

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ,
TEDAVİ ÖNCESİ - SONRASI DÖNEMDE
OBJEKTİF VE SUBJEKTİF PARAMETRELERİN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEBNEM KURUL

DOĞ. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

PROF. DR. ÖMER TARIK YALĐIN
(İKİNCİ DANIŞMAN)

TEMMUZ-2013

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ,
TEDAVİ ÖNCESİ - SONRASI DÖNEMDE
OBJEKTİF VE SUBJEKTİF PARAMETRELERİN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEBNEM KURUL

DOĞ. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

PROF. DR. ÖMER TARIK YALĐIN
(İKİNCİ DANIŞMAN)

TEMMUZ-2013

KABUL VE ONAY SAYFASI

Şebnem KURUL Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması” başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” edilmiştir.

02.08.2013

Prof.Dr.Ömer Tarık YALÇIN
JÜRİ BAŞKANI

Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE

Doç.Dr.F.Deniz SAYINER
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Özlem ÖRSAL
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Neşe ÇELİK
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 05.08.2013.....tarih ve ..967...../..4489.... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Kazım ÖZDAMAR
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

ÖZET

Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması

Üriner inkontinans, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de olan, hastaları farklı şekillerde etkileyebilen çok boyutlu bir problemdir. Ağır morbidite veya mortaliteye nadiren neden olabilen üriner inkontinansın asıl etkisi, kadının günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen semptomlara ve yaşam kalitesi düzeyinin bozulmasına neden olmasıdır. İnkontinans problemi Müslüman toplumlarda abdestin bozulmasına neden olarak ibadetlerin yerine getirilmesinde sıkıntı yaratmakta ve dini yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Namaz kılmadan önce kadınlar temizlenmek için abdest almakta, idrar kaçağı olduğunda abdest bozulduğu için daha sık abdest almak zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca namaz kılariken yapılan hareketler sırasında idrar kaçırabilmekte ve ibadet yarım kalabilmektedir.

Bu çalışma üriner inkontinansın yaşam kalitesine ve dini yaşama etkisini, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması amacıyla yapıldı. Araştırmanın evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine üriner inkontinans semptomları ile ilk kez başvuran ve daha önce en az bir yıl süreyle üriner inkontinans tedavisi almayan tüm kadınlar oluşturdu. Çalışma grubuna 17.05.2010–14.02.2012 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılma kriterlerine uyan 65 kadın alındı. Veri toplama aracı olarak; kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik-jinekolojik özellikleri ve üriner inkontinansa özgü subjektif parametrelere (hasta öyküsüne göre inkontinans tipleri, inkontinansın dini yaşama etkisi) ilişkin soruların yer aldığı; hasta tanılama formu ile İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve üriner günlük formları kullanıldı. Objektif verilerin elde edilmesinde ürodinami, ped test, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları ile Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri kullanıldı. Veriler ESOGÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Poliklinik ve Ürodinami Laboratuvarında yüz yüze görüşme tekniği ve tanı testlerinin uygulanmasıyla toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde; Student t testi, Ki-Kare testi, Tek Yönlü ve İki Yönlü Varyans Analizi ile Korelasyon Testleri kullanıldı.

Araştırma bulgularımıza göre; idrar kaçırmanın kadınların %50.8'sinde günlük yaşam aktivitelerini ciddi ölçüde etkilediği saptandı. İnkontinans Yaşam kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılarak yapılan yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde; kadınların ilk başvuruda en olumsuz etkilendiği alanın Sosyal İzolasyon yaşama olduğu saptandı. Kadınların %70.3'ünün idrar kaçırmaya bağlı olarak dini ibadetlerinin kısıtlandığı belirlendi. Subjektif veriler sonucu semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tipleri ile objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına göre) inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu ($p<0.05$). Subjektif inkontinans tiplerinde miks inkontinansı, objektif inkontinans tiplerinde DO ve Miks inkontinansı olanlarda tedavi sonrası yapılan kontrollerde yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde bir iyileşmenin olduğu belirlendi ($p<0.01$), ($p<0.05$). Ped test ile belirlenen ped gramı ağırlık ortalaması, dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerde hiç ya da az ölçüde etkilenenlere göre daha yüksekti ($p<0.01$). Tedavi öncesi ve sonrası yapılan her üç ölçümde elde edilen ped gram ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Tedavi öncesi (ilk geliş) dönemde ölçülen ped ağırlığı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu, ped ağırlığı arttıkça kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin olumsuz etkilendiği saptandı ($p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, medikal tedavi, yaşam kalitesi, dini yaşam, ped test

SUMMARY

Impact of urinary incontinence on quality of life and comparison of objective and subjective pre-and post-treatment parameters

Urinary incontinence is a multi-dimensional health problem that affects the quality of life negatively and has medical as well as social aspects affecting patients in different ways. The main problems associated with urinary incontinence, which can rarely cause morbidity and mortality, are the symptoms affecting the women's daily activities negatively and decreasing quality of life. In Muslim societies, the incontinence breaks ablution, affecting the religious life and cause difficulty in performing prayers. Women take ablution before the prayers and because the urine leakage breaks the ablution, they have to take ablution more frequently. Moreover, the movements during the prayers may cause urine leakage, leading to the interruption of the prayers.

This study was conducted to assess the impact of urinary incontinence on quality of life (QOL) and on religious life and to compare the objective and subjective pre- and post-treatment parameters. The study population consisted of all women admitting to Eskişehir Osmangazi University Medical Faculty Hospital, Clinic of Obstetrics and Gynecology for the first time for urinary incontinence and who had not received urinary incontinence treatment for at least 1 year before admission. A total of 65 women admitted to the outpatient clinic between the dates 17 May 2010 and 14 Feb 2012 and fulfilling the inclusion criteria were included to the study. Data collection tools used in this study were urinary diary forms, the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) and patient identification form including questions related to the socio-demographic characteristics, general health status and habits, obstetric-gynecologic features and urinary incontinence-specific subjective parameters (self-reported incontinence type, impact of incontinence religious life). The objective parameters were urodynamics, pad test, physical examination, laboratory tests and Body Mass Index (BKİ). Data were collected by face-to-face meeting and performing diagnostic tests in ESOGU School of Medicine, Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic and Urodynamics Laboratory.

Statistical analyses were performed by using Student's t test, chi-square test, One-Way and Two-Way ANOVA tests, and correlation analysis.

The results of this study suggest that urinary incontinence severely affects the activities of daily living in 50.8% of women. Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) suggest that the most adversely affected aspect of QOL at the first admission is experiencing social isolation. Of the women, 70.3% had limitations in their religious prayers due to the urinary incontinence. There was a significant relationship between the incontinence types determined by subjective or objective (according to the results of urodynamics) data ($p<0.05$). The QOL was significantly improved after the treatment in patients with mixed incontinence in subjective assessments and in those with DO and mixed incontinence in objective assessments ($p<0.01$ and $p<0.05$). The mean gram weight of the pad determined by pad test was significantly higher in patients whose religious life was severely affected than those who were affected to a lesser extent ($p<0.01$). No significant difference was found between all three mean gram weight of the pad measured before and after the treatment ($p>0.05$). The pretreatment (at the first admission) weight of the pad was negatively correlated with QOL, in which the impairment increases with the increasing weight of the pad ($p<0.01$).

Key words: Urinary incontinence, medical treatment, quality of life, religious life, pad test

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| ÖZET | V |
| SUMMARY | vii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| TABLOLAR DİZİNİ..... | xii |
| KISALTMALAR..... | xiv |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 8 |
| 2.1.Alt Üriner Sistem Embriyoloji ve Anatomisi..... | 8 |
| 2.2.Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması. | 18 |
| 2.3.Üriner İnkontinans ve Tipleri..... | 22 |
| 2.4.Üriner İnkontinansın Prevalansı..... | 29 |
| 2.5.Üriner İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi | 32 |
| 2.6.Üriner İnkontinansın Tedavisi..... | 44 |
| 2.7.Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi..... | 55 |
| 2.8.Üriner İnkontinansın Dini Yaşama Etkisi..... | 58 |
| 2.9.Üriner İnkontinans İçin Tıbbi Yardım Alma | 61 |
| 2.10.Üriner İnkontinansda Hemşirenin Rolü..... | 63 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 65 |
| 3.1.Araştırmanın Şekli..... | 65 |
| 3.2.Araştırmanın Evreni | 65 |
| 3.3.Araştırmanın Örneklemi | 65 |
| 3.4.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 66 |

| | |
|---|------------|
| 3.5. Verilerin Toplanması..... | 69 |
| 3.5.1. Verilerin toplanmasında kullanılan araçlar..... | 69 |
| 3.5.2. Hasta tanılama formu..... | 69 |
| 3.5.3. İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL)..... | 71 |
| 3.5.4. Ped test..... | 73 |
| 3.5.5. Üriner günlük..... | 75 |
| 3.5.6. Beden Kitle İndeksi (BKİ)..... | 75 |
| 3.5.7. Veri toplama formlarının uygulanması..... | 76 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 76 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü..... | 76 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 77 |
| 4. BULGULAR..... | 78 |
| 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri..... | 79 |
| 4.2. Kadınların Üriner İnkontinans Öyküsü, Üriner İnkontinansın Subjektif ve Objektif Parametreleri, Günlük Yaşam Aktivitesi ve Dini Yaşama Etkilerinin Dağılımını Gösteren Bulgular..... | 85 |
| 4.3. Çalışma Grubunda Subjektif Verilerle Semptom Olarak Belirlenen İdrar Kaçırma Tiplerinin Objektif Olarak Belirlenen (Ürodinami Sonuçlarına) İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı..... | 94 |
| 4.4. Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Dini Yaşama Etkisinin Subjektif ve Objektif Veriler İle Elde Edilen İnkontinans Tiplerine ve Ped Test Sonuçlarına Göre Dağılımı..... | 95 |
| 4.5. Tedavi Öncesi ve Sonrası Yapılan Kontrollerde Üriner İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi ve İnkontinansın dini Yaşama Etkisi İle İlgili Parametrelerin Değerlendirilmesi..... | 99 |
| 5. TARTIŞMA..... | 107 |
| 5.1. Üriner İnkontinansın günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkileri..... | 107 |
| 5.2. Çalışma grubunda subjektif verilerle semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına) inkontinans tiplerine göre dağılımı..... | 112 |
| 5.3. Subjektif ve objektif veriler ile elde edilen inkontinans tiplerine göre ve ped test sonuçlarına göre üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine ve dini yaşama etkisi.... | 113 |

| | |
|---|------------|
| 5.4. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisi..... | 115 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 122 |
| 6.1. Sonuçlar | 122 |
| 6.2. Öneriler..... | 133 |
| 7. KAYNAKLAR DİZİNİ | 134 |
| 8. EKLER DİZİNİ..... | 141 |
| EK 1 | 141 |
| EK 2 | 148 |
| EK 3 | 150 |
| EK 4 | 151 |
| EK 5 | 153 |
| EK 6 | 154 |
| EK 7 | 156 |
| EK 8 | 171 |
| EK 9 | 172 |
| EK 10 | 173 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ..... | 176 |

| TABLolar DİZİNİ | Sayfa |
|---|--------------|
| Tablo 4.1.1.Sosyo-Demografik özelliklerin dağılımı | 79 |
| Tablo 4.1.2.Genel sağlık durumu ve alışkanlıkların dağılımı | 81 |
| Tablo 4.1.3.Obstetrik özelliklerin dağılımı | 83 |
| Tablo 4.1.4.Jinekolojik özelliklerin dağılımı | 84 |
| Tablo 4.2.1.Üriner inkontinans öyküsünün dağılımı | 86 |
| Tablo 4.2.2.Semptom olarak (subjektif) üriner inkontinans tipleri ve özelliklerinin dağılımı | 87 |
| Tablo 4.2.3.Üriner inkontinansın tanılanmasına yönelik uygulanan test sonuçlarının (objektif bulgular) ve tedavi şekillerinin dağılımı | 90 |
| Tablo 4.2.4.Fiziksel muayene bulgularının dağılımı | 91 |
| Tablo 4.2.5.Üriner inkontinansın günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkilerine yönelik bulguların dağılımı | 92 |
| Tablo 4.2.6.Tedavi öncesi dönemde inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması | 93 |
| Tablo 4.3.1.Çalışma grubunda subjektif verilerle semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına) inkontinans tiplerine göre dağılımı | 94 |
| Tablo 4.4.1.Üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine etkisinin subjektif ve objektif veriler ile elde edilen inkontinans tiplerine göre dağılımı | 95 |
| Tablo 4.4.2.Üriner inkontinansın dini yaşama etkisinin subjektif ve objektif veriler ile elde edilen inkontinans tiplerine göre dağılımı | 96 |
| Tablo 4.4.3.Çalışma grubuna inkontinansın günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkisinin ped test sonuçlarına göre dağılımı | 98 |
| Tablo 4.5.1.Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının subjektif olarak elde edilen üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması | 99 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 4.5.2.Subjektif olarak elde edilen üriiner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması | 100 |
| Tablo 4.5.3. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriiner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması | 101 |
| Tablo 4.5.4.Objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriiner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması | 102 |
| Tablo 4.5.5.Tedavi öncesi ve sonrası her iki kontrolde de yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların (n=25) yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması | 103 |
| Tablo 4.5.6.Çalışmamızda tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması | 103 |
| Tablo 4.5.7.İdrar kaçırmanın dini yaşam üzerine olan etkisine göre tedavi öncesi ve sonrası dönemde ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması | 104 |
| Tablo 4.5.8.Tedavi öncesi ped test ile belirlenen idrar kaçırma miktarlarının idrar kaçırmanın dini yaşama etkisine göre karşılaştırılması | 105 |
| Tablo 4.5.9.Ped gram ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollere göre karşılaştırılması | 105 |
| Tablo 4.5.10.Kegel egzersizi önerilen kadınlarda tedavi öncesi ve sonrası belirlenen yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırılması | 106 |
| Tablo 4.5.11.Tedavi öncesi ve sonrası kontrollerde ped ağırlıkları ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyon | 106 |

KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ: Beden Kitle İndeksi

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

ICS: International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)

Üİ: Üriner İnkontinans

ASİ: Anatomik Stres İnkontinans

DO: Detrüsör Overaktivitesi

PVR: Post-Void Residual (İşeme Sonrası Rezidüel İdrar Volümü)

VLPP: Valsalva Leak Point Pressure (Valsalva Kaçak Noktası Basıncı)

I-QOL: Incontinence Quality of Life (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)

DS: Davranışların Sınırlanması

PE: Psikososyal Etkilenme

Sİ: Sosyal İzolasyon

PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Modern tıpta kadının alt üriner sistem bozuklukları ile ilgilenen Ürojinekoloji alanı, jinekoloji kliniği bünyesinde ayrı bir birim olarak gelişmeye başlamıştır. Ürojinekoloji alanının içinde alt üriner sistem disfonksiyonunun önemli bir semptomu olan üriner inkontinans, hastalar ve ailelerinin; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açılardan sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen yaygın bir semptomdur (55, 56).

Üriner inkontinans; istatistikî tahminlere göre, 2050 yılında, tüm dünya nüfusunun yaklaşık %20'sini oluşturması beklenen geriatrik popülasyonun sık görülen ve gerek bireysel, gerekse toplumsal açıdan birçok sorunu da beraberinde getiren önemli problemlerinden birisidir (12).

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) 1979 yılında üriner inkontinans; “objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik sorun yaratan, istemsiz idrar kaçırma” durumu olarak tanımlamıştır. 2002 yılında yeni bir tanım geliştirme çalışması yapan ICS, bu çalışmanın sonuçlarını yayınladığı raporda; üriner inkontinans ve tiplerini semptom, bulgu ve ürodinamik sonuçlar temelinde üç farklı kategoride tanımlamış, semptom olarak üriner inkontinansı “miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti” bir bulgu olarak ta “muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı” şeklinde ifade etmiştir (1, 65, 109).

Alt üriner sistemin iki fonksiyonu, idrarın mesanede depolanması ve belirli zamanlarda aktif olarak üretradan atılması için; normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sisteminin, mesane duvarının, detrüsrör kasın, üretranın ve pelvis taban kaslarının normal fonksiyon göstermesi gerekmektedir (15, 27, 85).

Üriner inkontinans semptomları, sadece gelişmiş ülkelerde değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de sık görülen önemli bir sağlık problemidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı popülasyon ile yakın gelecekte üriner inkontinans prevalansının daha da artacağı beklenen bir durumdur. Üriner inkontinans her yaştan ve farklı kültürler ve ırklar arasındaki kadınları etkileyen dünya çapında bir sorun olmaya devam etmektedir. Üriner inkontinans toplumda sık rastlanan kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmesi nedeniyle, kadınları daha yakından ilgilendiren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, medikal olduğu kadar da sosyal bir problemdir (35, 79, 101, 103, 105).

Üriner inkontinans prevalansı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %4.5-53, erkeklerde ise %1.6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir. Kadınlarda üriner inkontinans prevalansının ortalama olarak %27.6 olduğu, %4.8-58.4 arasında değiştiği ve prevalansın yaş ile birlikte önemli derecede artmış olduğu bulunmuştur. Singh ve arkadaşlarının 3000 kadında yaptıkları hastane tabanlı çalışmada, kadınların %21.8'i üriner inkontinansa sahipti. Jokhio ve arkadaşlarının Pakistan'da yaptıkları toplum tabanlı çalışmasında, 15 yaş üstü 5064 kadında üriner inkontinans prevalansı %23.1 olarak saptamışlardır. Dooley ve arkadaşlarının çalışmasında ise, 20 yaş üstü 4229 kadın incelenmiş ve üriner inkontinans prevalansı %49,6 olarak bulunmuştur. Choo ve arkadaşları 30-79 yaş arası 1303 Koreli kadında üriner inkontinans prevalansını %40.8 olarak saptamışlardır. De Gagne ve arkadaşları 65 yaş üstü 4930 kadında, üriner inkontinans prevalansının %44.6 olduğunu belirtmişlerdir (7, 26, 31, 37, 66, 79, 94).

Genel olarak kadınların tümü için üriner inkontinans prevalansı %25 olarak kabul edilmektedir (113). Ülkemizde üriner inkontinans prevalans çalışmalarında, Turan ve arkadaşları (100) 1250 Türk kadınında yaptıkları çalışmada 307 kadında (%24,5) istem dışı idrar kaçırma saptamışlardır. Koçak ve arkadaşları (71) 18 yaş ve üzeri 1012 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %23.9, Benlioğlu (20) 15 yaş üstü 4506 kadın popülasyonunda prevalansı 18.8, Güneş ve arkadaşları (57) 20 yaş üstü 459 kadında prevalansı %49.7, Özerdoğan (83) 20 yaş ve üzeri 625 kadında %25.8, Özdemir (82) 20 yaş üstü evli 610 kadında prevalansı %22.6

olarak saptamışlardır. Çetinel ve arkadaşlarının (24) 5565 kadında yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans prevalansı %35.7 olarak bulunmuştur. Yağmur ve Ulukoca'nın (108) çalışmasında, üriner inkontinans prevalansı %21.5 olarak saptandı. Çiftçi ve Günay çalışmasında (30), 18-67 yaş arası 775 kadında üriner inkontinans prevalansını %36.6 olarak belirtmişlerdir. Akgün çalışmasında (2), 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansını %48.3 olarak saptamıştır. Bilgili ve arkadaşlarının (21) 65 yaş üstü 543 kadında üriner inkontinans prevalansı %43.6 olarak belirlenmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (12) GATA polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşlıda (1276 kadın, 724 erkek), Üİ prevalansını %44.2 olarak bulmuştur. Bu çalışmada Üİ sıklığı kadınlarda (%57.1), erkeklere (%21.5) oranla daha yüksek bulunmuştur.

Üriner inkontinans tüm yaşlardaki kadınların %15 ile %30'unun sosyal, ruhsal, iş ve eve ait sorumluluklarını, fiziksel ve seksüel yaşamını olumsuz etkilemekte, sıkıntı ve yetersizlik durumlarına neden olmaktadır. Günümüzde bayanların eğitim düzeylerinin artması, cinsel yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesine verilen önemin artması sonucu 'bu şikâyetin yaş ile ortaya çıkması normaldir' inancı, yerini 'bu şikâyet tedavi edilebilir bir hastalığın belirtisidir' bilgisine devretmekte ve idrar kaçırma nedeniyle çözüm için sağlık kurumlarına başvuran hastaların sayısı giderek artmaktadır (9, 70, 76).

Üriner inkontinans neredeyse tüm yaştaki kadınlar arasında görülebilen en yaygın sağlık problemlerinden birisidir fakat yaşlılarda artmış bir risk söz konusudur. Yaşlılık sürecinin normal bir parçası olmadığı halde doğum, akut ve kronik hastalıklar, menopoz ile östrojenik stimülasyonun kaybolması pelvik desteği zayıflatır, mesanenin normal strese karşı koyabilme kapasitesini azaltır ve istemsiz idrar kaçırılması yaşlanan kadın için klinik bir problem haline gelir (64, 105).

Genellikle yaşlı multipar kadınları etkileyen bir durum olarak düşünülmesine rağmen, genç, nullipar kadınlarda da özellikle fiziksel aktivite sırasında üriner inkontinans görülebilmektedir (46, 76).

Kadınlarda üriner inkontinans tiplerine uygun olarak yapılan prevalans çalışmaları incelendiğinde; stres tip %50, miks tip %36, urge tip %11 oranında, diğer tipler sadece %3 oranında rapor edilmiştir. Her yaştaki kadınlar göz önüne alındığında da, üriner inkontinansın stres tipi %50, miks tipi %32 ve urge tipi %14 oranında tespit edilmiştir. Dooley ve arkadaşları çalışmasında, stres inkontinans (%49.8) tipinin görülme sıklığını, miks (%34.3) ve urge (%15.9) inkontinansa göre daha fazla oranda saptanmışlardır. Elbiss ve arkadaşları ile Singh ve arkadaşlarının çalışmasında da, stres inkontinans tipi, miks ve urge inkontinansa göre daha fazla oranda görülme oranına sahipti (23, 37, 42, 79, 94).

