4.2. İnkontinans Sorunu Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri, İnkontinans Sorununa İlişkin Özellikler

İnkontinans sorunu olan kadınların demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, inkontinans sorununa ilişkin özellikler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.2.1. İnkontinans Sorunu Olan Kadınların Demografik Özellikleri (n: 80)

| Özellikler | n | % |
|--|----|------|
| Yaş | | |
| < 35 yaş | 31 | 38.8 |
| ≥ 35 yaş | 49 | 61.3 |
| Eğitim durumu | | |
| ≤ Ortaokul* | 39 | 48.8 |
| ≥ Lise | 41 | 51.2 |
| BKİ | | |
| Zayıf (< 18.49 kg/m ²) | 3 | 3.8 |
| Normal (18.5 - 24.99 kg/m ²) | 30 | 37.5 |
| Fazla kilolu (25 - 29.99 kg/m ²) | 29 | 36.3 |
| Şişman (30 - 39.99 kg/m ²) | 17 | 21.3 |
| Tehlikeli şişman (≥ 40 kg/m ²) | 1 | 1.3 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 15 | 18.8 |
| Çalışmıyor | 65 | 81.3 |
| Eşinin yaşı | | |
| < 35 yaş | 17 | 21.3 |
| ≥ 35 yaş | 63 | 78.8 |
| Eşin eğitim durumu | | |
| ≤ Ortaöğretim | 29 | 36.3 |
| ≥ Lise | 51 | 63.7 |
| Aylık gelir | | |
| ≤ Asgari ücret (2.020) | 24 | 30.0 |
| > Asgari ücret | 56 | 70.0 |
| Gelir algısı | | |
| İyi | 12 | 15.0 |
| Orta | 41 | 51.2 |
| Kötü | 27 | 33.8 |

* 3 kişi okur-yazar değil

Tablo 4.2.1. 'de inkontinans sorunu olan kadınların demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırma grubunda kadınların %61,3'ü 35 yaşın üzerinde ve %78,8 'inin eşinin yaşı 35'in üzerinde bulunmuştur. Kadınların %37,5 'inin BKİ normal, %81,3'ü çalışmıyor, %63,7'sinin eş eğitim durumu lise ve üzeri olduğu saptanmıştır. Asgari ücretin üzerinde maaş alanların oranı %70 ve gelirlerini orta düzeyde algılayanların oranı %51,2 dir.

Tablo 4.2.2. İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik Özellikleri (n: 80)

| Özellikler | n | % |
|---|----------|----------|
| Evlilik yaşı | | |
| ≤ 18 yaş | 24 | 30.0 |
| > 18 yaş | 56 | 70.0 |
| Yaşayan çocuk sayısı | | |
| Tek çocuk | 15 | 18.8 |
| 2 çocuk | 20 | 25.0 |
| 3 ve üzeri çocuk | 45 | 56.3 |
| İlk doğum yaşı | | |
| ≤ 18 yaş | 8 | 10.0 |
| > 18 yaş | 72 | 90.0 |
| Son doğum yaşı | | |
| < 35 yaş | 66 | 82.5 |
| ≥ 35 yaş | 14 | 17.5 |
| Son doğum şekli | | |
| Normal | 48 | 60.0 |
| Sezaryen | 32 | 40.0 |
| Son doğum süresinin 24 saatten fazla olma durumu | | |
| Evet | 10 | 12.5 |
| Hayır | 70 | 87.5 |
| Sonuncu/önceki normal doğumda epizyotomi | | |
| Uygulanmadı | 21 | 26.3 |
| Uygulandı | 59 | 73.8 |
| İri bebek doğurma | | |
| Hayır | 55 | 68.8 |
| Evet | 25 | 31.3 |

Tablo 4.2.2. 'de inkontinans sorunu olan kadınların obstetrik özellikleri yer almaktadır. Evlilik yaşı 18 üzerinde olan kadınların oranı %70, üç ve üzerinde çocuğu olan kadınların oranı %56,3 olarak bulunmuştur. İlk doğum yaşı 18 yaş ve üzerinde olan kadınların oranı %90 iken, son doğum yaşı 35'den küçük olanların oranı %82,5 olarak tespit edilmiştir. Kadınların %60'ının son doğum şekli vaginal doğumdur. Kadınların %87,5 'inin son doğumununun 24 saatten fazla sürmediği tespit edildi. Kadınların %73,8'ine epizyotomi uygulandığı ve %68,8'i iri bebek doğurmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.2.3. Kadınların İnkontinans Sorununa İlişkin Özellikler (n: 80)

| Özellikler | n | % |
|---|----------|----------|
| İnkontinans sebebiyle doktora başvurma | | |
| Evet | 32 | 40.0 |
| Hayır | 48 | 60.0 |
| Doktora başvurmama nedeni (n: 48) | | |
| Önemsemedim | 18 | 37.5 |
| Normal olduğunu düşündüm | 16 | 33.3 |
| Muayene olmaktan çekindim | 14 | 29.2 |
| İdrar kaçırma süresi | | |
| 1 yıl < 2 yıl (1 yıldan fazla-2 yıldan az) | 38 | 47.5 |
| 2-4 yıl | 27 | 33.8 |
| ≥ 5 yıl | 15 | 18.8 |
| İdrar kaçırmayla ilgili bilgi alma | | |
| Evet | 49 | 61.3 |
| Hayır | 31 | 38.8 |
| Bilgi kaynağı (n: 49) | | |
| Doktor | 23 | 46.9 |
| Ebe-hemşire | 10 | 20.4 |
| Medya | 16 | 32.6 |

Tablo 4.2.3. 'de kadınların inkontinans sorununa ilişkin özellikler yer almaktadır. Kadınların %60'ının inkontinans sebebiyle doktora başvurmadığı, %37,5'inin bu durumu önemsemediği, %47,5'inin 2 yıldan daha z süredir idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Kadınların %61,3'ünün idrar kaçırma ile ilgili bilgi aldığı ve %46,9'unun bilgiyi doktordan aldığı tespit edilmiştir.