Ülkemizde Üİ tipleri incelendiğinde Ateşkan'ın yaptığı çalışmada (12), Üİ' nin klinik tipleri içinde 'miks tip Üİ' kadınlarda daha hâkimken (%70.1), erkeklerde en sık görülen tip %56.4 ile 'sıkışma tipi inkontinans' tır. Çetinel ve ark. (24), Yağmur ve Ulukoca (108) ile Çiftçi ve Günay'ın (30) çalışmalarında; stres inkontinans tipinin, urge ve miks inkontinans tipine göre daha sık görülme oranına sahip olduğunu saptamışlardır. Altıntaş ve arkadaşları (4) kadınlarda miks tipin (%34.4), urge (%24.8) ve stres (%7) inkontinans tiplerine göre daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Koçak ve arkadaşları (71) ise; urge (%25.6) inkontinansın, stres (%33.1) ve miks (%41.3) inkontinansa göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir.

Ürojinekolojik şikâyetler, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de olan problemlerdir. Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olamasa da sürekli ıslaklık hissi ve irritasyon nedeniyle bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olabilen bir problemdir. Üriner inkontinans sonucu ortaya çıkan şikâyetler, kişinin istemli olarak kendisini sosyal hayattan izole etmesi, günlük ilişkilerden kaçınması,

fizik aktivitenin kısıtlanması hatta günlük alınan sıvı miktarının azaltılması gibi sorunlarla kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açabilmektedir (9, 29, 36).

Üriner inkontinans hastaları farklı şekillerde etkileyebilen çok boyutlu bir problemdir. Ağır morbidite veya mortaliteye nadiren neden olur ancak asıl etkisi, kadının günlük aktivitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlara ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmasıdır. Özellikle kadınların fiziksel, mesleki, psikolojik, ailevi, sosyal ve seksüel yaşamlarını, ev işlerini, fiziksel eğlence ve hobilerini olumsuz yönde etkiler. Kadınlar tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize etmek zorunda kalabilirler (9, 29).

İdrar kaçırma problemi Müslüman toplumlarda kadınların dini görev ve sorumluluklarını yerine getirmede olumsuz yönde etki yapabilmektedir. Namaz kılmadan önce kadınlar temizlenmek için abdest almakta, idrar kaçağı olduğunda abdest bozulduğu için daha sık abdest almak zorunda kalmaktadır. Ayrıca namaz kılarken yapılan hareketler sırasında idrar kaçırabilmekte ve ibadet yarım kalmaktadır.

İslamiyet'te namaz kılmak, dua etmek, camiye gitmek dini ibadeti yerine getirirken yapılan davranış şekilleridir. Bu ibadetlerden önce beden temizliğini sağlamak için abdest almak bir zorunluluktur. İnkontinans problemi abdestin bozulmasına neden olarak ibadetlerin yerine getirilmesinde sıkıntı yaratmak ve dini yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir.

Literatürde kadınlar idrar kaçırma nedeniyle abdestlerinin bozulduğunu ve değişen namaz vakitlerinde uzun süre sürdürülemediği için tekrar abdest almayı ağır bir yük olarak ifade etmişlerdir. 2006 yılında Muijsenbergh ve Largo-Janssen'in yaptıkları kalitatif çalışmada, Üriner inkontinans şikayeti olan 30 kadın, inkontinans sorunu olmadan önce bir abdest ile aynı gün içindeki farklı namaz vakitlerini tekrar abdest almaya gerek kalmadan tamamlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Oysa üriner inkontinans sorunu yaşamaya başladıktan sonra her namaz vaktinde abdest almayı tekrarlamak zorunda olduklarını bildirmişlerdir. Sonuç olarak, inkontinans nedeniyle

Müslüman kadınlar dini görevlerini tam olarak yerine getiremediklerini düşünmekte ve ibadetlerinin yarım kaldığına inanmaktadırlar (102).

Üriner inkontinansın etnik, kültürel ve sosyal özelliklerinin incelendiği bir çalışmada dini temizlik ve ibadet kurallarının, namaz kılma sıklığının İslamiyet'te ayrıntılı ve geniş bir yer alması nedeniyle; idrar kaçırma problemi olan Müslüman kadınların, Yahudi kadınlara göre dini ibadetlerinin daha fazla olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Ayrıca Yahudi ve Müslüman kadınların idrar sızıntısı yaşama ihtimalleri, namaz kılmak ve dua evine katılabilmek için kadınların öncelikle temiz olma ihtiyacı duymalarına ve bazen dua evlerine katılmada kısıtlamalar yaşamalarına neden olmaktadır. İdrar kaçırma problemini uzun süredir yaşayan kadınlar, kaçırma durumlarına olanak tanımak için namaz kılma rutinlerini değiştirmekte ve ancak 'temiz kalmayı' sürdürebildikleri sürece namaz kılabilmektedirler (25).

İdrar kaçırmaya olan kadınlar, bu problemle baş edebilmek için çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirmişlerdir. Kadınlar sık yıkanma, iç çamaşırlarını düzenli olarak değiştirme, koruyucu ped kullanma, sıvı alımlarını azaltma, namazdan önce idrarlarını boşaltma ve bazı Müslüman kadınlar namaz pozisyonunu, secde yerine oturarak namaz kılma pozisyonuna değiştirme yöntemlerini idrar kaçırma ile baş edebilmek için uygulamaktadırlar (25, 41, 88).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içindedir. Sağlık bakımının en önemli amacı; hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenle üriner inkontinansa yönelik hemşirelik yaklaşımları, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşmalıdır (9).

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç, kişilerin tekrar idrar tutabilir hale gelmesini sağlamaktır. Son yıllarda Avustralya'da ilk kez bir program dâhilinde geliştirilen "**Contenance Nurse Practitioner (CNP), Kontinans Hemşire Uygulayıcıları**" inkontinans hastalarının tedavisi açısından özel eğitilmiş

hemşireler olup, bu hemşirelerle çalışan servisler tüm dünyada nispeten yeni bir gelişmedir. Üriner inkontinans problemi olan kadınlar için CNP tedavi programında; detaylı bir hasta değerlendirmesi, davranış tedavisi ve mesane eğitimi yer almaktadır (14, 48).

Çalışmamız, EOGÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine üriner inkontinans semptomları ile başvuran kadınlarda; üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisinin belirlenmesi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. İdrar kaçırma semptomları ile başvuran kadınların subjektif ve objektif parametrelerinin değerlendirilmesi için hekim ve hemşire çalışması dâhilinde multidisipliner bir yaklaşım esas alınarak yürütülmüş; inkontinans probleminin kadının yaşam kalitesine olan etkisini tanımlamak, tedavi öncesi-sonrası dönemde yaşam kalitesindeki iyileşmeyi saptayabilmek ve yaşam kalitesini arttırmak için gerekli bir çalışmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM EMBRİYOLOJİ VE ANATOMİSİ

Alt Üriner Sistem Embriyolojisi

Genital ve üriner sistem, farklı işlevlere sahip olsalar da, gelişimin erken dönemlerinden itibaren embriyolojik ve anatomik olarak birbiri ile ilişkilidir. Embriyolojik gelişimleri iç içe sürmüş olan üriner ve genital sistem, karın boşluğunun arkasında yer alan bir mezodermal şişkinlikten (“intermediate” mezoderm) köken alırlar. Başlangıçta ortak bir açılım yerine (kloaka) sahip olan bu iki sistem erkekte birbirine daha yakın kalırken, kadınlarda biraz daha farklı bir açılım göstermektedir (84, 117).

Gebeliğin 5.haftasında Wolf kanalının (ductus mesonephrici) alt kısmından, ileride üretere dönüşecek olan ureter tomurcukları çıkar. Wolf kanalının arka duvarı bu tomurcukların altında kısa süre sonra birbiri ile birleşecek olan kloak boynuzlarına dönüşür. Üreter ve Wolf kanalı başlangıçta yan yana kloak boynuzuna ağızlaşır ama kısa süre içinde birbirinden uzaklaşır. Gebeliğin 8.haftasında ureterler Wolf kanalının ağızlaştığı yerden oldukça dışa ve yukarıya uzaklaşır. Üreter ve Wolf kanalının ağızlaştığı yerlerin arasında üçgen bir alan vardır ve bu alan primer mesane trigonudur. Bu aşamadan sonraki gelişme kadında Wolf kanalı kaybolmadan önce uterovaginal kanal arasında kalır. Ürogenital sinus, cinsel yolların birleşme yerinin üzerinde mesaneye, altında ise kadında cinsel organa dönüşür (87).

Mesane trigonununun değişik yapısı ve mesanenin geriye kalan kısmından farklı şekilde sempatik liflerle innerve olması farklı kökenden kaynaklanmasının kanıtı olarak öne sürülmüştür. Bazı yazarlara göre mesane endoderm ve ektodermden (Hutch 1972), trigonum ise ürogenital sinus ile bütünleşen Wolf kanalının mezoderminden kaynaklanmaktadır (Wesson 1920) (87).

Alt Üriner Sistem Anatomisi

Alt üriner sistem fonksiyonel olarak; mesane, üreterovezikal bileşke, trigon, eksternal üretral sfinkter ve üretrayı içermektedir (98).

Mesane (Bladder): Üreterler yolu ile böbreklerden gelen idrarın belirli bir süre bekletildiği, daha sonra üretraya iletiildiği, ileri derecede genişleyebilme yeteneğine sahip, muskuler bir organdır. Boyutu, şekli ve konumu idrar ile doluluğuna göre değişir. Erişkin bir kadında kapasitesi 400-500 ml olan bir idrar rezervuarıdır. Boş mesane; symphysis pubisin hemen arkasında yer alan, tepesi önde ve yukarıda, tabanı arkada ve aşağıda, bir üçgen piramit şeklindedir. Mesane tepe (apex vesicea), taban (fundus vesicea), üst yüzey, alt-yan yüzeyler, mesane boynu ve gövde (corpus vesicea) kısımlarından oluşur. Mesanenin en üst kısmını oluşturan apeks, simfiz pubisin hemen yukarısında karın ön duvarına doğru uzanır. Mesane tabanı ise vajina ön duvarı ve uterus ile komşudur, aralarında gevşek bağ dokusu yer alır. Mesane tabanında yer alan ve tepesi mesane boynunda yer alan üçgen şeklindeki trigonun; tabanının üst köşelerine üreterler açılır, mesane boynundaki köşesinde ise üretranın başlangıcı olan internal orifis yer alır (6, 117, 118).

Mesanenin içyapısı; mukoza, submukoza, kas ve seroza olmak üzere dört tabakadan oluşur. Mesanenin iç yüzünü örten mukoza, çok katlı değişici (transisyonel) epitelden oluşmuştur. Transisyonel epitelin yüzeyindeki hücreler oval, derindeki hücreler ise kübik şekilde sıralanır. Boş mesanedeki oval ve kübik epitel hücreler mesane dolduğunda yassı epitel şekline dönüşür. Mukoza altında yer alan submukozada, her yöne uzanan elastik ve kollajen liflerden oluşan gevşek bağ dokusu ve kapiller damarlar yer alır. Mesane mukozası, kas tabakasına trigon dışında gevşek submukoza tabakasıyla bağlanmıştır. Bu nedenle boş mesanenin iç yüzü plikalı, buruşuk ve düzensiz bir görünüme sahiptir. Aksine dolu mesanede ise, duvarın genişlemesiyle bu kıvrımlar kaybolur ve mukoza düzgün bir hal alır. Trigon bölgesinde submukozanın bulunması ve mukozanın kas tabakasına sıkıca tutunması nedeniyle trigon her zaman düz olarak görülür (6, 111).

Mesane kas yapısı belirli bir düzene bağlı olmaksızın her yöne uzanan kas liflerinden oluşmuştur. Detrüsör adı verilen birbirine girift düz kas liflerinden oluşan bu yapı, mesane boynu dışında belirli bir katmanlaşma göstermez. Detrüsör kası, dışta longitudinal, ortada sirkuler ve spiral yapıda, en içte tekrar longitudinal düz kas liflerinden oluşur. Kas lifleri, aynı katman içinde ve her doğrultuda dizilerek bir ağ oluşturur. Böylece bu kas ağı sayesinde kontraksiyon halinde mesanenin tüm boyutları ile birlikte küçülmesi sağlanır. Detrüsör kası, kolinerjik (parasempatik uyarılara duyarlı) liflerden zengindir. Detrüsörün iç longitudinal kas tabakası, mesane boynunda düzenli bir dizilim gösterir ve trigon boyunca ilerleyerek, üretranın iç longitudinal kas katmanı ile birleşir. Orta sirküler tabaka derin trigon kası ile birleşirken, mesane boynunda da bir kas halkası oluşturur ve üretraya devam etmez. Dıştaki longitudinal kas tabakası ise, mesane boynu sayesinde mesane duvarını örterek önce pubovezikal kası oluşturacak biçimde pubis kemiğine yapışır. Bu kas miksiyon sırasında mesane boynunun açılmasına yardımcı olur. Arka bölümde longitudinal liflerden bazıları, vajina ön duvarına bağlanarak mesane boynunun kapanmasına yardımcı olurlar (6, 27, 111, 117).

Mesane serozası ise mesaneyle beraber diğer pelvis organların en dış tabakasını örter, kollajen ve birkaç elastik kas liflerinden oluşur. İçinde kan damarları, küçük sinirler ve çok küçük ganglionlar bulunur (6).

Mesane anatomik olarak; trigon, boyun ve fundus olmak üzere üç bölümden oluşur (111):

Trigon (Trigonum Vesicae): Üreterlerin ağızlaştığı bölge ile üretranın çıktığı bölge arasında yer alan mesane trigonu rengi, parlaklığı, yapısı ve ittirilememe özellikleri ile mesanenin geriye kalan kıvrımlı, kırmızımsı ve farklı yapıdaki mukozasından ayrılır. Mesanenin iç, ön alt yüzünde (mesane tabanında) yer alan trigonun; üst köşelerinde sağ ve sol üretral orifis, alt açıklıkta ise internal üretral orifis bulunur (27, 87, 111)

Mesane trigonunda, orijin ve fonksiyon yönünden detrüörden farklı olan iki kas tabakası vardır. Yüzeyel kas tabakası, distal üreterin longitudinal kas tabakasının devamıdır ve proksimal uretranın düz kasları ile devam eder. Yüzeyel tabakada çok sayıda sempatik sinirler (adrenerjik) bulunur. Derin kas tabakası detrüör kas lifleri ile birleşir ve detrüöre benzeyen bir şekilde parasempatik (kolinerjik) sinirlerden zengindir (27, 111).

Trigonun başlıca görevleri:

- İdrar depolanmasında idrar çıkışını önlemek
- Miksiyon (işeme) fazında huni biçimini alarak mesanenin etkin boşaltımını kolaylaştırmak
- Miksiyon sırasında vezikoüretal reflüye engel olmaktır (27).

Mesane Boynu: Mesane boynu, trigon, detrüör ve uretra kas yapılarının karmaşık bir kombinasyonu ile oluşur. Ürojinekoloji de hem fonksiyonel hem de anatomik olarak ayrı bir anlamı vardır. Anatomik anlamı; mesane tabanının kalın tabakası içine uretra lümeninin girdiği bölgedir. Dolayısıyla uretra lümeni yanında kısmen mesane tabanının lokal bölümünü de kapsar. Bu bölümde detrüör kas, üretal meatus ve trigonal halkanın etrafını sarar. Fonksiyonel anlamda mesane boynu, bir vezikoüretal birim olarak algılanır ve “Ekstresek Kontinans Mekanizma” terimi veya “Ekstresek Sfinkterik Mekanizma” idrar akışını durdurmak için görev alan yapıları ve fonksiyonlarını kapsar (6, 111).

Mesane boynunun sfinkter yapısı yoktur, ancak doku tonüsünü yükselterek mesaneden idrar kaçışını önler. Detrüörün aksine kas liflerinde sempatik sinirler (alfa-adrenerjik) içerir. Detrüör kasıldığında mesane boynu gevşer ve açılır (27).

Mesane boynu mesane ve üretradan farklı algılanır, çünkü farklı fonksiyonel özellikleri vardır. Sempatik nörolojik denervasyon (sinir kaybı) veya hasar halinde mesane boynu açık kalır ve stres inkontinanslı hastalarda bu oluştuğu zaman üretranın basitçe süspansiyonu iyileşmede yetersiz kalır. İntrensek kontinans mekanizmasında ise, mesane boynu yapısına giren ancak istemli kas kontraksiyonlarından etkilenmeyen oluşumlar yer alır. Bu yapıların yetmezliği ile bir grup hastada istirahat halinde de mesane boynu açık olarak görülür (111).

Üreterovezikal Bileşke: Distal üreter, trigon ve komşu mesane duvarından oluşan üreterovezikal bileşke, idrarın üreterden mesaneye akışını sağlayan ve mesaneden üretere reflüyü önleyen kompleks bir yapıdan oluşmuştur (6).

Üreterovezikal bileşkenin birincil işlevi, böbrekten gelen idrar akımını (eflüks) serbestçe mesaneye geçirmek, buna karşın mesane idrarının üretere geri akımını (reflüks) önlemektir. Trigon ve intravezikal üreterin istirahat tonüsü, bu bölümün kapalı kalmasını sağlamaya yeterlidir. Ancak peristaltik dalga geldikçe açılarak, idrarı minimal bir dirence karşı mesaneye boşaltır. Mesane doldukça trigonda gerilir ve intravezikal üreter direnci artar, reflüyü önlemek üzere sıkıca kapanır. Miksiyon sırasında detrusörün aktif kalması ve mesane içi basıncının maksimuma ulaşması durumunda eş zamanlı olarak trigon da kasılarak üreter duvarını tam olarak birbirine yapıştırır. Bu dönem oldukça kısa sürer ve miksiyondan sonra mesane iç basıncı düşerek, üreterden mesaneye idrar akımı yeniden başlar (6).

Üretra: Mesanede idrarın depolanmasında ve istenildiği zaman boşaltılmasında önemli görevleri olan, dolayısıyla üriner kontinansın kilit yapılarından biridir. Üretra kadında ortalama 4 cm uzunluğunda ve 6 mm genişliğinde olup, vajinal açıklığın en üst seviyesinde vestibüle eksternal meatus aracılığıyla açılmaktadır. 1/3 üst kısmı komşu vajinadan kolaylıkla ayrılmasına rağmen alt 2/3'ü vajina duvarı ile kaynaşmıştır (111).

Mukoza altında paraüretral skene bez yapıları, zengin bir venöz ağ, gevşek ve elastik liflerden oluşan kavernöz (bağ dokusu) bir katman bulunur. Mukoza altında bulunan bu ince duvarlı zengin venöz yapı, üretral dirence katkıda bulunur. Üretral submukozada iki baskın venöz pleksus yer alır. Bunlardan distaldeki, yaşla çok az değişir. Proksimaldeki ise, yaşla belirgin olarak ilgilidir. Doğurgan çağıdaki kadında, ince duvarlı, belirgin olarak dolu ve bol miktarda anastomozludur. Bu olay, vasküler sistemin üretral kapanıştaki majör rolüne dikkat çekmektedir. Adı geçen venöz rezervuarların arteriel kan akımı kesilecek olursa üretral kapanma basınçlarında düşme olduğu gösterilmiştir (27, 111, 117).

Üretranın kas tabakası düz ve çizgili kaslardan oluşur. İçte bulunan oblik ve longitudinal kas liflerinden oluşan düz kaslar, internal üretral sfinkter mekanizmasını oluşturur. Düz kaslardan longitudinalların, muhtemelen üretral lümeni miksiyon sırasında kısaltıp genişlettiği oysa oblik düz kasların, çizgili ürogenital sfinkter kas ile birlikte istirahatte iken üretral dirence katkıda buldukları belirtilmektedir. Üretranın dıştaki kas katmanını, sirküler dizili, çizgili kas lifleri oluşturur. Çizgili intraüretral (iç) ve periüretral (dış) kaslar, eksternal üretral sfinkter mekanizmayı biçimlendirir. Üretranın 1/3 orta bölümünü saran istemli olarak çalışan çizgili kas yapısında 'Eksternal Sfinkter' mevcuttur. Eksternal sfinkter üç farklı yapı içermektedir. Proksimal kısımda sirküler bant yapısındaki kas, distal kısımda kasın vajinal duvarlara bağlandığı üretrovajinal sfinkter ve en distal kısımda perineal membrana bağlanan kompresör üretra vardır. Üretranın dış iskelet kasları, üretra ve mesane boynunu destekleyen ve pelvis tabanında yer alan kaslardır. Bu kaslar kontinans mekanizmasında etkili oldukları gibi kadın genital organ statüğünü de korurlar. Karın içi basıncını arttıran durumlarda (öksürme, ıkınma, ağır kaldırma vb.) refleks yolla kasılarak aralıkların kapanmasını ve pelvis taban doku direncinin artmasının sağlarlar (27, 111, 117).

Normal Üretral Kapanma Mekanizması: Normal üretral kapanma intrinsek ve ekstrinsek faktörlerin bir birleşimi tarafından sürdürülür. Ekstresek faktörler; levator ani kasları, endopelvik fasya ve onların pelvis yan duvarları ve üretraya bağlantılarını içerir. Bu destek yapılar, üretranın altında bir hamak oluşturur ve karın içi

basınçtaki artışlara gerili kalarak cevap verir, üretranın arka destekleyici çıkıntısına karşı kapalı olmasına izin verir. Bu dokulardaki bir defekt ile normal destek kaybolur, üretra ve mesane boynunun aşırı hareketliliği ve stres inkontinans meydana gelmektedir (78).

Üretral kapanmayı sağlayan intrensek faktörler; üretra duvarının çizgili kasları, submukozal venöz pleksusun vasküler konjesyonu, üretra duvarı ve elastikiyeti ve sempatik sinir sisteminin alfa adrenerjik reseptörleri üretral tonüsü artıran yapılardır. Konjenital gelişme kusurları, travma, geçirilmiş başarısız operasyon sonucu nedbeleşme, östrojen eksikliği ve nörolojik yaralanmalar intrensek faktör yetersizliğine neden olmaktadır (78).

Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik tabanda kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırlandığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiadicaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır (117).

Pelvik tabandaki çizgili kaslar, kendi faysal bağlantıları ile birlikte çalışarak, tüm pelvis içinde pelvik organların aşağı doğru yer değiştirmesini önler ve kontinansı sağlar. Kemik pelvisin koruyucu rolü belirgin iken, pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve kendi ligamentleri ile desteklenmektedir. Pelvik kaslar, rijit ve sert bir yapı olmaktan çok değişik durumlara göre değişen cevaplar verebilen dinamik bir destek görevi görmektedir (117).

Pelvik taban kasları üriner ve fekal inkontinansın önlenmesi için kasılırken, gastrointestinal ve üriner sistem içeriğinin boşalması için gevşerler. Kadının seksüel aktivitesinde rol oynarlar. Doğumda term bir fetüsün geçebilmesi için ileri derecede

distansiyon oluştururken, postpartum dönemde normal fonksiyonların devamı için tekrar kontrakte olurlar (117).

Pelvis tabanı; pelvik diyafram, ürogenital diyafram ve pelvik ligamentlerden oluşur.

Pelvik Diyafram: Pelvik organların ve endopelvik fasyanın hemen altında pelvik diyafram adı verilen ve abdominal-pelvik kaviteye primer destek görevi gören çizgili kas tabakasıdır. Pelvik diyafram levator ani ve koksigeus kasları ile bunları üstten ve alttan çevreleyen fasyalardan oluşur Spina ischiadica ile sakro-koksigeal bölge arasında uzanan koksigeus kası, hem orjin hem de insersiyon noktası hareketsiz, sabit yapılar üzerinde yer alan ve arka pelvik segmente olan desteğe yardımcı olan bir kastrı. Pelvik organ desteğinde en önemli rolü üstlenen Levator ani kası, birçok kas demetlerine sahip, kalın ve hamak biçiminde uzanan geniş bir kas tabakasıdır. Levator ani; Diafragmatik kısım (iliokoksigeus) ve daha önemli olan Pubovisseral kısımdan (Pubokoksigeus) oluşmaktadır. İliokoksigeus diğer kısma daha ince olup, pelvis yan duvarları ve sakrokoksigeal bölge arasında uzanır. Pubokoksigeus ise daha kalın ve ‘U’ şeklinde bir kas olup, pubik kemikten başlayarak vajina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Pubovisseral kas kontrakte olduğu zaman, rektum, vajina ve üretrayı ne doğru çekerek bu pelvik organların lümeninde daralma oluşturur. Kontinansın sağlanması ve genital organlara destek olunmasındaki kasın oluşturduğu esas mekanizma bu kontraktil özelliktir. Pubovisseral kasın diğer lifleri ise intra-abdominal basınç artışına (ksrme v.b.) hızla cevap vererek bu gibi durumlarda üretral kapanmayı sağlamaktadır (27, 78, 117).

Levator ani’ nin anterior duvar desteği; intra-abdominal basınç artışında mesane boynu ve proksimal üretraya destek sağlayarak üretral kapanmaya katkıda bulunur, miksiyon başlangıcında (pelvik taban gevşek iken) mesane boynunda oluşturulan posterior hareketleri sağlar ve hastaya idrar akışını durdurmak için yapılan eğitimin etkinliğinden de sorumludur (27).

M. levator aninin fonksiyonu yeterli olup pelvis tabanı kapalı tutulduğu sürece ligament ve fasyaların herhangi bir yük altına kalmaları söz konusu değildir ve bu aşamada faysalar sadece organları levator ani üzerinde stabilize etme görevini üstlenirler. Eğer kaslarda hasar ve gevşeme olursa pelvis tabanı açılır, yüksek intraabdominal ve düşük dış basınç altında kalan vajinayı yerinde tutma görevi ligamentlere düşer. Bu yükü ligamentler ancak kısa süreli taşıyabilir ve bu kısa süre içinde kaslar pelvis taban açıklığını kapatamazlarsa neticede vajinanın seviyesini ve yerini sürdürmesi mümkün olmaz (111).

Ürogenital Diyafram (Perineal Membran): Pelvik diyaframın altında, pelvis çıkımının ön yarısını üçgen şeklinde kapatan ürogenital diyafram, iskiyal tuberositler arasına çekilen hatta kadar uzanır ve iskiopubik kollar arasındaki boşluğu kapatmış olur. Esas olarak üretranın simfiz pubis arkasına sağlamca tutunmasını sağlayan bir yapıdır. Ürogenital diyaframın en üst kısmı proksimal üretrayı sarıp, U şeklindeki askı mekanizmasının en üst noktasında yer alan puboüretal ligamente katkıda bulunarak, üretrayı pubise yaklaştırır. Ürogenital diyafram; transversus perinei profundus, transversus perinei superficialis, ischiocavernosus, bulbospongiosus ve sfinkter üretra kaslarından oluşturmaktadır. Bu yapı vajinanın distal kısmını destekler ve pelvik taban onarımında önemli bir noktadır (44, 111, 118).

Pelvik ligamentler: Pelvik ligamentler ve endopelvik faysa uterus, vajina, üretra ve mesaneyi pelvik yan duvara bağlarlar ve bu yapılar pelvik tabanı örten kas ile desteklenirler. Ligamentler, fibröz doku sürekli gerili durumda kaldığında uzadığı için uzun süre destek sürdürmek için uygun değildirler. Pelvik ligamentler kendileri ağırlık taşıyan yapılar olmaktan çok esas olarak, kas aktivitesince desteklenen yapıları yerinde tutmaya yararlar (54, 78).

Puboüretal Ligamentler: Ürogenital diyaframın faysal katmanlarından şekillenmiş olan puboüretal ligamentler, pubis kemiğinin inferior yüzeyinden iki taraflı ve simetrik olarak üretraya uzanırlar. Üretra ve ön vajinal duvarı stabilize ederler.

Puboüretal ligamentlerdeki anatomik defektin kadında üriner stres inkontinans oluşmasına etken olabileceği vurgulanmaktadır (27, 117).

Üretropelvik Ligamentler: Levator fasyasının yoğunlaşmasıyla iki tabakadan oluşan bu bağlar, mesane boynu ve proksimal üretra desteğinde en önemli görevi üstlenirler. Levator kas grubunun refleks veya kendi kontraksiyonu üretropelvik ligamentlerde gerilme kuvvetini artırır ve mesane boynunda direnç oluşturarak kontinansın sağlanmasında yardımcı olur. Anatomik stres inkontinansın tedavisinde üretropelvik ligamentler büyük öneme sahiptir (117).

Puboservikal Fasya: Mesane tabanında, ön vajinal duvarın derin kısmında puboservikal fasya uzanmaktadır. Mesane duvarı ile vajina ön duvarı fasyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Yan taraflarda mesanenin abdominal yüzünü örten endopelvik fasya ile birleşir. Bu yan bağlar genellikle vesikopelvik ligamentler olarak bilinir ve yanlarda arkus tendineusa bağlanarak, mesane tabanı ile vajina ön duvarına destek görevi görür (117).

Bağ dokusu: Polisakkarid yapı içinde, primer olarak elastin ve kollojen liflerden oluşmuştur. Konnektif (bağ) doku organlarda yapısal bütünlüğü sağlar. Kasları çevreleyen fasiayı ve tendonları oluşturur ve vücutta onların diğer yapılara bağlanmalarını sağlar. Bu nedenle konnektif dokunun yapısında bir bozukluk olduğunda kasların oluşturduğu destek zayıflayacaktır (54, 78).

Konnektif doku statik değil dinamik bir yapıdadır ve strese cevap olarak “remodeling” adı verilen belirgin bir yeniden yapılanma oluşturabilir. Bu özellikle cerrahi sonrası yara iyileşmesinde önemlidir. Hormonal değişiklikler, yaşlanma, beslenme ve C vitamini kollojen doku üzerinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Stres inkontinansı olan kadınların fasyasında hem kollojen içeriğinin, hem de kollojen kuvvetinin daha az olduğu gösterilmiştir (54, 78).

2. 2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ VE KONTİNANS MEKANİZMASI

Alt Üriner Sistemin Nörofizyolojisi

Alt üriner sisteminin nörolojik kontrolü, merkezi sinir sisteminin kontrolü altında, periferik somatik ve otonom sinir sistemlerini içine alan lokal innervasyon ile sağlanmaktadır (27, 78, 117).

Merkezi sinir sisteminin nörolojik kontrolü, beyin ve medulla spinalisin fonksiyonlarını kapsar. Serabral korteks, detrüör kas üzerine inhibitör etki gösterir. Serebellum ise; pelvis taban tonüsünün sürdürülmesinde, detrüör ve ürogenital sfinkterin koordine çalışmasında önemlidir. Beyin sapında bulunan “Pontine İşeme Merkezi” olarak bilinen bölge, beynin çeşitli bölgelerinden detrüöre giden motor efferentlerin son geçiş yolu olup, normal mesane fonksiyonlarının sürdürülmesi açısından son derece önemli bir merkezdir (27).

Medulla spinalis mesane ile beyin arasındaki iletişimi sağlar. Spinal işeme merkezi, sakral S2-4 segmentinde bulunur. Mesane motor innervasyonu, pelvis, periüretal ve anal sfinkter kaslarının motor innervasyonu da bu merkezden sağlanır (27).

Mesane dolumu ve boşalması tamamıyla otonom sinir sistemin kontrolü altındadır. Otonom sinir sisteminde birbirine karşıt fonksiyon gösteren; sempatik sinir sistemi primer olarak mesane doluşunu, parasempatik sinir sistemi ise mesane boşalmasını kontrol etmektedir (27, 78, 98, 117).

Alt üriner sistemi oluşturan düz kaslar, S2-4. spinal segmentlerden pelvik sinir aracılığı ile gelen parasempatik ve T10-L2 spinal segmentlerden hipogastrik sinir yoluyla gelen sempatik sistem tarafından inerve edilir. Parasempatik uyarı pre ve postganglionik nöronlar nörotransmitter olarak asetil-kolini salgılayarak, detrüörün ana

motor kontrolünü sağlar, mesanenin kasılmasını ve üretranın gevşemesini gerçekleştirir. Uyarılar nörotransmitter olarak muskarinik reseptör üzerinden etkili olan asetil-kolini kullanır. Mesane kontraksiyonunda asetil-kolin asıl nörotransmitter olduğu için detrüsrün aşırı aktivitesinin kontrolü için kullanılan ilaçların tümünde antikolinerjik özellik bulunmaktadır. Sempatik uyarı preganglionik transmitter olarak asetilkolini, postganglionik nörotransmitter olarak norepinefrini kullanılır. Norepinefrin iki tip reseptör üzerinden etki göstermektedir; üretra ve mesane boynunda yer alan alfa-adrenerjik reseptörler ve daha çok mesanede bulunan beta-adrenerjik reseptörler. Alfa-adrenerjik reseptörler üretra ve mesane tabanı düz kaslarında kontraksiyonu, beta adrenerjik reseptörler ile detrüsr kasında relaksasyona neden olur. Mesane bir beta adrenerjik, üretra ise bir alfa adrenerjik organdır. Somatik sinir sistemi ise çizgili kas yapısında olan ve istemli olarak çalışan eksternal üretral sfinkteri ve pelvik kasların bir kısmını inerve eder ve ilgili sinir nervus pudentustur. Duyu afferentleri, hem pelvik (parasempatik) hem de hipogastrik (sempatik) sinirlerde bulunur. Üretral duyarlılık, pelvik sinirin de katkıları pudental sinir tarafından taşınır. Üretradaki internal sfinkter (düz kas) kaslar ve eksternal çizgili periüretral sfinkter kaslardan kalan afferentler, ısı, ağrı, üretra duvar gerginliği ve idrar akış hislerini, somatik yoldan spinal sinir ile spinal korda taşırlar (27, 78, 85, 117).

Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistemin iki fonksiyonu, idrarın mesanede depolanması ve belirli zamanlarda aktif olarak üretradan atılmasıdır. Normal üriner kontinans mekanizmasında; santral ve periferik sinir sisteminin, mesane duvarının, detrüsr kasın, üretranın ve pelvis taban kaslarının normal fonksiyon göstermesi gerekmektedir (15, 27, 85).

Kadınlarda gerek istirahat gerekse karın içi basıncı arttıran stres durumlarında üriner kontinans sağlamak için üretra içi basıncın mesane içi basınçtan yüksek olması gereklidir. Mesanenin artan idrar miktarına giderek artan basınçla yanıt vermemesi, diğer bir tanımla kompliansı (uyumu) kontinans mekanizmasının önemli bir bölümüdür.

Mesane içi düşük basınç, idrar mesane kapasitesine ulaşmaya kadar sürdürülür. Dolum fazında detrüsör kasılmalarının inhibasyonu ve mesane doldukça detrüsör kaslarının gevşeyip uzaması kompliansı oluşturan unsurlardır. Trigon ve mesane boynu intraabdominal basınç artışının hemen öncesinde çizgili sfinkter ile birlikte kasılarak kontinansın sürdürülmesini sağlar. Kadınlarda mesane boynu erkeklere oranla çok daha zayıf bir yapıdır ve kolaylıkla yetersiz hale gelebilir. Üretra içi basıncın mesane içi basınçtan yüksek kalabilmesinde; uretranın düz kası, üretral duvarın elastikiyeti ve vaskülaritesi sorumludur. Çizgili sfinkter kontinans mekanizmasının en önemli kısmıdır ve mesane çıkımının kapanmasındaki aktif kuvvettir. Levator ani ve periüretral çizgili kasların üriner kontinansın sürekliliğinde önemli rolleri vardır. Dinlenmedeki üretral tonusu sağlarlar, üretral desteğe yardım ederler ve abdominal basınç artışı ile hızlı bir biçimde kasılırlar. İntraabdominal basınç artışlarında, özellikle orta ve distal uretrada bulunan periüretral çizgili kaslar hızlı bir biçimde istemli ve refleks olarak kasılarak üretral basıncı yükseltirler ve miksiyona engel olurlar (15, 53, 85, 110).

Kontinans Mekanizmasının Dolum ve Miksiyon Fazı

1. Dolum Fazı: Mesanenin dolum fazında, pelvik pleksustaki sempatik baskılama ile parasempatik sinir akışı durmuştur. Dolum fazında beyinden gelen efferent spinal sempatik uyarılar, hipogastrik sinir yoluyla pelvik pleksusa, oradan mesaneye geçerek:

- a) Detrüsörün kontraksiyonunu baskılar (sempatik β adrenerjik reseptörler) ve mesanenin dolumunu sürdürür.
- b) Trigon, mesane ağzı ve proksimal uretrada α adrenerjik reseptörleri etkileyerek kasılmayı sağlar, böylece intraüretral basınç artar.

Dolum fazında; düşük detrüsör basıncının sürdürülmesi, istemsiz detrüsör kontraksiyonlarının olmaması ve tepe üretral basınca ulaşılması sağlanır. Bu evrede düşük detrüsör basıncının sürdürülmesi için mesane gevşektir, uretrayı kapatmak ve kontinansı sağlamak için de mesane boynu ve uretranın düz kasları ile çizgili sfinkter

kasılıdır. Mesane duvarının viskoelastik özellikleri artan idrar miktarına karşı mesanenin genişlemesine olanak sağlar. Bunun yanı sıra parasempatik efferentlerin inhibasyonu ve sempatik ve somatik efferentlerin aktivasyonu artan idrar miktarına karşı kontinansa katkıda bulunur. Mesane kapasite sınırına ulaştığında bile mesane basıncı üretra içi basıncından (10 cm H₂O) düşüktür. Artan idrar hissine karşı üretradaki çizgili istemli kaslar, işemeyi uygun bir zaman ve yere kadar önlemeye çalışır (27, 53, 85).

Dolum fazında detrüsör aktivitesi normal ya da artmış olabilir. Artmış detrüsör fonksiyonu dolum fazında istemsiz detrüsör kontraksiyonlarının gösterilmesiyle saptanır. Bu duruma nörolojik bir bozukluk eşlik etmiyorsa detrüsör instabilitesinden söz edilir. Üretral kapanma mekanizması normal ya da yetersiz olabilir. Dolum fazında yetersiz bir üretral kapanma mekanizması, detrüsör kontraksiyonu olmadan idrarın kaçışına olanak verir. İdrar kaçışı mesane içi basıncın üretra içi basıncı geçtiği her durumda ya da üretra içi basınçta istemsiz bir düşme olduğunda (üretral instabilite) ortaya çıkar (65).

2. Miksiyon Fazı: Miksiyon sırasında parasempatik sinir sistemi baskındır ve detrüsör, mesane tam boşalınca kadar kontrakte olur. Mesanenin hacmi idrar uyarıcı eşik değeri geçince, miksiyon evresi başlatılır. İdrar yapma evresi esas olarak periferik asetilkolin etkisi ile başlatılır. İdrar yapmak için uygun ortam olduğunda bu merkezler "Pons Miksiyon Merkezini" aktive eder. Pons miksiyon merkezinin idrar yapma devresini açmasıyla sakral parasempatik yollar aktive olur, sempatik ve somatik yollar inhibe olur. Bu evrede sempatik ve somatik inhibasyonla mesane boynu, düz sfinkter ve çizgili sfinkter gevşer, sakral parasempatik aktivasyonla detrüsör kasılır, eş zamanlı olarak pelvik taban kasları da gevşer. Normal erişkin mesane hacmi ortalama 250 ml'ye ulaştığında idrar yapar, ancak gerektiğinde 500 ml'ye kadar idrar yapmayı geciktirebilir. Mesanedeki idrar boşaldığında, pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kasılır, üretra içi basınç artarken refleks olarak β sempatik reseptörler detrüsör kasını gevşetir ve mesane içi basınç azalır. Siklüs yeniden başa döner ve 'Spinal İşeme Merkezi'nin istemsiz inhibasyonu ile dolum fazı yeniden başlar (27, 53, 85).

2. 3. ÜRİNER İNKONTİNANS VE TİPLERİ

Üriner inkontinans kadının istem dışı idrar kaçırması olup aynı zamanda medikal, hijyenik ve sosyal bir problemdir. Bu klinik patoloji yalnız alt üriner sistemin izole bir bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen, bir kompleks, çok faktörlü durumdur (109).

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) 1979 yılında üriner inkontinansı (Üİ); “objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik sorun yaratan, istemsiz idrar kaçırma” durumu olarak tanımlamıştır. 2002 yılında yeni bir tanım geliştirme çalışması yapan ICS, bu çalışmanın sonuçlarını yayınladığı raporda, üriner inkontinans ve tiplerini semptom, bulgu ve ürodinamik sonuçlar temelinde üç farklı kategoride tanımlamış, semptom olarak üriner inkontinansı “miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti” bir bulgu olarak “muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı” şeklinde ifade etmiştir (1, 65, 109).

Üriner inkontinans tıbbi bir tanı değil, bir semptomdur. Görülme sıklığı yaş ile beraber artmaktadır, inkontinans yaşlılığın doğal bir parçası olmamakla birlikte önemsiz bir yakınma olarak da kabul edilmemelidir (78).

Üriner inkontinans üç yaşından küçük ve kontinans mekanizmaları gelişmemiş çocuklar ile sosyal olarak idrar tutma mantığını yitirmiş demanstaki hastalar dışında değerlendirilmeye alınmalıdır (53).

ICS üriner inkontinans tiplerini semptom, bulgu ve değerlendirme sonucuna göre şöyle ayırmıştır:

1. Stres İnkontinans

Fizik aktivite sırasında karın içi basınç artışı ile birlikte üretradan idrar kaçırma tipidir. Stres inkontinans artmış intraabdominal basınç periodları sırasında (öksürme, egzersiz vb.) mesane içi basıncının üretral kapanma mekanizmalarını sağlayan basınçtan daha yüksek çıkmasıyla oluşur ve idrar kaçırma gerçekleşir (1, 19, 58, 78, 109).

Stres inkontinans semptom olarak; fiziksel efor, ıkınma, zorlanma sırasında veya hapşırma, öksürme ile istemsiz idrar kaçırma şikayetidir. Bu terim aynı zamanda idrar kaçırma bulgusunu, yani öksürme veya ıkınma gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlarda üretradan istemsiz idrar kaçışının gözlenmesini ifade etmektedir (19, 33, 58, 78).

Stres üriner inkontinansa yönelik birçok sınıflama yapılmıştır. Bu sınıflamalar arasında en sık kullanılanlar Blaivas, Mc Guire ve Raz sınıflamalarıdır (53, 65).

BLAIVAS' göre;

Tip 0: Anamnezde idrar inkontinansı şikayeti bulunmasına karşın, ürodinamik inceleme ve klinik olarak idrar kaybı gösterilemez. Mesane boynu ve üretra açıktır.

Tip I: Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha az aşağıya kayar. Karın içi basıncı artar, idrar inkontinansı görülür. Sistosel yoktur veya en az düzeydedir.

Tip II A: Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha fazla aşağıya kayar. Karın içi basınç artar, idrar inkontinansı görülür. Sistosel belirgindir.

Tip II B: Mesane boynu ve üretra istirahat sırasında simfiz pubisin alt sınırı hizasında veya altındadır. Stres esnasında, aşağıya kayma olabilir veya olmayabilir, proksimal üretra açılır ve idrar inkontinansı oluşur.

Tip III: Proksimal üretra sfinkter fonksiyonunu kaybetmiştir. Mesane boynu ve proksimal üretra istirahat esnasında detrüsör kontraksiyonu olmaksızın açılabilir (19, 53, 65).

MC GUIRE göre;

Tip 0: Stres idrar inkontinansı öyküsü yok.

Tip I: Stres idrar inkontinansı, minimal hipermobilité, sistosel var ya da yok, istirahatte ve supine pozisyonda maksimal üretral kapanma basıncı 20 cm H₂O'dan büyüktür.

Tip II: Stres idrar inkontinansı, abdominal basınç pik yaptığında üretranın rotasyonel sarkması ile birlikte belirgin hipermobilité ve horizontal pozisyonu, istirahatte ve supine pozisyonunda, maksimal üretral kapanma basıncı 20cm H₂O'dan büyüktür.

Tip III: Önceki başarısız mesane boynu süspansiyonu veya maksimal üretral kapanma basıncı 20cm H₂O'dan küçüktür (19, 53, 65).

RAZ'a göre;

Anatomik: İntakt bir sfinkter ünitesinin yer değiştirmesine bağlıdır.