4.3. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu ile İlgili Bulguları

İnkontinans sorunun olan kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu ile ilgili bulgular aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formundan (ICIQ-SF) Aldığı Madde ve Toplam Puan Ortalamaları (n: 80)

| ICIQ-SF Maddeleri (*) | Alınan En Az-En Çok | $\bar{x} \pm SS$ |
|------------------------------|---------------------|------------------|
| İdrar kaçırma sıklığı (0-5) | 0-5 | 2.06±1.16 |
| Kaçan idrar miktarı (0-6) | 0-6 | 2.87±1.23 |
| Günlük yaşama etkisi (0-10) | 0-10 | 3.90±2.29 |
| ICIQ-SF Toplam (0-21) | 0-21 | 8.84±4.18 |

(*) Alınabilecek minimum ve maximum puan.

Tablo 4.3.1.' de kadınların uluslararası inkontinans sorgulama kısa formundan (ICIQ-SF) aldığı madde ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Kadınların idrar kaçırma sıklık ortalamasının 2.06±1.16, kaçan idrar miktarının 2.87±1.23, günlük yaşama etkisinin 3.90±2.29 olduğu toplam ICIQ-SF puan ortalamasının ise 8.84±4.18 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) Toplam Puanın Sınıflandırılması (n: 80)

| ICIQ-SF Puanlarına Göre Gruplar | n | % |
|---|----|------|
| Rahatsızlık verici olmayan durum (≤ 7 puan) | 34 | 42.5 |
| Rahatsızlık verici durum (≥ 8 puan) | 46 | 57.5 |

Tablo 4.3.2.'de Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) toplam puanın sınıflandırılması yer almaktadır. Kadınların %42,5'inin inkontinans durumunu rahatsızlık verici bir durum olmadığını ifade ederken %57,5'inin rahatsızlık verici bir durum olarak belirttikleri bulunmuştur.

Tablo 4.3.3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunun Sınıflandırılması (n: 80)

| İnkontinans Türü | n | % |
|--|----|------|
| Stres İnkontinansı (Öksürürken/hapşırırken hareket halinde iken/spor yaparken idrar kaçıрма) | 24 | 30.0 |
| Urge inkontinans (Tuvalete yetişemeden idrar kaçıрма) | 4 | 5.0 |
| Miks tip üriner inkontinans (Stres + Urge) | 52 | 65.0 |

Tablo 4.3.3.'de Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunun sınıflandırılması verilmiştir. Kadınların %65'inde miks tip üriner inkontinans, %30'unda stres inkontinansı, %5'inde urge inkontinansının olduğu tespit edilmiştir.

4.4. İnkontinansı Olan Kadınların Demografik Özellikleri, Obstetrik Özellikleri ve İnkontinans ile İlgili Özelliklerinin ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguları

İnkontinansı olan kadınların demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve inkontinans ile ilgili özelliklerinin ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.4.1. İnkontinansı Olan Kadınların Demografik Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 80)

| Özellikler | n | ICIQ-SF $\bar{x} \pm SS$ | Test | p |
|---|----|-----------------------------|-----------|-------------|
| Yaş | | | | |
| < 35 yaş | 31 | 7.71±3.95 | t: 1.952 | .055 |
| ≥ 35 yaş | 49 | 9.55±4.21 | | |
| Eğitim durumu | | | | |
| ≤ Ortaokul* | 39 | 9.92±3.85 | t: 2.326 | .023 |
| ≥ Lise | 41 | 7.80±4.27 | | |
| BKİ | | | | |
| Zayıf/Normal (≤ 24.99 kg/m ²) | 33 | 9.24±4.40 | KW: .857 | .652 |
| Fazla kilolu (25 - 29.99 kg/m ²) | 29 | 8.83±4.20 | | |
| Şişman/Tehlikeli şişman (≥ 30 kg/m ²) | 18 | 8.11±3.86 | | |
| Çalışma durumu | | | | |
| Çalışıyor | 15 | 7.67±3.50 | | .300 |
| Çalışmıyor | 65 | 9.11±4.31 | Z: 1.037 | |
| Eşinin yaşı | | | | |
| < 35 yaş | 17 | 7.41±3.92 | | .061 |
| ≥ 35 yaş | 63 | 9.22±4.20 | Z: 1.872 | |
| Eşin eğitim durumu | | | | |
| ≤ Ortaöğretim | 29 | 9.83±4.01 | | .075 |
| ≥ Lise | 51 | 8.27±4.21 | Z: 1.780 | |
| Aylık gelir | | | | |
| ≤ Asgari ücret | 24 | 9.08±4.79 | | .920 |
| > Asgari ücret | 56 | 8.73±3.94 | Z: .100 | |
| Gelir algısı | | | | |
| İyi | 12 | 7.25±3.17 | KW: 4.851 | .088 |
| Orta | 41 | 8.39±3.83 | | |
| Kötü | 27 | 10.22±4.79 | | |

* 3 kişi okur-yazar değil

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 78

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2

Z: Mann Whitney U testi

Tablo 4.4.1.'de inkontinansı olan kadınların demografik özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır. İnkontinansı olan kadınların yaş grubuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, yaşı 35 ve daha

büyük olan kadınların puan ortalamasının 35 yaşından küçük olanlara göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$).

İnkontinansı olan kadınların **eğitim** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, eğitimi ortaokul düzeyinde ve daha az olan kadınların puan ortalamasının lise ve üniversite mezunlarına göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.4.1.).

BKİ sınıflamasına göre inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).

Kadınların **çalışma** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.1.). Kadınların **çalışma** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, çalışmayan kadınların puan ortalamasının çalışanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).

Eşinin yaşına göre inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, eşinin yaşı 35 ve üzerinde olan kadınların puan ortalamasının eşinin yaşı 35 yaşından küçük olanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).

Eşinin eğitim durumuna göre inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, eşinin eğitimi ortaokul düzeyi ve altında olan kadınların puan ortalamasının eşinin eğitimi lise ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).

Aylık gelir düzeyine göre inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).

Kadınların **geliri algılama** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, gelir durumunu iyi olarak algılayan grubun puan ortalamasının en düşük olduğu, gelir durumunu orta olarak algılayanların bunu izlediği, kötü olarak

algılayanların da en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Geliri algılama durumuna göre grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.1.).



Tablo 4.4.2. İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 80)

| Özellikler | n | ICIQ-SF $\bar{x} \pm SS$ | Test | p (fark) |
|---|----|-----------------------------|------------|------------------------|
| Evlilik yaşı | | | | |
| ≤ 18 yaş | 24 | 9.42±3.63 | | .285 |
| > 18 yaş | 56 | 8.59±4.41 | Z: 1.068 | |
| Yaşayan çocuk sayısı | | | | |
| Tek çocuk ^a | 15 | 6.47±2.95 | KW: 15.141 | .001 (a < b) |
| 2 çocuk ^a | 20 | 7.45±4.42 | | |
| ≥ 3 çocuk ^b | 45 | 10.24±3.93 | | |
| İlk doğum yaşı | | | | |
| ≤ 18 yaş | 8 | 8.63±3.07 | | .904 |
| > 18 yaş | 72 | 8.86±4.31 | Z: .121 | |
| Son doğum yaşı | | | | |
| < 35 yaş | 66 | 8.33±4.12 | | .012 |
| ≥ 35 yaş | 14 | 11.21±3.79 | Z: 2.526 | |
| Son doğum şekli | | | | |
| Normal | 48 | 8.77±3.81 | t: .173 | .863 |
| Sezaryen | 32 | 8.94±4.75 | | |
| Son doğum süresinin 24 saatten fazla olma durumu | | | | |
| Evet | 10 | 7.60±4.79 | | .232 |
| Hayır | 70 | 9.01±4.10 | Z: 1.194 | |
| Sonuncu/önceki normal doğumda epizyotomi | | | | |
| Uygulanmadı | 21 | 6.71±2.85 | | .009 |
| Uygulandı | 59 | 9.59±4.34 | Z: 2.600 | |
| İri bebek doğurma | | | | |
| Hayır | 55 | 8.33±3.85 | | .095 |
| Evet | 25 | 9.96±4.72 | Z: 1.668 | |

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu

Z: Mann Whitney U testi

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 78

Tablo 4.4.2.'de inkontinansı olan kadınların obstetrik özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. İnkontinansı olan kadınların evlilik yaşına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p > .05$, Tablo 4.4.2.).

Yaşayan çocuk sayısına göre kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p < .01$, Tablo 4.4.2.). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan

ileri analizde, üç ve daha fazla çocuğu olan kadınların yaşam kalitesi puan ortalamasının bir ve iki çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<.05$), bir ve iki çocuğu olan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>.05$) belirlenmiştir.

Kadınların **ilk doğum yaşına** göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.2.).

Kadınların **son doğum yaşına** göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, son doğumunu 35 yaş ve üzerinde yapan kadınların puan ortalamasının son doğumunu 35 yaşından önce yapanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.4.2.).

Kadınların **son doğum şekline** göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, normal ve sezaryen doğum yapan grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.2.).

İnkontinansı olan kadınların **son yaptığı doğumun 24 saatten uzun sürme** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4.2.).

Önceki ve son doğumda **epizyotomi** uygulanma durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, epizyotomi uygulanan kadınların puan ortalamasının epizyotomi uygulanmayanlara göre yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<.01$, Tablo 4.4.2.).

İri bebek doğurma durumuna göre kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, iri bebek doğuran kadınların puan ortalamasının iri bebek doğurmayanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur ($p>.05$, Tablo 4.4.2.).

Tablo 4.4.3. Kadınların İnkontinans Özelliklerine Göre ICIQ-SF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 80)

| Özellikler | n | ICIQ-SF $\bar{x} \pm SS$ | Test | p (fark) |
|---|----|-----------------------------|------------|------------------------|
| İnkontinans için doktora başvurma | | | | |
| Hayır | 48 | 8.19±3.88 | t: 1.723 | .089 |
| Evet | 32 | 9.81±4.48 | | |
| İdrar kaçırma süresi | | | | |
| ≤ 2 yıl ^a | 38 | 6.84±3.38 | KW: 18.459 | .000 (a < b) |
| 2-4 yıl ^b | 27 | 10.11±2.97 | | |
| ≥ 5 yıl ^b | 15 | 11.60±5.49 | | |
| İdrar kaçırmayla ilgili bilgi alma | | | | |
| Evet | 49 | 9.29±3.79 | t: 1.208 | .231 |
| Hayır | 31 | 8.13±4.72 | | |

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu

t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 78

KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2

Tablo 4.4.3.'de kadınların inkontinans özelliklerine göre ICIQ-SF puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. **İnkontinans sorunu için doktora gitme** durumuna göre kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, doktora giden kadınların puan ortalamasının doktora gitmeyenlere göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 4.4.3.).

İdrar kaçırma süresine göre kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < .001$ Tablo 4.4.3.,). İleri analizde, idrar kaçırma süresi iki yıldan fazla olan grupların yaşam kalitesi puan ortalamasının idrar kaçırma süresi bir yıldan çok- 2 yıldan az olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < .05$), idrar kaçırma süresi 2-4 yıl ile 5 yıl ve üzerinde olan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p > .05$) belirlenmiştir.

Kadınların **idrar kaçırma konusunda bilgi alma** durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, bilgi alan ve almayan gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 4.4.3.).

4.5. İnkontinansı Olan Kadınların Yaşam Kalitesi Puanlarına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin İncelenmesine Yönelik Bulguları

İnkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi puanlarına bağımsız değişkenlerin etkisi regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Kadınların yaşam kalitesi puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin etkisi bir arada değerlendirilmek üzere çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. Regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler arasında korelasyon analizi ve Collinearity istatistiklerine göre otokorelasyon bulunmamıştır.

Tablo 4.5.1. Kadınların Yaşam Kalitesi Toplam Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 80)

| Bağımsız Değişkenler | B | S.Hata | β | t | p | B için 95% Güven Aralığı | Collinearity istatistikleri Tolerance VIF |
|----------------------|-------|--------|---------|-------|------|--------------------------|---|
| (Sabit) | -2.25 | 2.22 | | 1.011 | .315 | -6.68 2.18 | |
| İdrar kaçırma süresi | 2.93 | .86 | .35 | 3.406 | .001 | 1.22 4.64 | .878 1.139 |
| Epizyotomi | 2.31 | .95 | .24 | 2.424 | .018 | .41 4.20 | .922 1.084 |
| Son doğum yaşı | 2.22 | 1.11 | .20 | 2.008 | .048 | .02 4.42 | .917 1.090 |