İntrensek Sfinkter Yetmezliği: Yetersiz sfinktere bağlı/hipermobilité vardır ya da yoktur (53, 65).

2- Gerçek Stres İnkontinans (Ürodinamik/Anatomik Stres İnkontinans): ICS son sınıflamasında gerçek stres inkontinansı; detrüör kontraksiyonu olmaksızın mesane içi basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman, istem dışı idrar kaçıırma durumudur şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım ürodinamik bir tanımdır, detrüör kas faaliyeti normal, yetersiz üretra söz konusudur (1, 53).

Stres inkontinansın en sık rastlanan tipi gerçek stres inkontinanstır ve olguların yaklaşık %90'ını oluşturur (65).

Etyopatogenezinde iki ayrı mekanizma yer alır, biri mesane boynu hipermobilitesi diğeri ise internal sfinkter yetmezliğidir.

Mesane Boynu Hiper mobilitesi (Tip I-II USİ): Stres üriner inkontinansı bulunan olguların % 90-95'inde üretral hiper mobilité vardır. Mesane boynunun ve üretranın anatomik desteğinin zayıflamasına bağılı gelişir. İntraabdominal basınç artışıyla, mesane boynu ve proksimal üretranın pelvik diyafram dışına fitikleşmesiyle; basınç mesane ve proksimal üretraya eşit dağıtılamaz. Mesaneye daha fazla basınç aktarımı nedeniyle; mesane içi basınç, üretra içi basınçtan daha fazla olduğundan dolayı idrar kaçıışı gerçekleşir. Bu tip stres üriner inkontinans, mesane ile üretranın pelvik desteğinin zayıflığına bağılıdır ve artan dereceye göre Tip I ya da Tip II üriner inkontinans olarak tanımlanır. Doğum travması, histerektomi, hormonal değışiklikler, pelvik denervasyona bağılı ya da konjenital olabilir (33, 60, 65).

İnternal Sfinkter Yetmezliğı (İSY) (Tip III İnkontinans): Üretranın iç duvarının su sızdırmaz yapısı özelliğı ve sfinkter fonksiyonları bozulmuştur. Maksimum üretral kapanma basıncı düşüktür ve üretra içi basınç genellikle çok düşüktür. İstirahat halinde detrüsör kontraksiyonu olmaksızın mesane boynu ve üretra açık kalarak, üretra içi basıncın mesane içi basınçtan düşük olması nedeniyle idrar kaçağı oluşur. Klinik olarak hastanın ciddi şikâyetleri vardır (33, 60, 65).

Etyolojisinde pelvik relaksasyon yoktur. Geçirilmiş operasyonlar dışında, vajinal doğum sonucu oluşan travma, radyoterapi, yaşlanma ve nörolojik patolojilere bağılı olarak gelişebilmektedir. Üretral kapanmayı sağılayan kaslar gevşek ve üretra duvarı rijit olduğundan dolayı, bu kadınlarda az bir çaba sonucu ya da ayakta duruş pozisyonunda dahi sızıntı oluşabilir (60, 65).

3-Urge İnkontinans: Güçlü bir şekilde idrar yapma isteğı ile birlikte istemsiz idrar kaçıırma olarak tanımlanır. Üretra normaldir ve ileri derecede aktif olan detrüsör kası söz konusudur. Bu nedenle urge inkontinans genellikle detrüsör overaktivitesinde inhibe edilemeyen kontraksiyonlar sonucunda oluşur. Ani ve önlenemeyen kasılmalar sonucunda mesane içi basınç üretra içi basıncı aşar. Bu hastalar ani ve şiddetli idrar yapma isteğı ile tuvalete ulaşmadan istemsiz idrar kaybindan yakınır. İstem dışı mesane kontraksiyonu dolayısıyla üriner inkontinans yanında sık idrar yapma

(frequency) ve ani olarak idrar yapma hissi (urgency) şikâyetleri de vardır. Ayrıca urge inkontinans ısı değişmesi, su sesi duyma, kapı çalması, bazen cinsel ilişki ve orgazm ile harekete geçebilir (1, 33, 53, 56, 60, 72).

Urge inkontinans ürodinamik olarak tespit edilebilen iki disfonksiyon sonucu gelişir; overaktif destrüsör fonksiyon (motor urgency) ve hipersensitivite (duyusal urgency). Motor urge inkontinansında, ürodinamik incelemede istemsiz destrüsör kontraksiyonları (destrüsör instabilitesi) izlenir. Motor urge inkontinansın en sık nedeni idiopattiktir, yani belirgin bir neden izlenmemektedir. Destrüsör instabilitesi olmadan urge inkontinans oluşmaktadır. İdrar yolu enfeksiyonu, mesane taşları, karsinoma veya ekstremsel bası bu semptomaya yol açabilir. Eğer nörolojik bir neden (multiple sklerosis, spinal kord yaralanması vs) urge inkontinansa neden oluyorsa o zaman “destrüsör hiperrefleksisi” adını alır (53, 60, 81).

4-İdyopatik Destrüsör Overaktivitesi (Destrüsör İnstabilitesi): 2002 ICS standardizasyon raporuna göre destrüsör overaktivitesi, mesane dolumu sırasında spontan veya provoke olarak oluşan istemsiz destrüsör kontraksiyonları olarak tanımlanmaktadır. Aşırı aktif mesane patolojik durumların yokluğunda, frequency veya urge inkontinans olsun veya olmasın ve noktüri ile birlikte olan urgency olarak tanımlanan klinik bir durumdur (1, 33, 89).

Destrüsör overaktivitesinde idrar kaçağı, üretral destek veya kapanma mekanizmasının intakt olmasına rağmen destrüsör kasının inhibe edilmemiş kontraksiyonları tarafından oluşur. Hastalar tipik olarak beklenmeyen büyük hacimlerde idrar kaybı ve urge hissi ile birlikte kontrolsüz idrar kaçırma yaşarlar. Bütün olgularda, engellenemeyen destrüsör kontraksiyonları ile miksiyon refleksinin de inhibe edilememesi sonucu idrar kaçırma meydana gelir (78).

Detrüsör overaktivitesinde idrar kaçırma mesane bozuklukları ile ilgili bilinen bir nöropatolojik (Felç, Parkinson hastalığı) süreç sonucu oluşursa '**Detrüsör Hiperrefleksisi**' olarak adlandırılır. Nöropatolojik bulgusu olmayan vakaların çoğunda bu durum '**Detrüsör İnstabilitesi**' olarak tanımlanır. Her iki duruma birden '**Aşırı Aktif Detrüsör/ Detrüsör Overaktivitesi /Aşırı Aktif Mesane (AAM)/ Stabil Olmayan Mesane**' adı verilir (78).

5-Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ): Stres ve urge inkontinans semptomlarının birlikte bulunmasıdır. Ürodinamik, semptom ve yaşam kalitesi ölçeklerinde baskın olan durum değerlendirilerek tedaviye karar verilir (19, 33, 53, 60).

6-Overflow (Taşma) İnkontinans: Mesane çıkışında obstruksiyon, akontraktıl mesane (hipotonik detrüsör) nedeniyle mesanenin aşırı gerildiği durumlarda, mesanenin boşalmasında bozukluk olarak tanımlanır. Detrüsör kas aktivitesi azalmıştır ve üretral aktivite artmıştır. Üretral çıkış azaldığı için idrar mesanede birikir ve mesane hacmi dolar, bir noktadan sonra ise mesanede idrar daha fazla biriktirilemez ve taşma gözlenir. Hastada sık ya da sürekli damlama şeklinde idrar kaçırma şikâyetlerine yol açar. Diyabet, omurilik yaralanmaları, diabetik nöropati, bazı ilaçların kullanımı ve pelvik prolapsus veya geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı mesane çıkışı obstruksiyonu oluşmaktadır (19, 53, 56, 109).

7-Fonksiyonel İnkontinans (Ürolojik Olmayan Nedenler): Fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışındaki faktörler nedeniyle oluşan idrar kaybıdır. İnkontinans kognitif fonksiyonlarda azalma, azalmış mobilite, çevresel sınırlandırmalar, konstipasyon, ilaç yan etkileri sebepleridir. Üriner inkontinans tarifleyen bir grup hastada ürodinamik çalışmalar ve sistoüretroskopi dahil olmak üzere yapılan araştırmalarda mesane ve üretra normal olarak tespit edilir. Üriner inkontinansa dolaylı olarak neden olan bu hasta grubunda Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı gibi nedenler bulunur (19, 56, 109).

8-Koital İnkontinans: Üriner inkontinansın cinsel ilişkide penetrasyon ya da orgazm sırasında oluşmasıdır. Sıklıkla sfinkter yetmezliği ve sistosel varlığında oluşur (33).

9-Enürezis Nokturna: Enürezis nokturna uyku sırasında idrar kaçırmadır. Bu durumun ani idrar yapma isteği ile uykudan uyanıp tuvalete yetişememe ile karıştırılmaması gerekir (urge). Primer ve Sekonder olmak üzere iki şekilde görülür. Primer enürezis nokturna, idrar kaçırmının çocukluk çağında başlayıp erişkin dönemde devam etmesidir. Sekonder enürezis nokturna ise çocukluk çağında ortadan kalkıp erişkinde tekrar ortaya çıkmasıdır. Enürezis nokturnanın nedenleri; antidiüretik hormonun anormal sirkadian salgılanması, detrüsrör overaktivitesi ve miksiyon refleksi anormallığıdır (33).

10-Total (Devamlı) İnkontinans: Fiziksel stres durumu olsun ya da olmasın devamlı olarak istemsiz idrar kaçırmadır. Hasta idrar kaçırmasını fark etmediğini, devamlı iç çamaşırının ıslandığını belirtir (72, 109).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANSIN PREVALANSI

Üriner inkontinans her yaştan ve farklı kültürler ve ırklar arasındaki kadınları etkileyen dünya çapında bir sorun olmaya devam etmektedir. Üriner inkontinans semptomları, sadece gelişmiş ülkelerde değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de sık görülen önemli bir sağlık problemidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı popülasyon ile yakın gelecekte üriner inkontinans prevalansının daha da artacağı beklenen bir durumdur. Üriner inkontinans toplumda sık rastlanan kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmesi nedeniyle, kadınları daha yakından ilgilendiren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, medikal olduğu kadar da sosyal bir problemdir (35, 79, 101, 103, 105).

Üriner inkontinans prevalansı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %4.5-53, erkeklerde ise %1.6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir. Kadınlarda üriner inkontinans prevalansının ortalama olarak %27.6 olduğu, %4.8-58.4 arasında değiştiği ve prevalansın yaş ile birlikte önemli derecede artmış olduğu bulunmuştur. Singh ve arkadaşlarının 3000 kadında yaptıkları hastane tabanlı çalışmada, kadınların %21.8'i üriner inkontinansa sahipti. Jokhio ve arkadaşlarının Pakistan'da yaptıkları toplum tabanlı çalışmasında, 15 yaş üstü 5064 kadında üriner inkontinans prevalansı %23.1 olarak saptamışlardır. Dooley ve arkadaşlarının çalışmasında ise, 20 yaş üstü 4229 kadın incelenmiş ve üriner inkontinans prevalansı %49,6 olarak bulunmuştur. Choo ve arkadaşları 30-79 yaş arası 1303 Koreli kadında üriner inkontinans prevalansını %40.8 olarak saptamışlardır. Gagne ve arkadaşları 65 yaş üstü 4930 kadında, üriner inkontinans prevalansının %44.6 olduğunu belirtmişlerdir (7, 26, 31, 37, 66, 79, 94).

Genel olarak kadınların tümü için üriner inkontinans prevalansı %25 olarak kabul edilmektedir (113). Ülkemizde üriner inkontinans prevalans çalışmalarında, Turan ve arkadaşları (100) 1250 Türk kadında yaptıkları çalışmada 307 kadında (%24,5) istem dışı idrar kaçırma saptamışlardır. Koçak ve arkadaşları (71) 18 yaş ve üzeri 1012 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %23.9, Benlioğlu (20) 15 yaş üstü 4506 kadın popülasyonunda prevalansı %18.8, Güneş ve

arkadaşları (57) 20 yaş üstü 459 kadında prevalansı %49.7, Özerdoğan (83) 20 yaş ve üzeri 625 kadında %25.8, Özdemir (82) 20 yaş üstü evli 610 kadında prevalansı %22.6 olarak saptamışlardır. Çetinel ve arkadaşlarının (24) 5565 kadında yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans prevalansı %35.7 olarak bulunmuştur. Yağmur ve Ulukoca'nın (108) çalışmasında üriner inkontinans prevalansı %21.5 olarak saptandı. Çiftçi ve Günay çalışmasında (30), 18-67 yaş arası 775 kadında üriner inkontinans prevalansını %36.6 olarak belirtmişlerdir. Akgün çalışmasında (2), 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansını %48.3 olarak saptamıştır. Bilgili ve arkadaşlarının (21) 65 yaş üstü 543 kadında üriner inkontinans prevalansı %43.6 olarak belirlenmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (12) GATA polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşlıda (1276 kadın, 724 erkek), Üİ prevalansını %44.2 olarak bulmuştur. Bu çalışmada Üİ sıklığı kadınlarda (%57.1), erkeklere (%21.5) oranla daha yüksek bulunmuştur.

Kadınlarda üriner inkontinans tiplerine uygun olarak yapılan prevalans çalışmaları incelendiğinde; stres tip %50, miks tip %36, urge tip %11 oranında, diğer tipler sadece %3 oranında rapor edilmiştir. Her yaştaki kadınlar göz önüne alındığında da, üriner inkontinansın stres tipi %50, miks tipi %32 ve urge tipi %14 oranında tespit edilmiştir. Dooley ve arkadaşları çalışmasında, stres inkontinans (%49.8) tipinin görülme sıklığını, miks (%34.3) ve urge (%15.9) inkontinansa göre daha fazla oranda saptanmışlardır. Ebbesen ve arkadaşlarının EPINCONT-1 (1995-1997) ve EPINCONT-2 (2006-2008) iki adet büyük kesitsel sağlık araştırmalarını inceledikleri çalışmasında; her iki araştırmada da en yaygın tipin stres inkontinans daha sonra miks, urge ve diğer tiplerinin yaygın olduğu belirlenmiştir. Elbiss ve arkadaşları ile Singh ve arkadaşlarının çalışmasında da; stres inkontinans tipi, miks ve urge inkontinansa göre daha fazla oranda görülme sıklığına sahipti (23, 37, 40, 42, 79, 94).

Ülkemizde Üİ tipleri incelendiğinde Ateşkan'ın yaptığı çalışmada, Üİ' nin klinik tipleri içinde 'miks tip Üİ' kadınlarda daha hâkimken (%70.1), erkeklerde en sık görülen tip %56.4 ile 'sıkışma tipi inkontinans' tır. Çetinel ve arkadaşlarının çalışmasında, stres tipin (%39.8), urge (%24.8) ve miks (%28.9) inkontinansa göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Yağmur ve Ulukoca'nın çalışmasında da stres inkontinans (%56.6), urge (%25.6) ve miks (17.8) inkontinansa göre daha sık görülme oranına sahiptir. Çiftçi ve Günay stres inkontinansın (%33.5) görülme oranını, urge (%26.8) ve miks (%23.7) tip inkontinansa göre daha yaygın olarak saptamışlardır. Özerdoğan çalışmasında stres inkontinans (%42.9) prevalansını, urge (%27.3) ve miks (%29.8) tip inkontinansa göre daha yüksek olarak saptamıştır. Altıntaş ve arkadaşlarının inkontinans tiplerini incelediği çalışmasında, kadınlarda miks tipin (%34.4), urge (%24.8) ve stres (%7) inkontinans tiplerine göre daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında ise, urge (%25.6) inkontinansın, stres (%33.1) ve miks (%41.3) inkontinansa göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (4, 12, 24, 30, 71, 83, 108).

Genellikle yaşlı multipar kadınları etkileyen bir durum olarak düşünülmesine rağmen, genç, nullipar kadınlarda da özellikle fiziksel aktivite sırasında üriner inkontinans görülebilmektedir (46, 76).

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kadınların hemen hepsi, hayatları boyunca ister sık isterse nadir olsun idrar kaçırma şikâyetini yaşamışlardır. Ancak çoğunlukla inkontinans kısa sürelidir ve sosyal-hijyenik bir sorun haline gelmemiştir. Sıklıkla üriner inkontinansı tetikleyen anatomik veya fonksiyonel bir neden dışında predispozan faktörler vardır. Dolayısıyla üriner inkontinans ile başvuran bir kadında olguyu değerlendirirken kullanılacak çerçeve; şikâyetin süresi, sosyal ve hijyenik bir probleme yol açıp açmadığı ve altta yatan ikincil problemlerin olup olmadığıdır (36, 115).

Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi ürojinekolojik hasta değerlendirmesinde de sırası ile hasta öyküsü, hasta muayenesi, klinik ürojinekolojik ve laboratuvar ürodinamik testlerden ve bazı görüntüleme yöntemlerinden yararlanır (115).

Hasta Öyküsü

Primer üriner yakınmaya yönelik olarak, üriner inkontinansın başlangıcı, seyri, gelişimi, şiddeti ve inkontinans başlamasına ya da artmasına neden olan etkenler araştırılır. Üriner inkontinansın hastanın sosyal yaşamına etkisi ve hijyenik bir sorun olup olmadığı soruşturulur. Hastanın idrar kaçırma şikâyetine yönelik olarak daha önce bir sağlık hizmeti alıp almadığı, aldıysa önceden konulan tanılar ve bu tanılar için uygulanan tedavi yöntemleri ve hastanın bu tedavilerden yarar görüp görmediği belirlenir (36, 115).

Üriner inkontinansın patofizyolojisinde rol oynayabilecek genito-üriner faktörlerin araştırılması amacı ile detaylı obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü alınırken, genito-üriner sistem dışı etkenlere yönelik olarak medikal ve nörolojik hastalıklar, cerrahi tedaviler ve ilaç kullanımı ile ilgili özgeçmiş değerlendirilir (115).

İnkontinans öyküsünde; inkontinansın başlangıç zamanı, ortaya çıkış şekli, şikâyetlerin giderek artış gösterip göstermediği, idrar kaçırma nedeni ile ped kullanıp kullanmadığı, nasıl idrar kaçırdığı (gülme, öksürme, ağır kaldırma, akan su sesi duyma, urge hissi, seksüel aktivite sırasında), idrar kaçırmaya eşlik eden üriner sistem bulgularının varlığı (dizüri, pollaküri, noktüri, hematüri), pelvik organ prolapsusunu düşündüren bulguların varlığı (kitle hissi, ağrı, basınç hissi) araştırılmalıdır. Kaçırılan idrarın miktarı ve şekli; damlama, sürekli ıslaklık hissi ve tam boşaltamama gibi overflow (taşma) inkontinans semptomları hakkında bilgi verir. Üriner fistüllerin bulgusu olan sürekli ıslaklık hali ve hematüri, dizüri ile enfeksiyon varlığı da sorgulanmalıdır.

Obstetrik öyküde; ürodinamik stres inkontinans için risk faktörü kabul edilen fazla vajinal doğum sayısı kadar uzamış doğum eylemi, iri bebek doğumu ve operatif doğum öyküsü araştırılır. Gebelik sayısı, doğum sayısı ve şekli, oksitosin ile indüksiyon öğrenilmelidir.

Jinekolojik öyküde; mesane kapasitesini azaltıp mesane içi basıncın artmasına neden olabilecek pelvik kitle, asit, şiddetli endometriosis ya da pelvik enfeksiyon öyküsü araştırılır. Öyküde özellikle abdominal ya da vajinal jinekolojik operasyonlar mutlaka araştırılmalıdır. Komplike pelvik cerrahi operasyonlar sonrası oluşan fistüller üriner inkontinansa yol açabilir. Operasyondan bu yana geçen süre, operasyonun tipi ve operasyona alınan cevap tanı ve hasta yönetimi temelinde değerli bilgiler sağlayacaktır.

Ürolojik öyküde; kronik üriner enfeksiyon, intertisyel sistit, rekürren üriner taş ve üriner cerrahi girişim öyküsü mesane irritasyonuna bağlı detrusör overaktivitesine, alt üriner sisteme yapılan cerrahi girişimler denervasyon ya da travmaya sekonder ürodinamik stres inkontinans gelişimine neden olabilmektedir.

Medikal öyküde; hastanın tıbbi özgeçmişinde bulunan intraabdominal basıncın artışına yol açan kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, obezite, ve kronik konstipasyon ürodinamik stres inkontinans patofizyolojisinde rol oynayabileceği gibi aşırı diürece yol açan diabetes mellitus, kalp ya da renal yetmezlik indirekt etki ile üriner inkontinansa neden olabileceği için sorgulanır. Ayrıca periferik sinir sisteminin fonksiyonunu bozarak inkontinansa neden olabilen; Serebro Vasküler Hastalık, spinal yaralanma, Parkinson, Multiple Skleroz ve Diabetes Mellitus durumları araştırılır.

İlaç öyküsünde; özellikle yaşlı hastalar için ilaç öyküsü çok önemlidir. Alt üriner sistem nöromodülasyonunu bozan diüretik, benzodiazepin, kolinerjik, antipsikotik, antidepresan, opiat, antiparkinson, spazmolitik ve antihipertansif ilaç kullanımı, süresi ve günlük doz alımları araştırılır (19, 33, 36, 115).

Fiziksel Muayene

Muayene öncesinde hastayla iyi bir iletişim sağlanmalı ve hastanın söylemeye çekindiği, utandığı şikâyetleri anlatabilmesi için hastanın güveni kazanılmalıdır. Muayene sırasında hastanın ruhsal sağlığı ve tedavi için motivasyonu değerlendirilmeli, önemli risk faktörü olan beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmalıdır (33).

Üriner inkontinans sorunu olan kadının abdominal, vajinal, pelvik, rektal ve nörolojik tanılmasını içeren kapsamlı bir fiziksel muayene yapılır. Fizik muayene kapsamında pelvik muayene, pelvik kas gücünün değerlendirilmesi ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Pelvik muayenenin amaçları;

- Üriner sisteme baskı yapan bir pelvik kitlenin olup olmadığı,
- Pelvik organ prolapsusu olup olmadığı varsa ön, orta ve arka vajinal kompartıman için ayrı olarak derecenin belirtilmesi,
- Latent stres inkontinansın ortaya konması,

- Levator ani kompleksinin kuvveti ve istemli kontrolünün değerlendirilmesi,
- Ürogenital mukozanın durumunun (atrofi, enfeksiyon veya irritasyon vb.) ortaya konmasıdır (19, 36).