R: .54 Adjusted R²: .26 F: 10.27 p: .000 Durbin Watson: 1.64

Tablo 4.5.1.'de kadınların yaşam kalitesi toplam puanı üzerine bağımsız değişkenlerin çoklu regresyon analizi sonuçları verilmiştir. İnkontinansı olan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için yapılan çoklu regresyon analizinde; eğitim durumu ve yaşayan çocuk sayısı değişkenleri olmak üzere iki bağımsız değişken yeterli etkiye sahip olmadığı için sırayla regresyon modelinden çıkarılmıştır (p>.05). Modelde kalan ve yaşam kalitesi puanı üzerine anlamlı düzeyde etkisi olan üç değişkenin β katsayısına göre önem sırası (en önemliden en az önemliye doğru en çok etkiliden en az etkiliye doğru) idrar kaçırma süresi (p<.01), epizyotomi uygulanma durumu (önceki ve son vaginal doğumda) ve son doğum yaşı (p<.05) olarak sıralanmaktadır. Söz konusu üç bağımsız değişken kadınların yaşam kalitesi puanına ait değişimi (varyansı) %26 olarak açıklamaktadır. İdrar kaçırma süresi iki yıl ve daha fazla olan kadınların yaşam kalitesi puanları idrar kaçırma süresi iki yıldan az olanlara (12-23

ay) göre 2.93 puan artmaktadır. Epizyotomi uygulanma öyküsü olan kadınların yaşam kalitesi puanları epizyotomi uygulanmayanlara göre 2.33 puan artmakta, son doğumunu 35 yaş ve üzerinde yapan kadınların yaşam kalitesi puanları ise son doğumunu 35 yaşından önce yapanlara göre 2.22 puan artmaktadır.



5. TARTIŞMA

Üriner inkontinansın dünyada görülme sıklığı %15 - %52 arasında görüldüğü ve yaklaşık 200 milyonun üzerinde insanın üriner inkontinansla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir (Miller 2005). Çalışmamızda üriner inkontinans görülme oranı %28,1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1.). Üriner inkontinans tipine göre sıralandığında, stres üriner inkontinans %30, Urge inkontinans %5, miks tip üriner inkontinans (stres + urge) %65 olarak bulunmuştur. (Tablo 4.3.3.). Terzi ve ark. (2013) yaptığı çalışmada üriner inkontinans oranı %44,8, üriner inkontinans tipine göre incelendiğinde miks üriner inkontinans %17,3, urge üriner inkontinans %8,3, stres üriner inkontinans %17,1 olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %35'inde üriner inkontinans olduğu, tipine göre sıralandığında urge inkontinans %53,1, stres üriner inkontinans %29,6, miks tip üriner inkontinans %17,3 bulunmuştur (Akkoca ve ark. 2014). Başka bir çalışmada üriner inkontinans sıklığı %34,5 tespit edilmiştir (Özcan ve ark. 2016). Yücel ve ark. (2018) yaptığı çalışmada üriner inkontinans sıklığı kadınlarda %28,2 olarak bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %52,5'inde mikst inkontinans, %27,5'inde stres inkontinansı ve %20'sinde urge inkontinansı bildirilmiştir (Karaca ve Demir 2019). Çalışma bulgularına baktığımızda en çok miks tip inkontinans olduğu saptanırken Akkoca ve ark. (2016) çalışmasında en fazla urge inkontinans olduğu görülmüştür. Bu durum çalışmaların farklı bölgelerde farklı yaş grupları ile yapılmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde ortaokul düzeyinde ve daha az olan kadınların oranı %48,8 olarak bulunmuş ve eğitim seviyesi azalmasıyla üriner inkontinans oranlarının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4.1.). Demirci ve ark. (2012) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi düşüğe üriner inkontinans görülme oranının yükseldiğini bildirmiştir. Terzi ve ark. (2013) çalışmasında da eğitim durumları incelendiğinde ilköğretim mezunu olan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %57,3 iken lise ve üzeri mezun olanlarda bu oran %27,3 olarak bildirmişlerdir. Yapılan başka bir çalışma da üniversite mezunu olanların oranı %15,5 olarak bulunmuş ve eğitim seviyesi yükseldikçe üriner inkontinans görülme oranının düştüğü ifade edilmiştir (Yılmaz ve ark. 2014). Bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir. Eğitim seviyesinin düşmesi ve buna bağlı olarak doğum sayısının artması nedeniyle üriner inkontinans görülme oranının arttığı söylenebilir.

Bizim çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların beden kitle indeksleri çoğunluğunda normal düzeydedir. Çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi ortalaması üriner inkontinansı olan kadınlarda yüksek olduğu (Demirci ve ark. 2012), Terzi ve ark. (2013) yaptığı çalışmada beden kitle indeksi 30 ve üzerinde değer alan kadınların oranları %62,3 olarak bildirilmiştir. Yücel ve ark. (2018) yapmış oldukları çalışmada normal kiloda olanlarda üriner inkontinans görülme oranı, beden kitle indeksi yüksek olanlara göre daha düşük çıktığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımızla benzer olarak Yılmaz ve ark. (2014) yaptığı çalışma da üriner inkontinansı olan kadınların beden kitle indeks ortalaması normal çıkmıştır. Beden kitle indeksinin yüksek olması üriner inkontinansın oluşmasında bir risk faktörüdür. Dolayısıyla fazla kilolar karın içi basıncının artmasına, kan akımının olumsuz etkilemesi nedeniyle üriner inkontinansa artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı üç ve üzerinde çocuğu olan kadınların oranı %56,3'tür. Kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde üç ve daha fazla çocuğu olan kadınların yaşam kalitesi düzeyi düşük çıkmıştır (Tablo 4.4.2.) . Şentürk ve Kara'nın (2010) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans görülme riski üç ve üzerinde çocuğu olanlarda 1,586 kat daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada üriner inkontinans sıklığı üç ve üzerinde doğum yapanlarda %68 olarak bildirilmiştir (Terzi ve ark. 2013). Sinan ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada dört ve üzerinde doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %37 olarak bildirilmiştir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Vajinal doğumla birlikte pelvik tabanda bulunan kas, sinir ve ligamentlerin zarar görmesiyle zamanla kaslarda oluşan atrofinin ve prolapsunun üriner inkontinans gelişimine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın verileri doğrultusunda son doğum yaşı 35 yaş ve üzerinde olan kadınların oranı %17,5 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.2.). Terzi ve ark. (2013) yaptığı çalışmada 18 ile 40 yaşları arasındaki kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %22,3 bulunurken, 40 yaş üstü kadınlarda bu oran %70,3 bulunmuştur. Üriner inkontinans sıklığı, kadınlarda yaşın artmasıyla birlikte artış gösterirken bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar ortaya çıkmış olup yaşam kalitesi düzeyinde düşme tespit edilmiştir. Yaşın ilerlemesiyle üretra ön duvarında bulunan çizgili kas liflerinin sayısının azalması ve üretranın kas yapısında bozulma olması sonucu geliştiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %73,8'ine epizyotomi uygulandığı ve üriner inkontinans gelişimini etkileyen faktörlerden biri olarak karşımıza çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.2.). Yücel ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların %59,2'sine epizyotomi uygulanmış ve yaşam kalitesini etkileyen etmenler arasında yer almıştır. Yapılan başka bir çalışmada üriner inkontinans gelişiminde epizyotomi açılmasının etkili olduğunu bildirmişlerdir (Demirci ve ark. 2011). Bulgularımız benzerlik göstermektedir. Literatürde bizim sonuçlarımızdan farklı olarak yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalara da rastlanmaktadır. Bilgili ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans ile epizyotomi açılma durumu arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Vajinal doğum ve epizyotominin pelvik hasarına neden olabileceği, bunu önlemek için endikasyon olmadan rutin epizyotominin yapılmaması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Epizyotomiye bağlı üriner inkontinans gelişme riskinin üç ve üzerinde vajinal doğum yapma, zor doğum, iri bebek ve rijit bir perineye bağlı olduğu düşünülmektedir