Muayene iyi bir ışık altında vulvanın inspeksiyonu ile başlar. Vulvanın uzun süredir idrarla temas ettiğini düşündüren vulvar deride ödem, eritem ve ödem gibi belirtiler üriner inkontinansın bir bulgusu olarak kabul edilebilir. Spekulum muayenesinde vajende atrofi, ödem, eritem, akıntı, önceden geçirilmiş travma ya da operasyon skarı ve özellikle fistül bulgusu olan posterior fornikte idrar göllenmesi araştırılır. Bimanuel muayenede uterus, mesane, üretra ve adneksiyal yapıların durumu araştırılırken Valsalva manevrası sırasında pelvik yapılara destek olan dokulardaki relaksasyonun varlığı ve derecesi belirlenmeye çalışılır. Rektal tuşe ile enterosel ya da rektoselin varlığı ve anal sfinkterin tonusu incelenir (33, 36, 115).

Nörolojik Muayene

Alt üriner sistem fonksiyonunu bozan nörolojik bir sorunun belirlenmesi amacı ile bu sistemle aynı spinal segmentlerden innerve olan alt ekstremiteler kas kuvveti ve derin tendon refleksi yönünden incelenmelidir. Muayenede perine ve perirektal alan duyusu değerlendirilir ve asimetri bulunması önemlidir. Klitoris stimülasyonu ile bulbokavernöz kas (bulbokavernöz refleks), perineal cilt stimülasyonu ile anal sfinkter (anal refleks) ve öksürükle perineal kas kontraksiyonları (öksürük refleksi) araştırılabilir. Vajinal muayene ve rektal tuşe ile anal sfinkterin ve pubokoksigeal kasın tonusu, perineal ve perianal bölgenin duyu fonksiyonu değerlendirilir. Alt ekstremitelerin kuvveti, tonusu ve derin tendon refleksi değerlendirilir (33, 115).

Tam İdrar Tetkiki ve İdrar Kültürü

Mesane (sistit) ve üretranın (üretit) enfeksiyonu birçok alt üriner sistem sorununu taklit edebileceği gibi, bazen bu sorunların altında yatan tek neden de olabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal irritasyon duyuşsal uyarı artışı ile istemsiz detrüşör kontraksiyonuna yol açarken, endotoksinlerin anti-alfa adrenerjik etkisi üretral sinkterik yetmezliğe neden olabilmektedir. Bunun yanında üriner enfeksiyonları olanlarda invaziv ürodinamik testlerin yapılmaması gerekir. Bu nedenle, üriner inkontinans şikayeti olanlarda ileri ürodinamik testlerden önce üriner enfeksiyon mutlaka tarama testi olarak yapılan idrar tetkiki ve idrar kültürü ile araştırılmalı, enfeksiyon saptananlarda ürojinekolojik değerlendirme tedavi sonrasında ertelenmelidir (114).

Rezidüel İdrar Hacminin Ölçülmesi

Rezidüel idrar, mesane çıkım obstrüksiyonunda ya da azalmış mesane kontraktilesinde görülür. Üriner retansiyon ve taşma inkontinansın ayırt edilmesinde, miksiyon sonrası mesanede kalan rezidüe idrar volümünün belirlenmesi yardımcı olacaktır. Rezidüe idrar volümü miksiyon sonrası 10 dakika içinde ölçülmelidir. Rezidüe idrar hacmi 50ml'nin altında olmalıdır, 200 ml ve üstü hacim mesanenin yetersiz boşaldığını gösterir (19, 33, 36).

Ped Testi

Ucuz, basit, kolay uygulanan ve kısa sürede sonuçlanan non-invaziv bir yöntemdir. Üriner inkontinansın varlığını ve derecesini gösteren en objektif testlerden biridir. Üriner inkontinansın tanısı, takibi ve uygulanan tedavilerin sonucunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ağırlığı önceden bilinen bir pedin hastaya verilmesi ve zaman periyodunu takiben ağırlık artışının değerlendirilmesi prensibine dayanan bir testtir. Testin uygulanma süresi bir saatten bir haftaya kadar değişebilmektedir. Soğuk hava, ev ya da laboratuvar ortamı gibi testin uygulandığı koşullar, testin süresi, mesane içi idrar volümü ve pedi ıslatan ter ve vajinal akıntı gibi

diğer sekresyonların miktarı testin sensitivitesini etkilemektedir. Uzun süreli evde uygulanan testlerin daha fizyolojik olduğu ve daha doğru sonuçlara ulaşılabildiği bildirilse de test süresi uzadıkça hasta uyumu azalmaktadır. Buna karşın hasta uyumu daha yüksek olan ve polikliniklerde de uygulanabilen Uluslararası Kontinans Derneği'nin (ICS) 1983 yılında standardize ettiği bir saatlik ped testini ürojinekoloji kliniklerinde en sık kullanılan testtir (19, 36, 68, 114).

Bir Saatlik Standart Ped Testi (ICS) Uygulaması

- Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.
- Önceden tartılan bir ped hastaya verilir.
- 15 dakika içinde 500 ml sodyum olmayan su hastaya kısa sürede içirilir.
- 30 dakikada;
 - Yürümek, merdiven çıkmak
 - 10 defa oturup kalkmak
 - 10 defa öksürmek
 - 5 defa eğilmek
 - 1 dakika yerinde koşmak
 - 1 dakika el yıkamak
- 60. dakikada ped alınarak, tekrar tartılır. Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.

Pedin ağırlık kazanmasına göre sınıflandırma:

- 2 gr' dan az: Kesin olarak kuru
- 2-10 gr: Hafif orta kaçırma
- 10-50 gr: Şiddetli kaçırma
- 50 gr'dan fazla: Çok şiddetli kaçırma (19, 68).

Boya Testi

Olguya idrarın rengini değiştirecek herhangi bir ilaç verilerek pedin renginin değişmesi idrar kaçırmanın bulgusu olarak kabul edilir. İdrarın rengini değiştirmek için kullanılan maddeler; metilen mavisi, indigo carmine ve phenazopyridine hydrochloride'dir. Test sırasında pedin az miktarda renklenmesi her zaman idrar kaçağını göstermediğini de unutmamak gerekir. Boya testler özellikle fistülü araştırmak açısından oldukça faydalıdır. Vajinaya  adet gazlı bez yerleştirilir ve mesane metilen mavisi ile renklendirilmiş serum fizyolojik ile 400 ml doldurulur. 30 dakika boyunca hastanın dolaşması sağlanır. Hastada introitusa yakın gazlı bezlerin boyalı olmayıp, içerideki gazlı bezlerin boyalı olması vesiko-vajinal fistül açısından değerli bir bulgudur (68).

Üriner Günlük (Mesane Günlüğü)

Üriner günlük belirli bir zaman aralığında, idrar yapma sıklığının, yapılan idrar miktarının, alınan sıvı volümünün, türü ve inkontinans sıklığı/şiddetinin ya da ped değiştirme durumlarının kaydedildiği ve değerlendirildiği, tedavi için temel bilgi oluşturan yarı-objektif araçlardır. Sıkışma semptomları, gündüz ve gece idrar yapma sıklıkları, ortalama ve maksimum miksiyon volümleri, 24 saatlik idrar miktarı gibi bilgiler semptomların şiddetini ve nedenini ya da tedavinin etkinliğini belirlemek için kullanılabilir. Klinik uygulamada üriner günlükler aşırı aktif mesane semptomlarını ve tedavi girişimlerini değerlendirmede kullanılan primer araçlardır (18).

Üriner günlük, ev ortamında hastanın inkontinansının ağırlığını belirlemede yararlıdır. Ancak günlük doldurulması sırasında kadın normal günlük yaşamında olmalıdır. Tatil, oruç vb. durumlar objektif sonuç vermeyebilir. Üriner günlük hastalara verilirken nasıl doldurulacağını detaylı açıklamak oldukça önemlidir. Nasıl dolduracağı anlaşılmayan durumlarda istenilen sonuç elde edilmemekte ve zaman kaybına neden olmaktadır (18).

Üriner günlüklerin başarısı, hastaların üriner semptomlarını, aşırı aktif mesane semptomlarını tam olarak anlamasını, üriner alışkanlıklarını zamanında ve doğru olarak kaydetmesini gerekmektedir ve hasta uyumu şarttır. Uygulama süresi olarak, ardışık doldurulan 3-14 gün ile 24 saatlik değişik süreler önerilmektedir (18, 19).

Q-Tip Test

Paraüretral dokuların anatomik desteğinin etkinliğini ve mesane boynu ve proksimal üretranın mobilitesinin derecesini objektif olarak değerlendirmek için yapılır. Litotomi pozisyonunda pamuk uçlu bir çubuk üretradan mesaneye itilerek, pamuklu uç internal üretral meatusa yerleştirilir. Mesane dolu iken istirahat ve ıkınma sırasında çubuğun dışarıdaki ucu ile horizontal düzlem arasındaki açılar ölçülür. ıkınma sırasında çubuğun horizontal düzlem ile oluşturduğu açı ya da ıkınma ve istirahat açıları arasındaki fark 35°'den fazla ise mesane boynunun anatomik desteğinin azaldığı ve mobilitesinin arttığı kabul edilir. Ancak anatomik stres inkontinans (ASİ) olan hastaların hepsinde Q-tip test pozitif olmadığı gibi (Tip III ASİ), Q-tip testi pozitif olanlarda üriner inkontinans olmayabilir. Bu nedenle Q-tip testi ASİ tanısı koydurmadığı gibi ASİ'a da ekarte ettirmez. Q-tip testi ayrıca anti-inkontinans operasyonları sırasında mesane boynunun yeterli elevasyonunu belirlemek için de kullanılır (114).

İdrar Akım Hızı (Üroflovetri)

Üroflovetri (UFM) idrar boşaltımı süresince idrar akım hızı ve biçiminin belirlendiği temel bir ürodinamik testtir. Üretradan belirli bir zaman biriminde dışarı atılan idrar miktarı ölçülür ve ml/sn cinsinden ifade edilir. Dolu bir mesanenin boşalma hızı erkeklerde 20-25 ml/sn, kadınlarda 25-30 ml/sn.dir. Miksiyon (işeme) evresinin değerlendirilmesi için en basit yöntemdir. Akım hızında düşüklük mesane çıkımında bir engel ya da detrusör kontraktilesinde bir zayıflık düşündürürken, beklenenden daha yüksek akım hızları azalmış çıkım direncinin bir yansıması olabilir. Üroflovetri ile elde edilen tüm veriler alt üriner sistemin boşaltım fonksiyonu ile ilgili olarak global

düzyeyde bilgi verir. Tarama testi olarak çok yararlıdır, ancak anormal bir akım hızı detrusörün çok yüksek basınçla kasılarak idrarın boşaltılabileceği olası bir obstrüksiyonu kesin olarak ekarte etmez (8).

Ultrasonografi

Kontrast madde gerektirmemesi, non-invaziv, kolay, ucuz, hızlı, zararsız ve etkin olması nedeniyle günümüzde alt üriner sistem görüntülenmesinde en çok tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Mesane içi idrar volümü hesaplanabilmekte, bu yolla kateter kullanmaksızın işeme sonrası rezidüel idrar volümü ölçülebilmektedir. Ayrıca istirahat ve ıkınma sırasında üretra, mesane boynu ve mesane tabanının pubik kemik gibi referans noktalarına göre lokalizasyonu belirlenebilmekte ve dinamik olarak ıkınma sırasında mesane boynu hipermobilitesi direkt gözlenebilmekte ve objektif olarak ölçülebilmektedir (114).

Magnetik Rezonans Görüntüleme

Ultrasonografi gibi non-invaziv olması ve iyonize radyasyon içermemesi yanında yumuşak dokularda çok iyi anatomik görüntüler vermesi ve aynı pozisyonda birden çok yönde kesitler alınabilmesi gibi avantajları vardır. Magnetik rezonans görüntüleme kullanılarak üretral, paraüretral yapılar, mesane mukozası ve kas dokusu yanında pelvik tabanı döşeyen tüm kas ve bağ dokuları hakkında detaylı görüntüler elde edilmesiyle pelvik relaksasyon tipleri ve ASİ patofizyolojisi hakkında önemli yeni bulgular sağlanmıştır (114).

Ürodinamik Testler

Ürodinami alt üriner sistemin depolama ve boşaltma fonksiyonlarının fizyolojik koşulları mümkün olduğunca taklit ederek laboratuvar koşullarında test edilmesidir. Ürodinamik inceleme hastanın aktif olarak katıldığı bir incelemedir. İlk miksiyon hissini algılanması, abdominal basınç traselerinin çizilmesi, valsalva ve öksürük kaçak basınçlarının ölçümü, işeme hızı ölçümleri, sıkışma inhibisyonu gibi tekniklerin uygulanması, basınç akım çalışması sırasında hastanın, testi yapanın söylediklerine uyum sağlaması önemlidir. Test hastanın rahat edebileceği bir ortamda yapılmalı ve tetkiki yapan kişi hasta ile sürekli iletişim halinde olmalıdır (43).

Stres inkontinans, sıkışma inkontinansı ya da miks inkontinans ürodinamik olarak gösterilebilir. Ancak ürodinami tüm inkontinans nedenlerini ortaya koymada yeterli değildir, şüpheli durumlarda ek tetkikler yapılmalıdır. Urge inkontinansı olanlarda öncelikle üriner enfeksiyon varlığı araştırılıp, tedavi edilmelidir (43).

Ürodinami öncesi hastanın sıkışması söylenir ve serbest üroflow hızı ölçülerek kaydedilir. Ürodinami için yerleştirilecek kateterler ile infüzyona başlamadan önce mesane tamamen boşaltılarak rezidüel idrar miktarı da ölçülür ve kaydedilir. Daha sonra ürodinami için hasta hazırlanır. Ürodinami supin, otururken veya ayakta yapılabilir. Detrüsör aşırı aktivitesini ortaya çıkarmak için en ideali ayakta yapılmasıdır ve gerekirse aşırı aktiviteyi ortaya çıkarmak için provokatif testler yapılabilir. Ürodinami aşamaları şu şekildedir:

- **Mesane kateterizasyonu:** Mesane bir yandan serum fizyolojik ile doldurulup, diğer taraftan basınç ölçüleceği için bir kanalından basınç ölçmeye, diğer kanalından infüzyon yapmaya uygun çift lumenli kateter gerekir. Basınç ölçümünü doğru yapabilecek ve istenilen hızda infüzyon sağlayabilecek en küçük çapta kateterler seçilmelidir. Üretra darlığı olupta üretral kateterizasyon yapılamayan hastalarda suprapubik kateter yerleştirilebilir. Kateter steril koşullarda mesaneye yerleştirilir. Varsa rezidüel idrar kaydedilir. Kateterler

flasterle perineye tespit edilir. Daha sonra kateterlerden biri infüzyon pompasından gelen tübe, diğeri ise basınç algılayıcısına bağlı tübe bağlanır.

- **Abdominal basınç ölçümü için rektal prob yerleştirilmesi:** Mesane basıncı karın içi basınç değişikliklerinden etkilenir. Bu nedenle mesane içi basınç yükselmelerinin detrüördeki basınç artışına mı, yoksa karın için basıncı artışına mı bağlı olduğunu anlamak için abdominal basıncı ölçmeye yarayan bir abdominal basınç probu yerleştirilir. Rektal prob parmak yardımı ile rektuma yerleştirilir.
- **EMG ölçümü için perineye yüzel elektrotlarının yerleştirilmesi:** Yüzeysel elektrotları yerleştirilmeden önce perine kıllardan arındırılmalı ve alkol ile temizlenmelidir. İğne elektrotları kullanılacaksa kadında üretral meatusun her iki yanından 1-2 cm ilerletilir, ağrının az olması için transvajinal yol da tercih edilebilir. İğnelerin doğru yerleştirilip yerleştirilmediği hastanın istemli olarak sfinkterini kasma veya bulbokavernöz reflekse alınan EMG yanıtına göre değerlendirilir. Üretral çift lümenli kateter, rektal prob ve EMG elektrotları yerleştirildikten sonra basınç ayarları referans noktası simfis pubis olacak şekilde sıfırlanır. Kateterlerin bağlı olduğu tüplerde hava kalmamış olması önemlidir.
- **İnfüzyon:** Dolum için kullanılacak serum fizyolojik vücut sıcaklığında olmalıdır. Ürodinami dolum hızına göre; <10 ml/dk yavaş dolum, 10-100 ml/dk orta dolum, >100 ml hızlı dolum ürodinamisi olarak sınıflandırılır. Mesane infüzyonu başladıktan sonra ölçüm kontrolü için hastaya ıkınması söylenir. Bu esnada abdominal basınç eğrisinde ve mesane içi basınç eğrisinde yükselme görülür. Detrüör basıncını gösteren eğri ise sabittir. Kateterlerin yerinde ve ölçümlerinde doğru olduğuna kanaat getirdikten sonra hastaya ilk idrar hissini algıladığı an bildirmesi söylenir. Bu volüm genellikle 150-200 ml civarındadır. Daha sonra normal idrar hissi ve mutlak idrar yapma hissi algılanan volümler

işaretleyici ile işaretlenir. Hastanın dayanamayacağı volüm maksimum ürodinamik mesane kapasitesidir ve infüzyon sonlandırılır.

- **Valsalva Kaçak Noktası Basıncı/‘valsalva leak point pressure’ (VLPP), Öksürük Kaçak Noktası Basıncı/‘cough leak point pressure’ (CLPP) ölçümleri:** Ürodinamik maksimum mesane kapasitesine ulaşmış infüzyon kesildikten sonra özellikle intrensek sfinkter yetmezliği düşünülen hastalarda valsalva kaçak noktası basıncı ve öksürük kaçak noktası basınçlarının ölçülmesi önem taşır. Bunun için infüze edilen mesane içerisinde 250-300 ml kalacak şekilde boşaltılır. İnfüzyon ve basınç ölçümü için iki ayrı kullanılıyor ise sadece basınç ölçen bırakılır. Abdominal prob ve EMG elektrotlarında yerinde bırakılarak hasta ayağa kaldırılır. Hasta ayağa kaldırıldığında intraabdominal basınçta 20-50cm H₂O'luk bir artış olacağı göz önünde tutulmalıdır. Hastadan şiddeti gittikçe artan ıkmalar yapması istenir. Kaçağın oluştuğu basınç kaydedilir. Kaçağın şiddeti gözlenir. Kaçağın oluştuğu basınçtan istirahat mesane içi basıncının çıkarılması ile VLPP bulunur. VLPP <60cm H₂O ise intrensek sfinkter yetmezliği (İSY) lehinedir, 60-90cm H₂O şüpheli, >90cm H₂O normal kabul edilir. Hasta güçlü ıkmaya rağmen basıncı yeteri kadar arttıramıyor ise gittikçe şiddeti artan öksürükler yapması söylenir ve böylece kaçak oluşur ise basınç, öksürük kaçak noktası basıncı olarak kaydedilir (CLPP). (43).

2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ

Yaşamın hangi döneminde olursa olsun üriner inkontinans mutlaka bir sağlık sorunu olarak ele alınmalı, gerekli ürojinekolojik değerlendirme yöntemleri ile altında yatan patofizyolojiler ortaya konularak inkontinans tipi belirlenmeli ve etkin yöntemlerle tedavi edilmelidir (115).

Üriner inkontinanslı kadınların tedavisi davranışsal, farmakolojik ve cerrahi olmak üzere üç başlıkta incelenebilir.

Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedaviler; basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir. Üriner inkontinansla davranış tedavisinin amacı, hastanın hastalığı hakkında eğitilmesi, inkontinansın azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesidir. Davranışsal tedavi, hemşirelerin üriner inkontinanslı hastaların klinik, kurum ya da evde bakımında yaygın olarak kullandıkları stratejilerdir. Davranışsal tedavide yer alan diyet, sıvı alımı, tuvalet alışkanlıkları ile ilgili günlük yaşam akışında değişiklik yapmak hasta için zor olsa da, inkontinans semptomlarının azalmasını sağlayabilir (14, 18, 89).

- Üriner inkontinanslı kadınların mesane günlüklerine bakılarak diyet alışkanlığında düzenlemeler yapılabilmektedir. Kafeinli yiyecek ve içeceklerden; kola, kahve, çay, çikolata ve alkol alımı diürezi arttırdığı için diyet menüsünden çıkarılmalıdır. Karbonatlı içecekler, süt ve süt ürünleri, asitli meyveler, fazla baharatlı yiyecekler, şeker, bal, suni tatlandırıcılar ve domates gibi diğer yiyeceklerin mesane üzerindeki etkileri tam anlaşılammış olmasına rağmen, diyetle az miktarlarda alınması mesane kontrolünü arttırmaya yardımcı olabilir.

- Günlük sıvı alımı normal düzeyde olmalıdır. Belirli bir miktarda sıvı alımının sürdürülmesi, mesane kapasitesinin de sürdürülmesini sağlar. Yeterli miktarda sıvı alımı ile idrar konsantrasyonu artar ve diyet ile alınan irritan maddeler konsantre olur. Hastanın noktrisini azaltmak için gece akşam yemeğinden sonra sıvı alımı kısıtlanmalıdır.
- Sigarada bulunan nikotin detrsr irrite ederek mesane kontraksiyonlarına ve idrara sıkışmaya neden olur. Sigara içen kişinin, tekrarlayan ve kronik öksürüğü de idrar kaçırmayı kolaylaştırır ve anatomik hasarlanmaya sebep olabilir. Antihipertansifler de kronik öksürüğe sebep olabildiğinden gerekirse başka bir ilaçla değiştirilmelidir.
- Kronik konstipasyon mesanenin boşalmasını güçleştirir ya da inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonlarının sayısını arttırabilir. Bu nedenle konstipasyonu önlemek amacıyla lifli gıdaların alınması ve sıvı alımının artırılması sağlanarak düzenli barsak alışkanlığı geliştirilmelidir.
- Obesite, kronik karın içi basınç artışına neden olduğundan kilo verilmesi ile de inkontinansa azalma veya iyileşme sağlanabilir. Kilo verme ile mesane üzerindeki basınç azalır (45, 67).

Mesane Eğitimi

Mesaneyi eğitmenin amacı, kişinin kontinans durumunu normal ya da geliştirilmiş bir duruma getirmek ya da planlanmış düzenli aralıklarla idrar yaparak inkontinansı engellemek ve kontinansı elde etmektir. Mesane eğitimi urge inkontinanslı özellikle aşırı aktif mesanesi olan hastalarda yarar sağlayan ve sık uygulanan bir davranış tedavi şeklidir. Mesane eğitiminde amaç miksiyon aralıklarını giderek açmak ve belirli zamanlarda mesaneyi boşaltmaktır (14, 67).

Mesane eğitiminin ana özellikleri eğitim, zamanlı miksiyon ve hastayı pozitif yönde cesaretlendirmektir. Üriner günlük, hastanın idrar yapma alışkanlıkları, plan yapma ve hastayı motive etmek açısından gereklidir. Mesane eğitimi idrara sıkışma hissini (urgency) hissini suprese edecek hatta bu hissi azaltarak daha normal bir miksiyon paternine ulaşmayı sağlar. Miksiyonu geciktirmek için başka bir üzerinde yoğunlaşma, sıkışma hissinden uzaklaşma önemlidir. En kolay yöntemlerden biri derin ve yavaş bir nefes almak, bir başka önlem ise hastanın 5-6 kez hızlı ve yoğun pelvik kas kontraksiyonu yapmasıdır. Miksiyon aralığı her hafta yaklaşık olarak 30 dakika artırılır ve 6 hafta boyunca devam edilir. Bilişsel fonksiyonlarında bozulma olan hastalarda uygulanması güçtür (14, 18, 67).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Stres inkontinanstaki konservatif bir tedavi yöntemi olarak ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanan pelvik taban kas egzersizlerinin amacı; intraabdominal basınç artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyon gücünü arttırmaktır (34).

Pelvik taban kasları ile yapılan pelvik kas egzersizlerinin, kadınlarda stres üriner inkontinansın tedavisine yardımcı olduğu ve özellikle ileri yaşlarda stres inkontinansı önlemek için egzersizlere erken yaşlarda başlanmasının daha etkili olduğu belirtilmiştir (93).

Kegel vajinal palpasyonla hastalarına pubokoksigeal kaslarını kasmayı öğretmiş ve bunu evde tekrarlamalarını istemiştir. Egzersizlerin doğru ve yeterli yapılmasının hastaya sürekli hatırlatılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Yeterli kas tonusu ve fonksiyonu elde etmek için 20-60 günlük bir zaman diliminde, günde 20-40 seans yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonusa ulaşıncaya kadar ömür boyu devam edilmelidir (14, 46).

Pelvik taban egzersizleri; pelvik taban gücü artışı yanında, pelvik organ prolapsusu ihtimalini azaltır, barsak kontrolünü artırır, orgazm artar ve seksüel problemler azalır. Kadınlar bilinçlendiği için, ağır bir aktiviteden önce pelvik taban kaslarını doğru bir şekilde kasarak idrar kaçırmaı önlemektedirler. Perinenin tonus ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalır. Egzersiz ile aynı zamanda motor ünitelerin birbiri ile olan ilişki ve koordinasyonu düzelmektedir. Pelvik taban kasları yeterince ve güçlü ve hipertrofik olduğunda, ani intraabdominal basınç artışına hızlı bir kontraksiyon ile cevap verir. Bu durum mesane boynu ve üretranın hipermobilitesini önlemektedir (14, 46).

Pelvik taban kaslarının kontraksiyon yeteneği digital muayene, biofeedback, perinometre ile değerlendirilebilir. Bu yöntemlere stop testi ve vajinal kon kullanımı ilave edilerek hastalara egzersizi doğu şekilde uygulamaları öğretilir. Egzersizler tek başına kullanılabildiği gibi diğer yöntemlerle kombine edilebilir. Konservatif tedavilerin tümünde, başarı elde edilse bile relaps sıktır. Pelvik taban kas egzersizlerinin etkisi de, egzersiz bırakıldığında azalmaktadır. Bu nedenle kadınlar egzersizlerine devam etme yönünde teşvik edilmelidir (14, 46).

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Aktif bir yönetim olduğundan kas gücü artışı daha fazladır (67).

Biofeedback fizyolojik tepkileri öğretme sürecinde kullanılır. Fakat sadece mesane kontraksiyonunun inhibasyonunun yapılmasını öğrenmek yeterli değildir. Mesane fonksiyonunu değiştirmek bu öğrenilmiş tepkilerin kullanımı bakımından daha uzun bir yoldur. Bu örnekler içerisinde biofeedback bir öğretim tekniği olarak kullanılır (46).

Biofeedback uygulamasında yüzeysel veya internal elektrodlar kullanılabilir ve hasta kaslarını kastediği zaman bunları görsel ve işitsel sinyaller halinde görebilir, kaslarını kasmaını veya gevşetmesini doğru olarak öğrenebilir (67).

Biofeedback detrüsör instabilitesi hastalarda detrüsör kontraksiyonlarının istemli inhibasyonu ile aynı zamanda abdominal kasların relaksasyonu ve pelvik taban kas kontraksiyonunu öğretmek amacı ile de kullanılabilir. Stres üriner inkontinanslı hastalar biofeedback ile abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın sadece pelvik taban kas kontraksiyonunu öğrenebilirler. Biofeedback ile rehabilitasyonun başarısı sadece yönetimin seçimine bağlı değil, hasta ve doktorun motivasyon ve yeteneklerine de bağlıdır. Bu teknik zaman alıcıdır ve hastanın ambule, motive, günlük yaşamında bağımsız ve bilişsel fonksiyonları açısından normal olmasını gerektirir (46).

Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu (FES)

Urge üriner inkontinans tipinde oldukça başarılı olan bu yöntemde, elektrod ya da vajinal prob yardımı ile perine bölgesine intraanal ya da intravajinal yoldan uygulanan ve elektrik akımıyla pudental sinirin direkt olarak uyarılması sağlanır. Elektrik stimülasyonu internal üretral sfinkterik fonksiyonun artmasını ve mesane kontraktilesinin azalmasını sağlar (46).

Pudental sinir liflerinin elektriksel olarak direkt olarak uyarılması, polisınaptik refleks cevaba yol açar. İmpuls sakral sinir köklerine gider ve oradan da pudental sinirin afferentleri ile pelvik taban kaslarına geri döner. Pelvik taban kasları ile üretral çizgili sfinkterde kontraksiyon gelişir ve üretral kapanma basıncı artar. Refleks cevabın bir diğer sonucu, detrüsör inhibasyonudur. Fizyolojik olarak mesane içi volüm düşük olduğunda, hipogastrik sinir sempatik yoldan, mesane içi volüm yüksek olduğunda, pelvik sinir parasempatik yoldan refleks olarak detrüsör inhibasyonunu sağlar. Pudental sinirin uyarılması, hipogastrik ve pelvik sinir eferentlerinde uzun süreli refleks deşarjlara neden olarak detrüsör inhibasyonuna yol açar (46).

Elektrik stimülasyonu ucuz, noninvazif, farmakolojik yan etkilerden uzak bir yöntemdir. Yan etki olarak hafif rahatsızlık hissi verebilir ve enfeksiyon riski artabilir. Bu nedenle uygulaması sırasında sterilizasyona çok dikkat edilmeli, her hasta için ayrı prob kullanılmalıdır. Vajinal iritasyon, ağrı, kanama, vajinal enfeksiyon ve üriner sistem enfeksiyonu gibi komplikasyonlarının olduğu da vurgulanmaktadır (46).

Vajinal Kon

Kon ağırlıkları 20-90 gr arasında olup, vajinaya yerleştirilen ve pelvik taban kaslarının izometrik (eş ölçüde) kontraksiyonları ile vajina da tutulurlar. Hem pelvik taban egzersizlerin öğretilmesi, hem de kas gücünü arttırmak amacı ile kullanılırlar. Günde iki kez, başlangıçta 10 dakika, daha sonra 20 dakika vajina da tutulurlar. Pelvik taban kas gücü arttıkça ağırlık arttırılır (67).

Gözetim gerekmeden uygulanabilme avantajı vardır. Aşırı derecede pelvik organ prolapsusu varlığında kullanılmaları zordur. Doğum sonrası dönemde oldukça faydalı olduğu bildirilmiştir. Vajinal ağırlıklar ile pelvik taban kası egzersizlerinin doğru bir şekilde yapılması amaçlanır. Ağırlığın kayarak dışarı çıkmasını önlemenin kadına kaslarını doğru bir şekilde kasmaı öğrettiği düşünülmektedir (67).

Vajinal kon kullanırken ayakta durma, kayma hissine sebep olmakta ve bu da güçlü sensoriyel feedback ve pelvik taban kaslarının kasılmasının tetiklenmesine sebep olmaktadır. Vajinal konlar bazı kadınlar tarafından kabul görmemekte, pelvik ağrıya ve sonuçta kötü kompliyansa (uyuma) sebep olabilmektedir (67).

Pesser

Pelvik taban laksitesi (gevşekliği) veya pelvik organ prolapsusuna bağlı stres üriner inkontinansı olan kadınlarda pesser gibi intravajinal araçlar kullanılabilir. Pesserler çeşitli tipleri olan ve konservatif tedavinin uygun olduğu üriner inkontinanslı olgularda kullanılan bir araçtır. Cerrahi tedavi istemeyen stres inkontinanslı, gebe,

operasyonun tehlikeli olabileceği yaşlı ve aşırı fiziksel egzersiz sırasında idrar kaçırma semptomu olan kadınlarda kullanılabilir (5, 95).

Stres üriner inkontinans için dizayn edilmiş pesseler özel olarak, üretrayı simfisis pubisin üst arka kısmına doğru bastırır ve mesane boynunu destekler. Böylece mesane ile üretra arasındaki açı düzelir ve Valsalva manevrası ile idrar kaçırma sona erer. Kontinansı düzeltme mekanizması cerrahide sağlanan duruma benzerdir. Üretrovezikal bileşkenin stabilize edilmesi ile, pesser intraabdominal basıncı tamamen üretraya aktarır ve böylece üretral kapanma basıncı artmış olur (5, 95).

Pesser kullanımına bağlı gelişen en sık komplikasyonlar uzun süreli uygunsuz basıya ve irritasyon sonrası vajina mukozasında oluşan ülserasyon ve kanamadır. Yeterli drenaj ve hijyenik bakımın yapılmadığı durumlarda sık gelişen enfeksiyonlara bağlı anormal kokulu akıntı, kaşıntı, ağrı ve yanma hissi gözlenir. Eğer pesser uzun bir süre yerinde bırakılır ve gereken kontrolleri yapılmaz ise pesser kısmen vajina duvarı içine gömülmekte ve çıkarılması zorlaşmaktadır (95).

Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilesinin inhibasyonu, duysal girişin azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılmasıdır. Üriner inkontinanstaki ilaç tedavisi sıklıkla detrusör instabilitesi ya da miks inkontinansı olanlarda, stres üriner inkontinansı olanlara göre daha çok kullanılır. İlaç kullanımını diğer konservatif tedavilerle kombine edilebilir (32, 89).

Antimuskarinikler (Antikolinergikler)

Fizyolojik mesane kontraksiyonu, büyük oranda, mesanedeki postgangliyonik parasempatik muskarinik kolinerjik reseptör alanlarının (detrüsör düz kası) asetilkolin aracılığı ile uyarılması sonucu oluşur. Antimuskarinik ajanlar nörotransmitter asetilkolinin, muskarinik reseptörlere bağlanmasını bloke ederek, detrusör kas

kontraksiyonlarını inhibe ederler. Günümüzde Aşırı aktif mesane ve urge inkontinans tedavisinde ilk sırada yer alırlar. Asıl olarak, dolum fazı sırasında sıkışma hissini azaltmak ve mesane kapasitesini arttırmak suretiyle etki gösterirler (5, 89).

Antimuskarinik ajanlar ağız kuruluğu, konstipasyon, taşikardi, bulanık görme ve mental fonksiyonlarda bozulma gibi yan etkiler oluşturabilirler. Barsak obstrüksiyonu, Alzheimer hastalığı olan olgularda ve glokomda kullanılmazlar. Etken maddeleri atropin, oksibutinin, tolterodine tartarat, transpium klorid, darifenasin, disiklomin, flavoksat olan ilaçlar bu grupta yer alır (5, 81, 89).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Mesane düz kasının gevşemesinde intrasellüler kalsiyum salınımına veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki ederler. Nifedipin ve Terodilin bu grupta yer almaktadır. Detrüsör overaktivitesinde antimuskarinik ve kalsiyum kanal blokerlerinin birlikte kullanımı ile tek kullanımlarına göre daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Yan etkileri; hipotansiyon, ateş basması, bağ ağrısı, bulantı, konstipasyondur. Kardiak hastalığı olan, antiaritmik, antidepresan, antipsikotik ilaç kullananlarda kontrendikedir (81, 97).

Prostaglandin (Pg) İnhibitörleri

Detrüsör ve mesane mukozasında bulunan prostaglandinler mesane boşalımında, mesane tonusunun sürdürülmesinde ve kasılmasında görev alırlar. Flurbiprofen ve indometazin bu grupta yer alır (81, 97).

Trisiklik Antidepresanlar (TSA)

Santral ve periferik antikolinergik etkisi vardır. Detrüsörü inhibe ederek mesane kontraktilesinde azaltarak ve çıkış direncini artırarak idrarın depolanmasına yardımcı olurlar. Miks üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Alerji, deri döküntüsü, hepatik disfonksiyon, tıkanma sarılığı, tremor, yorgunluk ve sedasyon gibi yan etkileri antikolinergik etisine bağlı olmaktadır (32, 81, 97).

Alfa Adrenerjik Agonistler

Mesane boynu ve proksimal üretrada yoğun olarak bulunurlar ve stimüle edildiği zaman düz kas kontraksiyonuna neden olarak maksimum üretral basınçta ve maksimum üretral kapanma basıncında artış görülür. Potansiyel yan etkileri; hipertansiyon, anksiyete, baş ağrısı, uykusuzluk, tremor, zayıflık, aritmi ve solunum güçlüğüdür (5, 81, 97).

Östrojenler

Östrojenler inkontinans tedavisinde 1941 yılından beri kullanılmakta olup etkinlikleri, etki yerleri, uygulama şekli ve dozaj konusundaki belirsizlikleri halen devam etmektedir. Vajina, mesane, üretra ve pelvik taban kaslarında östrojen reseptörleri mevcuttur (81, 97).

Östrojenin mesanedeki alfa adrenerjik reseptör yoğunluğunu ve duyarlılığını arttırdığı, nöronal duyarlık ve transmitter metabolizmasını arttırarak üretral mukoza, submukoza ve pelvik taban dahil periüretral kollajen üzerinde besleyici rolleri olduğu ve menopoz sonrası üretral basıncı arttırdığı şeklinde bir çok etkilerinin olduğu açıklanmaktadır. Üretra ve trigon embriyolojik olarak uterus ile alakalıdır ve yapılan deneysel bir çalışmada alfa adrenerjik uyarıya karşı üretranın duyarlılığının östrojene bağımlı olduğu gösterilmiştir (çıkış direncinde artma) (81, 97).

İnkontinans tedavisinde östrojen oral veya vajinal yolla uygulanabilir. Vajinal östrojen kullanan kadınlarda ürogenital atrofi iyileşir, üretral kapanma basıncı artar ve proksimal üretraya yansıyan abdominal basınç düzelir. Östrojenin vazomotor semptomların düzeltilmesi, osteoporozun önlenmesi ve kardiovasküler riskin azaltılması açısından olumlu etkileri bilinmektedir. Endometrium üzerine olan karşılanmamış östrojen etkisini dengelemek için tedaviye progesteron eklenmesinin ürodinamik stres inkontinans tedavisine olan etkileri tam olarak belirlenememiştir (81, 97).

Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisi

Üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı klinik ve ürodinamik araştırmaları içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrası, üriner inkontinansın patofizyolojisinin ve şiddetinin objektif olarak belirlenmesinden sonra verilmelidir. Bunun yanında anatomik ve patofizyolojik bulguların cerrahi plan ile uyumu, cerrahi riskin belirlenmesi ve planlanan cerrahinin hastanın yaşam kalitesine etkisinin mutlaka göz önüne alınması gerekir (116).

Herhangi bir sağlık sorununun tedavisinde kullanılan cerrahi prosedürlerin amacı saptanan patofizyolojinin sınırlandırılması, kompanze edilmesi ya da iyileştirilmesi olmalıdır. Bu açıdan bakıldığında üriner inkontinans için uygulanacak cerrahi prosedürler 4 grupta toplanabilir:

- İstemsiz detrüsr kasılmasını engelleyerek detrüsr overaktivitesini tedavi edenler (Augmentation- intestino-sistoplasti),
- Üretral obstrüksiyonu açarak taşma inkontinansı ya da üretral obstrüksiyona sekonder olarak gelişen detrüsr overaktivitesini iyileştirenler (periüretral edezyolizis, transabdominal üretrolizis),
- Alt üriner sistem bütünlüğünü bozan üriner fistülleri tedavi edenler (fistül tamir operasyonları),
- Üretral direnci artırarak üretral sfinkterik yetmezliği (gerçek stres inkontinans) tedavi eden cerrahi prosedürler.

Gerçek stres inkontinansın patofizyolojisi göz önüne alındığında bu sorunun asıl tedavisinin cerrahi anti inkontinans yöntemleri olduğu açıktır. Mesane boynu hipermobilitésinin olduğu Tip II gerçek stres inkontinansın cerrahi tedavisinde kullanılan operatif prosedürler:

- Retropubik mesane boynu süspansiyon operasyonları (Marshal Marchetti-Krantz, Burch, Paravaginal tamir)
- İğne ile yapılan mesane boynu süspansiyon operasyonları (Pereyra, Stamey, Double Needle, Gittes)
- Minimal invaziv midüretal sling operasyonları (Tension free üretropeksiler)
- Ön onarım ve Kelly-Kennedy paraüretal plikasyon operasyonları.

İntrensek sfinkter yetmezliğin bulunduğu Tip III gerçek stres inkontinansı olanların cerrahi tedavisinde kullanılan cerrahi prosedürler:

- Subüretal Sling prosedürleri
- Periüretal madde enjeksiyonları
- Artifisyonel üretal sfinkter uygulamaları (116).

Miks üriner inkontinansı olan hastalarda, üriner inkontinansa katkısı fazla olan komponentin tedavisine öncelik verilmesi önerilmektedir. Tedavide öncelikli olan detrüsrör overaktivitesi davranışsal ve farmakolojik yöntemler ile kontrol altına alındıktan sonra hastalar gerçek stres inkontinans yönünde yeniden değerlendirilmeli, gerekli görülenlere cerrahi tedavi yapılmalıdır (116).

2.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden bireysel iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi, kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik duygusu, amaçlar ve hayattan beklentilerin bileşimini içeren subjektif bir kavramdır. Sağlıkla Bağıntılı Yaşam Kalitesi (SBYK), kişinin duygusal sağlık durumu dâhil birden çok boyutunu inceler. Yaşam kalitesi kavramının bileşenleri:

*Fizik fonksiyon *Mental durum *İyi olma duygusu * Görev yapabilme

*Sosyal fonksiyon *Duygu durumu *Rahatsız olma derecesi (9, 29).

Yaşam kalitesi ölçekleri, hastalığa özgü tedavi ihtiyacını ve tedavinin etkilerini belirleyebilmekte ve sağlık üzerinde belirlenen düzelmelerin diğer hastalıklarla karşılaştırılabilmesine olanak sağlamaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, genel ve hastalığa özgü olmak üzere iki sınıfa ayrılabilirler:

1- Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Hastalıkların geniş hasta veya toplum gruplarında yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırırlar. Genel ölçeklerin avantajı, farklı gruplar veya hastalıklar arasında karşılaştırmalar yapılmasına olanak vermesine rağmen hastalığa, tedaviye, yaş grubuna ve spesifik bir hastalığın özel bir yönünü veya bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini gösterememesidir. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinin hepsi, üriner inkontinansı değerlendirmede kullanılamaz. Çünkü üriner inkontinanslı kadına uygulandığında, duyarlılık düşük olur ve tedavinin başarısını değerlendirmede ölçek yetersiz kalabilir. Üriner inkontinansla ilgili genel yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları şunlardır:

- **Nottingham Sağlık Profili (NHP)**
- **SF 36 Health Status Questionnaire**
- **Hastalık Etki Profili (The Sickness Impact Profile –SIP)**

2- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Spesifik bir hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ölçmek için tasarlanmışlardır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri spesifik hastalıkların daha derinlemesine incelenmesini ve tasarlandığı hastalık süresince kritik noktaların belirlenmesini sağlarlar. Genel ölçeklere oranla, değişime daha duyarlıdırlar. Primer dezavantajları, sadece tasarlandıkları toplum için kullanılabilmeleri ve genel bir popülasyon veya diğer gruplardan elde edilen verilerle karşılaştırma yapılamamasıdır. Üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin bazı örnekleri şunlardır:

- **Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)**
- **Incontinence Impact Questionnaire-short form (IIQ-7)**
- **Incontinence QOL Questionnaire (I-QOL)**
- **Incontinence Severity Index**
- **Urogenital Distress Inventory (UDI)**
- **Urogenital Distress Inventory-short form (UDI-6)**
- **Kings Health Questionnaire**
- **Urge Incontinence Impact Questionnaire (Urge IIQ)**
- **International Consultation on Incontinence Questionnaire-short form (ICIQ-SF)**
- **Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire (BFLUTS)**
(9, 29).

Ürojinekolojik şikâyetler, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de olan problemlerdir. Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da sürekli ıslaklık hissi ve irritasyon nedeniyle bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olabilen bir problemdir. Üriner inkontinans sonucu ortaya çıkan şikâyetler, kişinin istemli olarak kendisini sosyal hayattan izole etmesi, günlük ilişkilerden kaçınması, fizik aktivitenin kısıtlanması hatta günlük alınan sıvı miktarının azaltılması gibi sorunlarla kişinin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açabilmektedir (9, 29, 36).