Bizim çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınlarda normal ve sezaryen doğum yapan grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.2.). Normal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapan kadınlara göre üriner inkontinans görülme oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Terzi ve ark. 2013). Yılmaz ve ark. (2014) yaptığı çalışmada kadınların %88,8'i normal doğum yaptığı saptanmış olup normal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Normal doğum, bağ dokusunun gerilmesine, yırtılmasına neden olabilir ve pelvik tabana zarar vermesi sonucu üriner inkontinans gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Üriner inkontinans prevalansını etkileyen diğer bir faktörde iri bebek fakat bizim çalışmamızda gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı düzeyde çıkmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.4.2). Bilgili ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada dört kg ve üzerinde bebek doğurmanın üriner inkontinans gelişimini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızın verileriyle benzerlik göstermektedir. Dört kg ve üzerinde doğum yapanlarda doğum esnasında pelvik kasların zarar görmesi ile kaslarda atrofi oluşmasına bağlanabilir. Çalışma kapsamına alınan kadınların evlilik yaşı, ilk doğum yaşı, son doğum süresinin üriner inkontinans ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.4.2).

Çalışmamızda idrar kaçırma süresi iki yıldan az olan kadınların oranı %47,5 olup yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.3.). Yapılan bir çalışmada kadınların bir ve beş yıl arasında üriner inkontinans yaşama oranı %44,2 olarak tespit edilmiştir (Ertem 2009). Demirci ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada kadınların %78,3'ü idrar kaçırma şikayetini bir yıl ve bir yıldan daha az süreden beri yaşadığını bildirmiştir. Başka bir çalışmada üriner inkontinans şikayetini bir yıldan beri yaşayan kadınların oranı %24,3, iki yıldan beri yaşayanların oranı ise %18,5 olarak bildirilmiştir (Demir ve Beji 2015). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. İdrar kaçırma süresinin iki yıldan az olmasını, kadının yaşına ve doğum sayısına bağlı olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.4.3.).

İnkontinans sorunu için doktora gitme durumuna göre kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4.3.). Yılmaz ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans şikayeti ile doktora başvuran kadınların oranı %2,5 olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada üriner inkontinans şikayeti için doktora başvuran kadınların oranı %33,6 olarak saptanmıştır (Demir ve Beji 2015). Çalışma kapsamında bulunan kadınların üriner inkontinansla ilgili bilgi eksikliğinin olması, yaşlanmanın, gebelik ve doğumun doğal bir sonucu gibi algılarının olması doktora başvurmama nedenleri olabilir.

İdrar kaçırma konusunda bilgi alma durumuna göre bilgi alan ve almayan kadınlar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4.3.). Ertem 'in (2009) yaptığı çalışmada kadınların %58,9'unun herhangi bir sağlık personeline bilgi almak istediği ve %32,5'inin televizyondan bilgi almak istediği bildirilmiştir. Üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlar sağlık profesyonellerinin bu konuda ağırlıklı olarak bilgi ve beceri sahibi olması ve konunun önemi konusunda daha hassas olacaklarına inandıklarından dolayı tercih ettiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Üİ çok sayıda kadının hayatını etkileyen ve göz ardı edilen bir konudur. Bu çalışma üreme çağındaki evli kadınlarda Üİ sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar ortaya çıkmıştır.

- Çalışma grubundaki kadınların %28,1'inde inkontinans sorunu olduğu, %71,9'unda ise inkontinans sorunu olmadığı belirlenmiştir
- Araştırma grubunda kadınların %61,3'ü 35 yaşın üzerinde ve %78,8 'inin eşinin yaşı 35'in üzerinde bulunmuştur. Kadınların %37,5 'inin BKİ normal, %81,3'ü çalışmıyor, %63,7'sinin eğitim durumu lise ve üzeri olduğu saptanmıştır. Asgari ücretin üzerinde maaş alanların oranı %70 ve gelirlerini orta düzeyde algılayanların oranı %51,2 dir.
- Üriner inkontinans tipleri incelendiğinde miks tip üriner inkontinans (Stres + Urge) oranı %65 olarak belirlenmiştir.
- Kadınların %42,5'inin inkontinans durumunu rahatsızlık verici bir durum olmadığını ifade ederken %57,5'inde rahatsızlık verici bir durum olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde ortaokul düzeyinde ve daha az olan kadınların oranı %48,8 olarak bulunmuştur ve eğitim seviyesi azalmasıyla üriner inkontinans oranlarının arttığı tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı üç ve üzerinde çocuğu olan kadınların oranı %56,3'tür. Kadınların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde üç ve daha fazla çocuğu olan kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.
- Çalışmamızın verileri doğrultusunda son doğum yaşı 35 yaş ve üzerinde olan kadınların oranı %17,5 olarak bulunmuştur. Bulunan bu yüzdelik dilimine dahil olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda kadınların %73,8'ine epizyotomi uygulandığı ve üriner inkontinans gelişimini etkileyen faktörlerden biri olarak saptanmıştır.
- Çalışmamızda idrar kaçırma süresi iki yıldan az olan kadınların oranı %47,5 olup yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.
- Çalışmamızda üriner inkontinansı etkileyen risk faktörleri; epizyotomi, son doğum yaşı, doğum sayısının 3 ve üzerinde olması, idrar kaçırma tipi ve süresi bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- ✓ Üriner inkontinans, her yaşta bir sağlık problemi olarak ele alınmalıdır. Bunun için her yaş grubundan bireylerin başvurabileceği merkezlerin olması,
- ✓ Toplumda üriner inkontinansla ilgili bilinç kazandırılması ve üriner inkontinansın bir sağlık sorunu olduğu, tedavi edilerek önlenebileceğinin anlatılması,
- ✓ Üriner inkontinans konusunda eksik bilgi ve davranışların düzeltilmesi amacıyla sosyal medyada da inkontinans konusunun desteklenmesi
- ✓ Pelvik taban yapılarının güçlü olması için her yaşta kadınlar için kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve bunu yaşam tarzı haline getirmeleri konusunda bilgi verilmesi,
- ✓ Üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisi için hizmet veren kuruluşların artırılması, sağlık profesyonellerinin bu süreçte etkin rol alması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abrams P, Blavias JG, Stanton, SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1998,114; 5-19.
- Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et. al. 4th International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence, 2009
http://www.ics.org/Publications/ICI_4/filesbook/recommendation.pdf
- Akgün G, Süt N, Balkanlı Kaplan P. Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Prevalance of the Urinary Incontinence in Women Older Than 4 Years and Influence of Their QoL. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2010; 20(6): 378-86.
- Akkoca AN, Özdemir ZT, Kurt RK, Özler S, Arıca SG, Özer C. Üriner İnkontinans Tarifleyen Kadınlarda Aile ve Enürezis Nokturna Öyküsü. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2014; 5(20), 20-27.
- Alpar R, Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlilik. Detay Yayıncılık, 2012, 2. Basım, Ankara, Türkiye, s: 338.
- Altaweel W, Alharbi M. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurourol Urodyn*. 2012;31(5):642-5.
- Aslan E. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, 2002, İstanbul.
- Bardino M, Martino MD, Ricci E, Parazzini F. Frequency and determinants of urinary incontinence in adolescent and young nulliparous women. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol* 2015, 28(6): 462-470.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaza S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Risk Faktörleri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2008; 28 (4): 487-493.
- Çetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalçın O, Kocak T, Şenocak M, İtil I. Hidden Female Urinary Incontinence İn Urology And Obstetrics And Gynecology Outpatient Clinics İn Turkey: What Are The Determinants Of Bothersome Urinary İncontinence And Help-Seeking Behavior? *International Urogynecology Journal & Pelvic Floor Dysfunction*, 2007; 18(6): 659-664.
- Çetinel B. Yaşlılarda idrar kaçırma. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri sempozyum dizisi no:75, 2010; 165-185.
- Çetinkaya E, Kavlak O, Atan ŞÜ. Üriner İnkontinans Tedavisinde Konservatif Tedavi Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School Of Medicine Department Of Obstetrics And Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 12-13.
- Çoban A, Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatric* 2003; 6(2): 80-83.
- Ceyhan Ö, Songül G, Handan Z. Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemli Bir Problem: İnkontinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 27(1): 29-35.
- Çamtosun A. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Gaz-Gaita İnkontinansının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008 (Tez Danışman: Doç. Dr. İlker Şen).
- Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2011; 33(4): 301-308.
- Demir S, Beji NK. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Arama Davranışları. F.N. Hem. Dergisi, 2015; 23(1): 23-31.
- Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012; 7(19): 23-37.
- Demirci N, Başar FK, Süzer F, Aba YA, Ataman H. Huzurevindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011; 6(18): 85-101.
- Demirci N, Coşar F. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009; 16(3): 35-40.
- Dikencik BK. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri, In: Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Edt: Kızılkaya N, Emek Matbaacılık, 2002, İstanbul.
- Diñç A, Beji KN. Gebelik, Doğum Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans Ve Korunma Yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2008; 16(62): 143-149.
- Durukan H, Tok EC, Tok D, Aytan H. Mersin ilinde, Hedef Popülasyonda Kadınların Kendisi Tarafından Algılanan İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaş Gruplarına Göre İnkontinans Tiplerinin Dağılımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2015; 46: 1-5.

- Erkal E, Pakyüz SÇ. Diyabetli Kadınlarda Önemli Bir Sorun: Üriner İnkontinans. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi 2019; 11(1): 28-31.
- Ertem G. Üriner İnkontinanslı Hastaların Hastalığıyla Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009; 6(1): 176-187.
- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temeli Ve Ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006; (1): 1-5.
- Gölbaşı Z, Tuğut N, Erenel AŞ, Eroğlu K. Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; (36):1-10.
- Gözükara F, Koruk İ, Kara B. Urinary Incontinence Among Women Registered with a Family Health Center in The Southeastern Anatolia Region and The Factors Affecting İts Prevalence. Turk J Med Sci, 2015; (45): 931-939.
- Güdücü N, Özcan KN. Üriner inkontinanslı kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. G.O. P. Taksim E.A.H. JAREN 2016; 2(1): 16-23.
- Güler TC. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006 (Tez Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI).
- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Etkili Faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000; 7(1): 54-57.
- Hunskar S, Lose G, Sykest D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. Br J Urol. 2004; 93(3):324-30.
- Kadayıfçı O. Klimakterium, Premenopoz, Menopoz, Postmenopoz, Senium, İkinci Bahar. Nobel Tıp Kitapevleri, 2006, İstanbul.
- Kaplan, S. ve Demirci, N. Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010, 5(13), 1-14.
- Karaca ŞB, Demir AN. Üriner İnkontinansın Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Duygu Durum Üzerine Etkisi ve Hastaların Egzersiz Farkındalık Düzeyleri. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi, 2019; 52(2): 133-137.
- Karaçam Z. Kadınlarda Üriner İnkontinans Gelişimini Önlemede Davranışsal Tedavi Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. Sendrom, 2003; 112-116.
- Karaöz B. Pelvik Organ Prolapsusu Ve Üriner İnkontinansın Hemşirelik Yaklaşımı. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School Of Medicine Department Of Obstetrics And Gynecology, İzmir, Turkey, 2015, 5.
- Kılınç F. Geriyatrik Hastalarda İdrar İnkontinansı. Gerofam, 2011; 1(4): 46-59.
- Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinans Tipleri Ve Hasta Değerlendirmesi İçinde Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı. 5. Yayın, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
- Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinansın Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002; 4(1):29-39.
- Koçak I, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beser E. Female Urinary Incontinence İn Thewest Ofturkey: Prevalence, Risk Factors And Impact On Quality Of Life, European Urology, 2005; Sayı 48: 634-641.
- Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48(3): 132-136.
- Luber KM. The Definition, Prevalence, and Risk Factors For Stres Urinary Incontinence. Reviews in Urology, 2004; 6(suppl3): 3-9.
- Newman DK. Managing and Treating Urinary Incontence. Health Profession Press, 2002, Baltimore.
- Miller KL. Stress Urinary Incontinence in Women: Review an Dupdate on Neurological Control. J Womens Health (Larchmt), 2005; 14: 595-608.
- Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary Incontinence as A Worldwide Problem. Int Gynecology Obstet, 2003; 82: 327-338.
- Norton PA. Prevalance And Social Impact Of Urinary Incontinence İn Women. Clinical Obstetrics And Gynecology. 1990; 33(2): 295-297.
- Özcan F, Özkürkçügil C, Etiler N. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlarda İdrar Kaçırma Sıklığı. Türk Aile Hekimleri Dergisi, 2016, 20(1): 29-32.
- Özcan M. Üriner İnkontinanslı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

- Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi. *Urinary Incontinence, Sexual Dysfunction and Quality of Life Among Married Women Older than 20, in Ankara Gulveren Health Clinic Region. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2011;21(4):266-76.
- Özengin N, Çankaya H, Bakar Y, Topçuoğlu M, Ankaralı H. Stres Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitimine Ek Olarak Uygulanan Elektromiyografik Biofeedback Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 2017;22(3): 193-199.
- Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın Ö. Urinary İnkontinence: İts Prevelance, Risk Factors, Effects On The Quality Of Life İn Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004, 58: 145-150.
- Özerdoğan N. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik) Doktora Tezi, İstanbul, 2003.
- Özsoy S, Özsoy G. Eğitim Araştırmalarında Etki Büyüklüğü Raporlanması. *İlköğretim Online* 2013; 12(2), 334-346.
- Öztürk ZG, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2012; 46(4):170-176.
- Pizzoferrato AC, Fermat M, El Assal A, Fauconnier A, Bader G, Urinary incontinence in nulliparous women: prevalence and evaluation of self-perineal reeducation, *Progrès en urologie: journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie* 2014, 24(10): 646–650.
- Ricci SS, Kyle T. *Maternity And Pediatric Nursing*. Lippincott&Wilkins, Florida, 2009, 197-215.
- Robinson D, Cardoza LD. The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. *Urology*, 2003;62(4 Suppl 1):45-51.
- Sarı D, Khorshid L. The Effects Of Pelvic Floor Muscle Training On Stress And Mixed Urinary Incontinence And Quality Of Life. *Journal Of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 2009; 36(4): 429-435.
- Scemons D. Urinary incontinence in adults. *Nursing*. 2013;43(11):52-60.
- Seçkin B, Bedir S. Geriatrik Üriner İnkontinans'ta Yaklaşım. *Sted*, 2004; 13(8): 290-293.
- Sinan Ö, Başak T, Güvenç G, Kurt G. Yaşlı Kadınlarda Üriner İnkontinans: Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi. *Tepecik Eğit. Ve Araşt. Hast. Dergisi*, 2018; 28(3): 208-2014.
- Smith PP, Mccrery RJ, Appell RA. Current Trends İn The Evaluation And Management Of Female Urinary Incontinence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006; 175(10):1233-1240.
- Şentürk Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 2010; 17(1): 7-11.
- Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 2013; 52(1):15-19.
- Topuz Ş. Üriner İnkontinans Ve Cinsellik. *Urinary Contnence And Sexuality*. Balıkesir Sağlık Bilimler Dergisi, 2015; 4(1): 60-64.
- Uğurlucan GF, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö. Türkiye'de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016;79:4.
- Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013;12(3): 231-242.
- Üstgörül S, Yanıkerem E. Kontinans Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi Ve Hemşirelik Yönetiminin Önemi. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School Of Medicine Department Of Obstetrics And Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 22.
- Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk actors. *Journal of Clinical Nursing Women and Children*. 2007,16:549-61.
- Yağmur Y, Ulukoca N. Urinary Incontinence in Hospital-based Nurses Working in Turkey, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010; 108: 224-227.
- Yalçın ÖT. Ürojinekoloji. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Cilt 2. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Atlas Kitapçılık. 2012, 3. Baskı, Ankara, s:1077-1117.
- Yaz MP, Kurt S, Demirtaş Ö, Taşyurt A. Urinary Incontinence and Risk Factors. *Cumhuriyet Medical Journal*, 2015; 37(1):30-36.
- Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014; 2(2): 1-14.
- Yücel U, Hadımlı A, Koçak Y, Ekşioğlu A, Sarı D, Saydam B. Bornova'da Yaşayan 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Risk Faktörleri. *HSP*, 2018; 5(3): 414-423.

Weber AM. Epidemiology and Psychosocial Impact of Pelvic Floor Disorders. İçinde: Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Ed: Walters MD, Karam MM. 3. Baskı. Mosby Elsevier, Philadelphia, 2007; 44-54.



8. EKLER

EK-A: ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, üreme çağındaki evli kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen veriler sayesinde üriner inkontinansa yönelik uygulamaların geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır. Araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve isminizi yazmanız gerekmemektedir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Katılarınız için teşekkür ederiz.

Hümevra Gizem SAĞLAM
Yüksek Lisans Öğrencisi

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız:

2.Kilonuz:

3.Boyunuz:

4.Beden Kitle İndeksi:

5.Eğitim Durumunuz:

1-Okur-yazar değil () 2-Okur-yazar- Ortaokul () 3-Lise ve üzeri ()

6. Çalışma Durumu

1- Çalışan () 2- Çalışmayan ()

8.Eşinizin eğitim durumu

1-Okur-yazar/ilköğretim () 2-Ortaöğretim () 3-Lise () 4-Üniversite ve üzeri ()

9. Ailenizin aylık gelir miktarı:.....TL

10.Gelir durumunu algılama

1-İyi () 2-Orta () 3-Kötü ()

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1.Evlenme yaşı:

2. Yaşayan çocuk sayısı:

3.İlk doğum yaşı:

4.Son doğum yaşı:

5.Son doğum şekli

1-Normal Doğum () 2- Sezeryan ()

6. Son Doğum eyleminin 24 saatten uzun sürme durumu

1- Evet () 2- Hayır ()

7.Son normal doğum eylemi sırasında epizyotomi (kesi-dikiş) yapılma durumu

1-Evet () 2- Hayır ()

8. İri bebek (4 kg ve üzeri)-bebek doğurma durumu

1-Evet () 2- Hayır ()

İNKONTİNANSLA İLGİLİ SORULAR

1.İdrar kaçırma-durumu

1-Evet () 2-Hayır () (9. Soruya geçiniz)

2.İnkontinans (İdrar kaçırma) sebebiyle doktora başvurma durumu

1-Evet () (9. Soruya geçiniz) 2-Hayır ()

3. Doktora başvurmama nedeni

1-Önemsemedim () 3-Normal olduğunu düşündüm ()

2-Muayene olmaktan çekindim () 4-Vakit bulamadığım için ()

4.İdrar kaçırma sorununu ne zamandır yaşıyorsunuz?