Üriner inkontinans hastaları farklı şekillerde etkileyebilen çok boyutlu bir problemdir. Ağır morbidite veya mortaliteye nadiren neden olur ancak asıl etkisi, kadının günlük aktivitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlara ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmasıdır. Özellikle kadınların fiziksel, mesleki, psikolojik, ailevi, sosyal ve seksüel yaşamlarını, ev işlerini, fiziksel eğlence ve hobilerini olumsuz yönde etkiler. Kadınlar tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize etmek zorunda kalabilirler (9, 29).

2.8. ÜRİNER İNKONTİNANSIN DİNİ YAŞAMA ETKİSİ

İdrar kaçırma problemi Müslüman toplumlarda kadınların dini görev ve sorumluluklarını yerine getirmede olumsuz yönde etki yapabilmektedir. Namaz kılmadan önce kadınlar temizlenmek için abdest almakta, idrar kaçağı olduğunda abdest bozulduğu için daha sık abdest almak zorunda kalmaktadır. Ayrıca namaz kılariken yapılan hareketler sırasında idrar kaçırabilmekte ve ibadet yarım kalmaktadır.

İslamiyet'te namaz kılmak, dua etmek, camiye gitmek dini ibadeti yerine getirirken yapılan davranış şekilleridir. Bu ibadetlerden önce beden temizliğini sağlamak için abdest almak bir zorunluluktur. İnkontinans problemi abdestin bozulmasına neden olarak ibadetlerin yerine getirilmesinde sıkıntı yaratmak ve dini yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir.

Şentepe çalışmasında, din ve maneviyatın ruhsal ve fiziksel sağlık üzerine etkilerini araştıran oldukça geniş literatür gözden geçirildiğinde, dindarlığın ve maneviyatın ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde büyük oranda olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (99).

Literatürdeki çalışmalarda Müslüman kadınlar için dua etmenin kişi ve Allah arasında bir ilişki olarak görüldüğü, idrar kaçırma probleminin ise bu ilişkiyi engellediği tanımlanmıştır. Müslüman kadınlar acılarını en aza indirmek için ibadet etmeye ve namaz kılmaya başvurmaktadırlar. Ancak kadınlar yapılan ibadetin ve hissedilen bu ferahlık duygusunun; idrar kaçırmağa bağlı kirli hissetme ve kaçırma korkusu nedeniyle sürekli stres altında kalma gibi, idrar kaçırmanın olumsuz etkileri nedeniyle kabul edilmeyeceğini düşünmektedirler. Bazı Müslüman kadınlar için üriner inkontinanslı olmak, düşük benlik saygısı ile birlikte yalnız kalmak ve saklanmak zorunda olmak anlamına gelebilmektedir (25, 62, 90, 106).

Abdest alma, namaz öncesinde her Müslüman tarafından gerçekleştirilen bir temizlik ritüeli olarak belirtilmiştir. Müslümanlarda abdestli iken, dışkı, gaz ve idrar çıkışı olduğunda, yapılan ibadetin geçersiz olduğu ve tekrar abdest alarak ibadetin yapılması gerekmektedir. Namaz kılma; farklı aralıklarla günde beş kez gerçekleştirilen ve yerine getirilirken ayakta durma, eğilme ve oturmayı gerektiren bir ibadet şeklidir. Bu eylemlerin idrar kaçırma problemi olan bir kişide sızıntıya neden olabildiği tespit edilmiştir (25, 90).

Temiz olarak yapılan bir ibadet sırasında inkontinansı yaşamak, kadınların kendilerini pis ve kirli hissetmelerine, psikolojik olarak da kadınlar üzerinde çöküntüye neden olabilmektedir. Çünkü kaçırma nedeniyle, yarım kalan namaza yeniden başlamadan önce; vücut idrar ve kokudan arındırılmalı, abdest alınmalı ve ibadet öncesi temizlik ritüellerini tekrarlamak bir zorunluluk haline gelmektedir (25, 62, 106).

Literatürde kadınlar idrar kaçırma nedeniyle abdestlerinin bozulduğunu ve değişen namaz vakitlerinde uzun süre sürdürülemediği için tekrar abdest almayı ağır bir yük olarak ifade etmişlerdir. 2006 yılında Muijsenbergh ve Largo-Janssen'in yaptıkları kalitatif çalışmada, Üriner inkontinans şikayeti olan 30 kadın, inkontinans sorunu olmadan önce bir abdest ile aynı gün içindeki farklı namaz vakitlerini tekrar abdest almaya gerek kalmadan tamamlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Oysa üriner inkontinans sorunu yaşamaya başladıktan sonra her namaz vaktinde abdest almayı tekrarlamak zorunda olduklarını bildirmişlerdir. Sonuç olarak, inkontinans nedeniyle Müslüman kadınlar dini görevlerini tam olarak yerine getiremediklerini düşünmekte ve ibadetlerinin yarım kaldığına inanmaktadırlar (102).

İdrar sızıntısı nedeniyle ibadete ara verilerek tekrar abdest alma zorunluluğu kişinin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmekte, suçluluk ve cezalandırılma duygularına neden olabilmektedir. Dini inançlar bazen kişilerde kaderciliğe neden olabilmekte, kadınların hastalığın Allah'tan geldiğine ve hastalıklarının üzerinde kontrol güçlerinin olmadığına inanarak bu durum için tedavi arayışına girmemektedirler (25, 90).

Chaliha ve Stanton çalışmalarında dini temizlik ve ibadet kurallarının, namaz kılma sıklığının İslamiyet'te ayrıntılı ve geniş bir yer alması nedeniyle; idrar kaçırma problemi olan Müslüman kadınların, Yahudi kadınlara göre dini ibadetlerinin daha fazla olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Ayrıca Yahudi ve Müslüman kadınların idrar sızıntısı yaşama ihtimalleri, namaz kılmak ve dua evine katılabilmek için kadınların öncelikle temiz olma ihtiyacı duymalarına ve bazen dua evlerine katılmada kısıtlamalar yaşamalarına neden olmaktadır. İdrar kaçırma problemini uzun süredir yaşayan kadınlar, kaçırma durumlarına olanak tanımak için namaz kılma rutinlerini değiştirmekte ve ancak 'temiz kalmayı' sürdürebildikleri sürece namaz kılabilirler (25).

İdrar kaçıran kadınlar, bu problemle baş edebilmek için çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirmişlerdir. Kadınlar sık yıkanma, iç çamaşırlarını düzenli olarak değiştirme, koruyucu ped kullanma, sıvı alımlarını azaltma, namazdan önce idrarlarını boşaltma ve bazı Müslüman kadınlar namaz pozisyonunu, secde yerine oturarak namaz kılma pozisyonuna değiştirme yöntemlerini idrar kaçırma ile baş edebilmek için uygulamaktadırlar (25, 41, 88).

2.9. ÜRİNER İNKONTİNANS İÇİN TIBBİ YARDIM ALMA

Üriner inkontinans semptomlarını deneyimleyen kadınlar üriner inkontinansı kabullenip, durumlarını saklamaya ve hayatlarını bu şekilde sürdürmeye yönelik davranışlar geliştirirler. Menstrüel kanamaya karşı emici pedler ile müdahale etmeye alışmış olan kadınlar, sağlık kurumuna başvurmak yerine idrar kaçırmalarını ped kullanarak engellemeye çalışırlar (9).

Üriner inkontinanslı kadınların yaşamlarını düzenlemek için aldıkları özel önlemler şunlardır:

- Mesane boşaltımında obsesyonlar
- Rutin tuvalet planı
- Her yerde kolay bulunabilecek bir tuvalet kontrolü
- Evden dışarı çıkarken ya da aktiviteler sırasında idrar kaçağının olup olmadığının kontrolü
- İdrar kaçırmaya riski olan hareketlerden sakınma
- Sıvı alımını kısıtlama
- Ayakkabı, iç çamaşırı ya da giysi seçiminde sınırlama
- Yedek iç çamaşırı taşıma
- Mobilyaları koruma
- Kendisinde sürekli koku kontrolü yapma
- Vajinal deodorantlar ve deodorantlı pedler kullanma gibi davranış değişiklikleri geliştirerek kendilerini sürekli dikkatli davranmak zorunda hissedebilir. Bu tür davranış değişiklikleri belki hastalığın derecesini azaltır ama kadının hayatının yaşam kalitesini düşürür (9, 29).

Üriner inkontinansı olan kadınlar yetersiz de olsa kendilerince önlemler almayı tercih ederek tedaviye yönelmeyi geciktirirler. Kadınların 2/3'ünün tıbbi ve sosyal yardım aldıkları ancak, en az 2 yıldır bu sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir (9, 29).

Hastaların tedaviye yönelmeyi geciktirme nedenleri şöyle sıralanabilir:

- Olayı küçük bir problem olarak görme
- Olayın varlığını reddetme
- Utanma
- Olayı kadın ve yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görme
- Doktorun, problemin çok önemsiz olduğunu düşüneceği endişesi
- Tedavi yöntemlerinin varlığından habersiz olma
- Herhangi bir müdahale yapılmadan iyileşme ümidi
- Operasyon korkusu
- Tedaviden ümitsizlik
- Çok meşgul olma
- Maliyet (9, 29).

2.10. ÜRİNER İNKONTİNANTA HEMŞİRENİN ROLÜ

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içindedir. Sağlık bakımının en önemli amacı; hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenle üriner inkontinansa yönelik hemşirelik yaklaşımları, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşır (9).

Üriner inkontinanslı hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler yönünden ele alan multidisipliner bir değerlendirme yapılmalıdır. Detaylı ve dikkatli değerlendirme inkontinansın tanılanmasında ve uygun tedavisinin planlanmasında önemli bir adımdır. Son yıllarda hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen hastaların tanı ve tedavisinde, kontinansın sürdürülmesinde vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir (19).

Günümüzde kadınların eğitim düzeylerinin artması, cinsel yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesine verilen önemin artması sonucu ‘bu şikâyetin yaş ile ortaya çıkması normaldir’ inancı, yerini ‘bu şikâyet tedavi edilebilir bir hastalığın belirtisidir’ bilgisine devretmekte ve idrar kaçırma nedeniyle çözüm için sağlık kurumlarına başvuran hastaların sayısı giderek artmaktadır (76).

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç, kişilerin tekrar idrar tutabilir hale gelmesini sağlamaktır. Son yıllarda Avustralya’da ilk kez bir program dâhilinde geliştirilen “**Continence Nurse Practitioner (CNP), Kontinans Hemşire Uygulayıcıları**” inkontinans hastalarının tedavisi açısından özel eğitilmiş hemşireler olup, bu hemşirelerle çalışan servisler tüm dünyada nispeten yeni bir gelişmedir. Üriner inkontinans problemi olan kadınlar için CNP tedavi programında; detaylı bir hasta değerlendirmesi, davranış tedavisi ve mesane eğitimi yer almaktadır (14, 48).

“Contenance Nurse Practitioner (CNP), Kontinans Hemşire Uygulayıcıları”:

Güney Avustralya'nın kuzey banliyölerinde Lyell McEwin Hastanesindeki Kontinans Hemşiresi programı; Avustralya'da geliştirilen ilk yetkili CNP'dir. Bu program; doğum veya cerrahi için hastaneye yatırılan ve üriner veya barsak disfonksiyonu olan erişkin erkek ve kadınlarla ilgilenmektedir. Kadınlar, direkt olarak bu kliniğe başvurabilmekte veya doğrudan pratisyen hekimi tarafından ya da dolaylı olarak bir hastanenin kliniğinden (genelde ürojinekoloji, üroloji veya kolorektal cerrahi) sevk edilebilirler. Hastane servisine yatırılmış kadınlar, hastaneye yatıran medikal ekip veya servis hemşiresi/ebesi tarafından bu programa yönlendirilirler (48).

CNP; büyük miktarda otonomi ile çalışır, hastanenin obstetrik ve jinekoloji birimleriyle birlikte çalışan ve multi-disipliner ekibin bir üyesidir. Kompleks vakalar ürojinekoloji ekibiyle birlikte iki haftada bir incelenir. CNP programının sunduğu politika ve uygulama farklılıkları; resmi hemşire-hizmeti protokollerinin geliştirilmesi, kadınların kendi başlarına başvurabilmeleri ve CNP'nin topikal östrojenler veya oral antikolinergikler (Oxybutynin) reçete edebilmesidir (48).

Hemşire, hastalar ve onlara bakım verenler için bir danışman olarak rol alır. Danışmanlık hizmetinin sunumunda; inkontinans probleminin çözümü ve kontinansın geliştirilmesi, inkontinans ürünleri ve nereden sağlanabilecekleri, verilen hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri ile ilgili hastalar ve bakım verenlere bilgi verilir. Uygulamaları araştırma bilgisine dayalı olarak yapmak ve kontinansın geliştirilmesinde mevcut yeni bilgilerin farkında olmak, uzman hemşire rolünün çok önemli bir parçasıdır (83).

Ülkemizde üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın sağlanmasına yönelik verilen sağlık hizmetinde, birkaç istisna kurum dışında ekip yaklaşımının uygulanması söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında insanlarla yakın iletişimde olan hemşirelerin, üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavi edilmesindeki rolü önemlidir. Ancak ne yazık ki ülkemizdeki hemşireler bu alanda uzmanlaşmayı sağlayan eğitim programı olanaklarından yoksundurlar (83).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine üriner inkontinans semptomları ile başvuran kadınlarda; üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisinin belirlenmesi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması amacıyla yapılan takip çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine üriner inkontinans semptomları ile ilk kez başvuran ve 1 yıl öncesine kadar inkontinans tedavisi almamış olan tüm kadınlar oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 17.05.2010-14.02.2012 tarihleri arasında üriner inkontinans tedavisi için ilk kez başvuran ve 1 yıl öncesine kadar inkontinans tedavisi almamış olan tüm kadınlar (toplam 65 kadın) oluşturdu.

Örneklem Seçme Kriterleri:

- 18 yaş üzerinde,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden ve istekli olan,
- Gebeliği ve gebelik şüphesi olmayan,
- Üriner inkontinans semptomları olan,

- 1 yıl öncesine kadar üriner inkontinans tedavisi almamış,
- İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan hastalar çalışma kapsamına alındı.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 17.05.2010-14.02.2012 tarihleri arasında üriner inkontinans semptomları ile kuruma ilk kez başvuran ve 1 yıl öncesine kadar inkontinans tedavisi almamış olan tüm kadınlar dâhil edildi.

Hastanenin tedavi protokolüne göre inkontinanslı hastalar Ürodinami Laboratuvarında haftanın iki günü (Salı veya Cuma) değerlendirilmekteydi. Ürodinami işleminden bir hafta öncesinde hastalar, hastane laboratuvarına Tam İdrar Tahlili (TİT) ve İdrar Kültürü (İK) için örnek bırakıp, randevu zamanlarında Ürodinami Laboratuvarına bu tahlil sonuçlarını alarak gelmekteydiler. TİT ve İK sonuçlarında enfeksiyon belirtisi ve üreme bulgusu olmayan hastalar ürodinami testi ile değerlendirilmekteydiler. Sonuçlarında enfeksiyon ve üreme bulguları olan hastalara ürodinami işlemi uygulanmamakta, hastalardan laboratuara tekrar TİT ve İK örneği vermeleri ve tahlil sonuçlarıyla Ürodinami Laboratuvarına başvurmaları istenmekteydi.

Üriner inkontinans tanısı alan hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası olmak üzere iki ayrı dönemde değerlendirilmesi planlandı. Tedavi almayan ve kuruma inkontinans tedavisi için ilk kez başvuran hasta “**Tedavi öncesi (ilk geliş)**” döneminde kabul edildi. Bu dönemde ilk olarak hastalara, hasta tanılama ve yaşam kalitesi ölçeği formu uygulandı. Fizik muayenesi yapılan ve laboratuvar sonuçları alınan hastaya, sonuçlarına göre hekim tarafından ürodinami işlemi yapıldı. Ürodinami işlemi yapıldıktan sonra kadınlara, üriner günlük formunu uygulayabilmeleri için form hakkında anlayabilecekleri şekilde kısa ve öz olarak bilgi verildi. Kadınlardan hekimin verdiği tedaviyi almadan önce, üriner günlük formunu evinde bir günlük süreyle doldurması ve bir sonraki hastane kontrolünde doldurduğu formu getirmesi istendi.

Ürodinami sonrası hastadan bir süre dinlenmesi, mesanesini boşaltması ve ped testi uygulaması için 500ml su içmesi istendi. Hastaya 1 saatlik ped testi uygulaması yapıldı ve araştırma dosyasına kaydedildi. Tüm bu uygulamaların öncesinde ve sonrasında hastaya gerekli açıklamalar yapıldı ve kadınlara özellikle inkontinans tedavisinde sürekliliğin sağlanmasının önemi anlatıldı. Bu dönemde uygulanan **‘İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş)’** şeklinde adlandırıldı.

Hastanenin inkontinans tedavi protokolüne göre, tedavi sonrası ilk kontrol 2.ayda gerçekleştirilmekteydi. Araştırma grubundaki hastalarımız tedavi öncesi gelişten sonra ilk olarak 2.-6. ay arasında tekrar değerlendirildi ve bu dönemde gelen hastalarımız **“Tedavi sonrası 2.-6. Ay”** döneminde kabul edildi. Tedavi sonrası 2.-6.ayda hastalara ilk başvuruda uygulanan yaşam kalitesi ölçeği, laboratuvar değerlendirmesi, ürodinami ve ped test uygulaması tekrar yapıldı. Hastalardan tedavi öncesi (ilk geliş) dönemde doldurmaları için verilen üriner günlük formları alındı, tekrar yeni bir üriner günlük formu verilerek bir sonraki kontrole kadar formu doldurmaları ve kontrollerinde getirmeleri istendi. Bu dönemde uygulanan **‘İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay)’** şeklinde adlandırıldı.

Tedavi öncesi (ilk geliş) döneminden >6.ay sonrasında yapılan kontrol, tedavi sonrası ikinci kontroldü ve bu dönemde gelen hastalarımız **“Tedavi sonrası >6. Ay”** döneminde kabul edildi. Tedavi sonrası >6.ayda hastalara araştırmacı tarafından yaşam kalitesi ölçeği ve ped test, sonrasında laboratuvar sonuçlarına göre hekim tarafından ürodinami işlemi tekrarlandı. Hastalardan bir önceki kontrollerinde doldurmaları için verilen üriner günlük formları alındı, tekrar yeni bir üriner günlük formu hastalara verilerek 2 ay sonraki kontrollerinde getirmeleri istendi. Bu dönemde uygulanan **‘İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, YK-3 (tedavi sonrası >6.ay)’** şeklinde adlandırıldı.

Araştırmamızın Uygulanma Adımları

Araştırma Örneklemine Alınan Hastalar

- İdrar kaçırma semptomları olan,
- 1 yıl öncesine kadar inkontinans tedavisi almamış,
- Araştırma kriterlerine uyan,
- Araştırmayı ve ped test uygulamasını kabul eden,

TEDAVİ ÖNCESİ (ilk geliş) DÖNEMDE YAPILAN İŞLEMLER: (n=65)

- Hasta tanılama formu,
- I-QOL ölçeği,
- Fizik muayene ve TİT-İK,
- Ürodinami
- Ped test uygulaması
- Dini yaşam özelliklerinin belirlenmesi
- Üriner günlük formu

Medikal ve Davranışsal Tedavi Yöntemlerinin Uygulanması

TEDAVİ SONRASI 2.-6. AYDA YAPILAN İŞLEMLER: (n=20)

- I-QOL ölçeği,
- TİT ve İK,
- Ürodinami
- Ped testi uygulaması
- Üriner günlük formu

TEDAVİ SONRASI >6. AY DA YAPILAN İŞLEMLER: (n=19)

- I-QOL ölçeği,
- TİT ve İK,
- Ürodinami
- Ped testi uygulaması
- Üriner günlük formu

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Araştırma verilerinin toplanmasında hasta tanılama formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve üriner günlük formları kullanıldı. Ayrıca objektif verilerin elde edilmesinde ürodinami, ped test, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları ile Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri kullanıldı.

3.5.2. Hasta Tanılama Formu (Ek 1)

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş 51 sorudan oluşan formdur. Form; kadınların sosyo-demografik özelliklerini, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarını, obstetrik ve jinekolojik özelliklerini, üriner inkontinans öyküsünü, üriner inkontinansın subjektif parametrelerini, günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkilerini saptamak amacıyla yönelik sorulardan oluşturuldu.

Formda demografik özellikleri belirlemeye yönelik olarak; yaş, çalışma ve medeni durum, öğrenim düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi, ikamet edilen yer ve gelir-gider durumunun algılanış biçimi ile ilgili sorular yer aldı. Genel sağlık durumu ve alışkanlıklarını belirlemek için BKİ, sigara kullanma alışkanlığı, alkol ve kafeinli içecek alımı, aile hikayesinde mevcut sistemik hastalıklar, tıbbi özgeçmiş, ameliyat öyküsü, ürojinekolojik ameliyat öyküsü ve tipi, sürekli ilaç kullanımı gibi özellikler sorgulandı.

Obstetrik ve jinekolojik öykü bölümünde; gebelik, düşük, küretaj ve doğum sayısı, ilk doğum yaşı, doğum şekli, doğumların gerçekleştirildiği yer, doğumda epizyotomi açılması, müdahaleli doğum uygulaması, çoğul gebelik ve doğum, iri bebek doğumu gibi sorulara yer verildi. Önceki gebelik ve lohusalık döneminde idrar kaçırma problemi sorgulandı.

Üriner inkontinans özelliklerini belirlemek için; idrar kaçırma probleminin varlığı, idrar kaçırma sorununun sürekliliği, inkontinans tedavisi için başvurma süresi, idrar kaçırma problemine neden olan durumlar, semptom olarak idrar kaçırma tipi, idrar kaçırma sıklığı, idrar kaçırma tipine göre kaçırma şekli ve kaçırılan idrar miktarı, kaçırma sırasında idrarı durdurabilme, kaçırmaya yönelik ped/bez kullanımı, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, sık üriner sistem enfeksiyonu geçirme ve son bir yılda geçirilen enfeksiyon sayısı, idrar kaçırmaya eşlik eden problemler, kaçırmaya yönelik daha önceden alınan ve sonlandırılan tedavi yöntemleri araştırıldı. Subjektif (semptom olarak) olarak belirlenen inkontinans tipi **‘İstem dışı idrar kaçırmanız hangi durumlar sırasında oluyor?’** sorusuna verilen yanıtla göre tanımlandı. Fiziksel aktivite, yürüme, egzersiz gülme, öksürme, hapşırma sırasında kaçırma problemi olanlar stres inkontinans, ani idrar yapma hissiyle sıkışıp tuvalete yetişemedi idrar kaçırınlar urge inkontinans, her iki durumda birden idrar tutamayanlar miks inkontinans sınıflamasına dâhil edildi. Objektif olarak belirlenen inkontinans tipleri **‘Ürodinami sonucu elde edilen verilere’** göre Anatomik Stres İnkontinans, Detrüsr Overaktivitesi ve Miks İnkontinans olarak belirlendi.

Üriner inkontinansın günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkisi; **‘İdrar kaçırma sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?’** sorusuna verilen yanıt ve I-QOL skalası ile değerlendirildi. Dini yaşamlarına ilişkin özelliklerini saptamak için kadınlara; mensup oldukları din/etnik köken/ mezhep durumu, namaz kılma alışkanlığı, idrar kaçırmanın dini ibadetleri yerine getirmede bir kısıtlılık oluşturup oluşturmadığı, dini yaşamı/vazifelerini yerine getirmekte ne ölçüde olumsuz etkisinin olduğu ve ibadetleri yerine getirebilmek için bu problemle nasıl baş edebildiklerine yönelik sorular soruldu.

Hasta tanılama formunun en sonuna; tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası kontrollerde belirlenen fiziksel muayene, laboratuvar bulguları, ürodinami ve ped test sonuçları kayıt edildi.

Üriner inkontinans düzeyindeki iyileşmeyi belirlemek değerlendirmede ele alınan subjektif verileri; üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi düzeyi, üriner

inkontinansın dini yaşama etkisi ve semptom olarak belirlenen inkontinans tipleri oluşturdu. Objektif verileri ise; ürodinami sonuçları ile belirlenen inkontinans tipleri, ped test uygulaması, fizik muayene ve laboratuvar sonuçları, Beden Kitle İndeksi değerleri (BKİ) oluşturdu.

3.5.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life I-QOL) (Ek 2)

28 sorudan oluşan ölçeğin ilk formu 1996 yılında Wagner, Patrick, Bavendam, Martin ve Buesching tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirildi. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick, Martin, Bushnell, Yalcın, Wagner ve Buesching tarafından tekrar gözden geçirildi ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22’ye düşürüldü.

Ölçek 2003 yılında, İngilizceden Türkçe’ye çevirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra Türkiye’de ilk olarak Nebahat Öztaç Özerdoğan tarafından kullanılmıştır (83).

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; Davranışların sınırlanması, Psikososyal etkilenme, Sosyal izolasyondur. 22 maddeden oluşan İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde (I-QOL), bütün maddeler beş kategorilik Likert tipi skalada değerlendirilmektedir (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç). I-QOL ve alt ölçeklerinin puanları, her bir maddenin puanlarının toplanması, bu toplamın madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Puanların daha kolay açıklanması için, hesaplanan toplam puan, 0’dan (en düşük yaşam kalitesi) 100’e kadar olan (en yüksek düzeydeki yaşam kalitesi) ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (I-QOL) 22 Maddesi ve Alt Alan Ölçekleri

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

Alt Alan Ölçekleri

- Davranışların sınırlanması **1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 ve 20** (toplam 8 madde)
- Psikososyal etkilenme **5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 ve 22** (toplam 9 madde)
- Sosyal izolasyon **8, 12, 14, 18 ve 19** (toplam 5 madde)

I-QOL Maddeleri

Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin toplamı alınır. Toplam skorun aldığı maksimum puan 110, davranışların sınırlanmasını ölçen alt skalada maksimum skor 40, psikososyal etkilenme alt skorunun alacağı maksimum puan 45, sosyal izolasyon alt skalası için ise 25 puandır. Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini gösterir. I-QOL toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar dönüştürülerek 0-100' lük skalaya uyarlandı.

3.5.4. Ped Test (Ek 3)

Ucuz, basit, objektif ve kısa sürede sonuçlanan non-invaziv bir yöntemdir. Üriner inkontinansın varlığını ve derecesini gösteren en objektif testlerden biridir. Üriner inkontinansın tanısı, takibi ve uygulanan tedavilerin sonucunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Testin uygulanma süresi bir saatten bir haftaya kadar değişebilmektedir. Soğuk hava, ev ya da laboratuvar ortamı gibi testin uygulandığı koşullar, testin süresi, mesane içi idrar hacmi ve pedi ıslatan ter ve vajinal akıntı gibi diğer sekresyonların miktarı testin sensitivitesini etkilemektedir. Hasta uyumu daha yüksek olan ve polikliniklerde de uygulanabilen Uluslararası Kontinans Derneği'nin 1983 yılında standardize ettiği bir saatlik ped testi Ürojinekoloji kliniklerinde en sık kullanılan testtir (19, 36, 68, 114).

Bir Saatlik Standart Ped Testi (ICS) Uygulaması

- Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.
- Önceden tartılan bir ped hastaya verilir.
- 15 dakika içinde 500 ml su hastaya içirilir.
- Su içirildikten sonraki 30 dakikada hastaya;
 - Yürüme, merdiven çıkma
 - 10 defa oturup kalkma
 - 10 defa öksürme
 - 5 defa eğilme
 - 1 dakika yerinde koşma
 - 1 dakika el yıkama aktiviteleri yaptırılır.
- 60. dakikada ped alınarak, tekrar tartılır. Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.

Pedin ağırlık kazanmasına göre sınıflandırma:

- 2 gr' dan az: Kesin olarak kuru
- 2-10 gr: Hafif, orta kaçırma
- 10-50 gr: Şiddetli kaçırma
- 50 gr'dan fazla: Çok şiddetli kaçırma olarak sınıflandırılır (19, 68)

Araştırmamızdaki hastaların tedavi öncesi ve sonrası dönemde ped ağırlıkları; ağırlığı, şekli ve boyutları aynı olan tek kullanımlık paketinde bulunan pedler ve Aeron marka hassas terazi kullanılarak elde edildi. 1 saatlik ped test uygulaması sonrası elde edilen kaçırma miktarlar hasta tanılama formunda ilgili alanlara kaydedildi. Verilerin analizinde ped ağırlıkları ICS'in standardize ettiği şekilde gruplandırıldı.

3.5.5. Üriner Günlük (Ek 4)

Üriner günlük belirli bir zaman aralığında, idrar yapma sıklığının, yapılan idrar miktarının, alınan sıvı volümü ve türünün, inkontinans sıklığı/şiddetinin ya da ped değiştirme durumlarının kaydedildiği ve değerlendirildiği, tedavi için temel bilgi oluşturan yarı-objektif bir araçtır. Üriner günlük, ev ortamında hastanın idrar kaçırmasının ağırlığını belirlemede yararlıdır. Ancak formun doldurulması sırasında kadınların normal günlük yaşamlarını sürdürüyor olması gerekir. Tatil, oruç vb. durumlar objektif sonuç vermeyebilir. Üriner günlük hastalara verilirken nasıl doldurulacağını detaylı açıklamak oldukça önemlidir. Nasıl doldurulacağı anlaşılmayan durumlarda istenilen sonuç elde edilememekte ve zaman kaybına neden olmaktadır (18).

3.5.6. Beden Kitle İndeksi (BKİ) (Ek 5)

Anket uygulanan kişilerin kilo değerleri, klinikte bulunan baskül kullanılarak elde edildi. Kişilerin boy ve kilo değerleri, indekste bulunan parametreler doğrultusunda beden kitle indeksi değerlerine çevrildi ve aşağıdaki şekilde gruplandırıldı (Ek 5).

| | |
|------------------|---------------------|
| BKİ < 16.00 | 3. Derece Zayıflık |
| BKİ 16.00-16.99 | 2. Derece Zayıflık |
| BKİ 17.00-18.49 | 1. Derece zayıflık |
| BKİ 18.50-24.99 | Normal |
| BKİ 25.00- 29.99 | 1. Derece Şişmanlık |
| BKİ 30.00-39.99 | 2. Derece Şişmanlık |
| BKİ ≥ 40.00 | 3. Derece Şişmanlık |

3.5.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanması 17.05.2010–14.02.2012 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu kişilere okundu, kişilerin yazılı izinleri alındı. Veri toplama formları Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik ve Ürodinami Laboratuvarında yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Hasta tanılama formu ve yaşam kalitesi ölçeği doldurulduktan sonra üriner günlük formları kadınlara detaylı şekilde anlatıldı. Ancak hastalar tarafından üriner günlük formlarının tarafımıza ulaştırılmaması nedeniyle istatistiksel analizi yapılamadı. Tedavi sonrası dönemlerde kontrollere gelmeyen hastaların yaşam kalitesi değerlendirmeleri telefon görüşmesi ile araştırmacı tarafından yapıldı. Ped testi uygulaması hasta bilgilendirildikten sonra uygulandı. Hastaların fizik muayene, laboratuvar bulguları ve ürodinami sonuçları için Ürodinami Laboratuvarında çalışan hekimle bilgi alışverişinde bulunuldu. Veri toplama aşamasında bir kişiyle toplam görüşme süresi ortalama 80-90 dakika sürdü.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda Statistical Package For Social Science (SPSS) 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizleri için ki-kare (X^2), tek yönlü ve iki yönlü varyans analizi, student t testi, korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmamızın Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik ve Ürodinami Laboratuvarında yapılabilmesi için, Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Kadın

Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan 02.06.2010/443 ve Tıp Dekanlığı'ndan 03.06.2010/195 nolu yasal izin alınmıştır (Bkz. Ek 6).

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş 2010/262 ve 2010/178 nolu etik kurul onayı alınmıştır (Bkz. Ek7).

Anket formları ve ped test uygulamasından önce araştırmaya katılacak kişilerden yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızda verilerin toplanması 17.05.2010-14.02.2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışmamız süresince kadınların tedavi öncesi ve tedavi sonrası her iki kontrolde üriner günlük formlarını doldurma ve hastane kontrollerinde doldurdukları formları geri getirmelerinde ciddi bir uyum problemi olmuştur. Hastalarımız ev işlerinde primer rolleri ve çeşitli nedenlerle üriner günlüklerini dolduramadıklarını, unuttuklarını ve yeterli özeni gösteremediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca 60 yaş üstü, okur-yazar olmayan ve yalnız yaşayan kadınlar üriner günlüklerini dolduramayacaklarını tedavi öncesi dönemde ilk gelişte belirtmişlerdir. Çalışmamız süresince kadınların tedavi öncesi ve tedavi sonrası her iki kontrolde tedavi sürecine çeşitli nedenlerle devam edemediklerini gözlemledik. Özellikle tedavi öncesi dönemde gelen 65 hasta verilen tedavi şeklinden yarar sağlayıp, inkontinans semptomları hafiflemiş ise tedavi kontrolüne gerek duymadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamız tedavi öncesi dönemde 65 hasta ile başlamıştı, tedavi sonrası 2.-6.ay ve >6.aydaki her iki kontrole birden gelen sadece '11 hasta' vardı. Kadınların tedavilerine devam etmeleri konusunda araştırmacı tarafından telefonla aranarak iletişim kurulmasına karşın tedavi sonrası 2.-6.ayda kontrole gelen hasta sayısı 20, >6.ay kontrolde ise 19 'dur.

4. BULGULAR

Araştırma grubu üriner inkontinans tedavisi almayan, kuruma ilk kez başvuran 65 hastadan oluşmaktadır. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşam üzerine etkisini, tedavi öncesi ve sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılmasını amaçlayan bu çalışmada araştırma bulguları beş bölümde sunulmuştur.

Birinci bölümde; kadınların sosyo-demografik, genel sağlık durumu ve alışkanlıkları, obstetrik ve jinekolojik özelliklerinden oluşan bulgulara yer verilmiştir.

İkinci bölüm; kadınların üriner inkontinans öyküsü, üriner inkontinansın subjektif ve objektif parametreleri, günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkilerinin dağılımını gösteren bulgulardan oluşmuştur.

Üçüncü bölümde; çalışma grubunda subjektif verilerle semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına) inkontinans tiplerine göre dağılımını göstermektedir.

Dördüncü bölüm; üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine ve dini yaşama etkisinin subjektif ve objektif veriler ile elde edilen inkontinans tiplerine ve ped test sonuçlarına göre dağılımını gösteren bulguları içermektedir.

Beşinci bölüm; tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi ve inkontinansın dini yaşama etkisi ile ilgili parametrelerin değerlendirilmesini gösteren bulgulardan oluşmaktadır.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri

Tablo 4.1.1’ de araştırma kapsamında yer alan kadınların sosyo-demografik özellikleri bulunmaktadır. Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 23-79 arasında değişmekte olup, %81.5’inin 60 yaş altında, %18.5’inin de 60 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması 50.15 ± 11.16 yıldır. Kadınların %83.1’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %96.9’unun evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya alınan kadınların %75.4’ ünün öğrenim düzeyinin lise altında, %24.6’ sının ise lise ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Kadınların %98.5’inin sağlık güvencesinin bulunduğu, %80.0’ inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmadaki kadınların %67.7’sinin il merkezinde ikamet ettiği, kendi ifadelerine göre gelir-gider durumları incelendiğinde %67.7’sinin orta-kötü durumda gelire sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler | n | % |
|---|-----------|--------------|
| Yaş | | |
| < 60 yaş | 53 | 81.5 |
| ≥ 60 yaş | 12 | 18.5 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 11 | 16.9 |
| Çalışmıyor | 54 | 83.1 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 63 | 96.9 |
| Boşanmış | 2 | 3.1 |
| Öğrenim Düzeyi | | |
| Lise altı | 49 | 75.4 |
| Lise ve üzeri | 16 | 24.6 |
| Sağlık Güvencesi | | |
| Var | 64 | 98.5 |
| Yok | 1 | 1.5 |
| Aile Tipi | | |
| Geniş | 9 | 13.8 |
| Çekirdek | 52 | 80.0 |
| Yalnız | 4 | 6.2 |
| İkamet Edilen Yer | | |
| İl merkezi | 44 | 67.7 |
| İlçe/Kasaba/Köy | 21 | 32.3 |
| Gelir-Gider Durumunun Algılanış Biçimi | | |
| Orta-Kötü | 44 | 67.7 |
| İyi | 21 | 32.3 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

Tablo 4.1.2' de araştırma grubunu oluşturan kadınların genel sağlık durumu ve alışkanlıkları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %56.9'u hiç sigara kullanmadığını, %43.1'i hâlen sigara içtiğini ve %92.3'ü ise alkol almadığını belirtmiştir. Kadınların %100.0'ü günlük hayatta çay içtiğini, çay alım miktarları incelendiğinde ise %69.2'sinin günlük 5 bardak ve üzerinde, %30.8'nin ise günlük 1-4 bardak arasında çay alımı olduğu saptanmıştır. Kadınların genel alışkanlıkları incelendiğinde %67.7'sinin kahve, %70.8'nin ise kola tükettikleri görülmüştür. Araştırma grubundaki kadınların beden kitle indeksleri (kg/m^2) incelendiğinde; %81.5'inin şişman ($\geq 25.0 \text{ kg/m}^2$) ve %18.5'inin normal ($18.5-24.99 \text{ kg/m}^2$) beden ağırlığında olduğu saptanmıştır. Kadınların %83.1'inde kronik bir hastalığın mevcut olduğu, %67.7'sinin ameliyat geçirdiği ve %63.1'nin ise sürekli kullandığı bir ilacının bulunduğu görülmüştür.

Tablo 4.1.2. Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkların Dağılımı

| Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları | n | % |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Sigara İçme Alışkanlığı | | |
| Hiç içmemiş | 37 | 56.9 |
| İçiyor | 28 | 43.1 |
| Alkol Alımı | | |
| Hayır | 60 | 92.3 |
| Evet | 5 | 7.7 |
| Çay Alımı | | |
| Evet | 65 | 100.0 |
| Çay Alımı Miktarı/Günlük | | |
| 1-4 bardak | 20 | 30.8 |
| 5 bardak ve üzeri | 45 | 69.2 |
| Kahve Alımı | | |
| Hayır | 21 | 32.3 |
| Evet | 44 | 67.7 |
| Kola Alımı | | |
| Hayır | 19 | 29.2 |
| Evet | 46 | 70.8 |
| Beden Kitle İndeksi | | |
| ≥25.0 Şişman (I°,II°,III° Şişman) | 53 | 81.5 |
| 18.5-24.99 Normal Kilolu | 12 | 18.5 |
| Mevcut Kronik Hastalık | | |
| Hayır | 11 | 16.9 |
| Evet* | 54 | 83.1 |
| Ameliyat Olma Durumu | | |
| Hayır | 21 | 32.3 |
| Evet ** | 44 | 67.7 |
| Sürekli İlaç Kullanma | | |
| Hayır | 24 | 36.9 |
| Evet *** | 41 | 63.1 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Çalışma grubundaki kadınlarda mevcut kronik hastalıklar; Hipotroidi, DM, Hipertansiyon, Kardiyovasküler Hastalık, Hiperkolesterolemi, Tromboembolizm, Nörolojik Hastalık, Psikiyatrik Hastalık, KOAH, Felç geçirme, Kronik Ağrı Sendromu, Doku Hastalığı, Ampütasyon, Behçet Hastalığı, Akdeniz Anemisi' dir. Çalışma grubundaki kadınların kanser öyküsü; Endometrium Kanseri, İnvazif Vajen Kanseri, Seröz Over Kanseri ve Tüberküloz olarak bulundu.

**Ameliyat türleri; troid, batın, kulak-burun-boğaz, nörolojik, akciğer, beyin, kemik-kas ve kalp ameliyatları.

***Sürekli kullanılan ilaçlar; antihipertansif, diüretik, antispazmatik, antidepressan, antiromatizmal, nörolojik, antibakteriyal, analjezik, hipotroidizm, demir preparatları, B12 vitamini, oral antidiyabetik, inhaler ilaç kullanımı, kardiyovasküler, antihiperlipidemik ve oral kontraseptiflerdir.

Tablo 4.1.3' de araştırma kapsamında yer alan kadınların obstetrik özellikleri bulunmaktadır. Kadınların %75.4'ünün 3 kez ve üzerinde gebe kaldığı, %75.4'ünün düşük yapmadığı, %53.8'inin kürtaj olmadığı, %50.8'inin 3 kez ve üzerinde doğum yaptığı saptanmıştır. Doğum yapan kadınların (n=64) ilk doğum yaptıkları yaşlar incelendiğinde; %60.9'unun 16-20 yaş grubunda, %39.1'inin ise 21 yaş ve üzeri grupta doğum yaptıkları saptanmıştır. Paritesi olan kadınların (n=64) %90.6'sı normal vajinal doğum, %9.4'ü sezaryen doğum yapmış olup, %64.1'i hastane, %35.9'u ise ev koşullarında doğumlarını gerçekleştirmişlerdir. Doğum sırasında kadınların %57.8'ine epizyotomi uygulandığı, %7.8'ine ise müdahale (vakum, forseps vs) yapıldığı saptanmıştır. Kadınların %98.4'ünün çoğul gebelik ve doğumunun olmadığı, % 75.0'inde iri bebek doğumunun bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.3. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı

| Obstetrik Öykü (n=65) | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Gebelik Sayısı | | |
| 1-2 gebelik | 16 | 24.6 |
| 3 gebelik ve üzeri | 49 | 75.4 |
| Düşük Öyküsü | | |
| Hayır | 49 | 75.4 |
| Evet | 16 | 24.6 |
| D&C Öyküsü | | |
| Hayır | 35 | 53.8 |
| Evet | 30 | 46.2 |
| Doğum Sayısı | | |
| Hiç doğum yapmayan | 1 | 1.5 |
| 3'ün altı | 31 | 47.7 |
| 3 ve üzeri | 33 | 50.8 |
| İlk Doğum Yaşı* (n=64) | | |
| 16-20 yaş | 39 | 60.9 |
| 21 ve ↑ | 25 | 39.1 |
| Doğum Yapma Şekli* | | |
| Vajinal | 58 | 90.6 |
| Sezaryen | 6 | 9.4 |
| Doğumların Gerçekleştiği Yer* | | |
| Hastanede | 41 | 64.1 |
| Evde | 23 | 35.9 |
| Doğumda Epizyotomi* | | |
| Hayır | 27 | 42.2 |
| Evet | 37 | 57.8 |
| Doğuma Müdahale* | | |
| Hayır | 59 | 92.2 |
| Evet | 5 | 7.8 |
| Çoğul Gebelik ve Doğum* | | |
| Hayır | 63 | 98.4 |
| İkiz | 1 | 1.6 |
| 4 Kilo ve üzerinde İri Bebek Doğurma* | | |
| Hayır | 48 | 75.0 |
| Evet | 16 | 25.0 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Nullipar 1 hasta olduğu için (n=64) alınmıştır.

Tablo 4.1.4' de araştırma grubunu oluşturan kadınların jinekolojik özellikleri yer almaktadır. Araştırmadaki kadınların %60.0'nin menopoza girdiği, menopoza girenlerinde %56.4'ünün 5 yıl ve uzun süredir menopozda olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoz döneminde sadece %10.8'inin Hormon Replasman Tedavisi aldığı, %28.6'sında Hormon Replasman Tedavisi alımının 4 yıl ve daha uzun süre olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan kadınların %35.4'ünün jinekolojik ameliyat geçirdiği, ameliyat geçirenlerin %82.6'sına ise Total Abdominal Histerektomi/ Laparoskopik Cerrahi uygulandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.4. Jinekolojik Özelliklerin Dağılımı

| Jinekolojik Öykü | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Menopoz | | |
| Hayır | 26 | 40.0 |
| Evet | 39 | 60.0 |
| Menopoz Süresi | | |
| < 5 yıl | 