1-1 yıl ve üzeri () 2-2-4 yıl ()

3-5-7 yıl () 4-7 yıl üzeri ()

5.Bu soruna yönelik tedavi oldunuz mu?

1-Evet () 2- Hayır ()

6.İdrar kaçırmanız sosyal ortamınızı etkiliyor mu?

1-Evet () 2-Hayır ()

7.İdrar kaçırdığınızda utanma duygusu yaşıyor musunuz?

1-Evet () 2-Hayır ()

8.İdrar kaçırmanız cinsel yaşamınızı etkiliyor mu?

1-Evet () 2-Hayır ()

9.İdrar kaçırmayla ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

1-Evet () 2-Hayır ()

10.Bilgiyi kimden aldınız:

1-Doktordan () 2-Sağlık personelinden (ebe-hemşire) ()

3-Medyadan (TV) () 4-Diğer



EK B: İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU ÖLÇEĞİ (ICIQ-SF)

1) Doğum tarihi:.....GÜN / AY / YIL (...../...../.....)

2) Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiçbir zaman..... 0

Haftada birden az 1

Haftada iki veya üç kez..... 2

Günde bir kez 3

Günde bir kaç kez..... 4

Her zaman..... 5

4) Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç..... 0

Az miktarda..... 2

Orta derecede..... 4

Çok miktarda..... 6

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırmaya günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Hiçbir şekilde

Çok fazla

6) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum.
- Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum.
- Öksürürken veya hapşırırken idrar kaçıyorum.
- Uyurken idrar kaçıyorum.
- Hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçıyorum.
- İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum.
- Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıyorum.
- Her zaman idrar kaçıyorum.

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK C: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:67

Toplantı Tarihi: 27.04.2018

Karar Sayısı:2018/1322:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' un "Üreme Çağındaki Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 17.04.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Hümeyra Gizem SAĞLAM' ın yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' un sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ

Yardımcı araştırmacı: Hümeyra Gizem SAĞLAM

ASLI GİBİDİR
27.04.2018

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÜGLÜ
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı



EK D: SAĞLIK BAKANLIĞI HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

| | |
|--|---|
| Araştırma/Tez/Proje Konusu | “Üreme Çağındaki Evli Kadınlarda Ürinerİnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi” |
| Çalışmanın Yapılacağı Kurum | Dörtüyl Devlet Hastanesi |
| Araştırmanın Statüsü | Yüksek Lisans Tez Çalışması |
| Eğitim Kurumu/Üniversitesi | Necmettin Erbakan Üniversitesi |
| Proje Çalışmasını Yapan Danışman Öğretim Üyesi | Dr. Kamile ALTUNTUĞ |

KARAR: “25.02.2013 tarih ve 1591 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge” gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 27.07.2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Öğretmenliği bölümü öğrencisi Hümevra Gizem SAĞLAM'ın “Üreme Çağındaki Evli Kadınlarda Ürinerİnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi” konulu tez çalışması değerlendirilmiş olup, Müdürlüğümüze bağlı Dörtüyl Devlet Hastanesinde yürütmesi uygun görülmüştür.

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Ali PEKMEZCİ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Üye
Dr. Selçuk ÖNTÜRK
Başkan Yardımcısı

Üye
Dt. Gökçe Tuba DENİZ
Başkan Yardımcısı

Üye
Mehmet DÖNER
Uzman

Üye
Ummahan ÖZAYDIN
Uzman

ONAY
...../...../2018

Dr. Sebahattin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

ADRES: Odabaşı Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY
Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili:1135 Fax : 0(326) 290 11 30 Bilgi İçin: F. TİRYAKİ
E-MAİL: hatayism.egitim.@gmail.com

EK E: İDRAR KAÇIRMA SORGULAMA FORMU ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ



Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com>

31.01.2018 Çar 20:20

Siz



Evet kullanabilirsin

Buform kontinans derneği web sayfasında var

iPhone'umdan gönderildi

gizem özbolat <gizemozbolat@hotmail.com> şunları yazdı (31 Oca 2018 14:38):

Sevgili Mehmet Bülent Çetinel,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez konum da "Üreme çağındaki evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi" ni araştırmayı planlıyorum. Türkçe geçerlilik çalışmasını yapmış olduğunuz İnkontinans sorgulama kısa formunu (ICIQ-SF) tezimde kullanmam için izin verir misiniz? Lütfen Ölçek ve puanlama bilgilerini gönderir misiniz?

İlginiz için teşekkür ederim.

Gizem SAĞLAM

Hümeyra



9. ÖZGEÇMİŞ

| |
|---|
| KİŞİSEL BİLGİLER |
| Adı Soyadı: Hümeýra Gizem SAĞLAM Doğum Tarihi: 02/09/1990 Doğum Yeri: İskenderun Medeni Hali: Evli Uyruđu: T.C. Adres: Yunus Emre mah. 273/2 sokak. Beykent Park Sitesi. D Blok No:7 İskenderun / HATAY Tel: 05065175464 E-mail: gizemozbolat@hotmail.com |
| EĞİTİM |
| Lise: Mersin Sağlık Meslek Lisesi (Ebelik) Lisans: Selçuk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi (Hemşirelik) |
| MESLEKİ DENEYİM |
| Şefkat Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 2012-2016 (Öğretmen) Borsa İstanbul Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 2016-2017 Gevher Nesibe Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi 2017- devam ediyor |
| YABANCI DİL BİLGİSİ |
| İngilizce-YÖKDİL (61,25) |
| ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR |
| Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği |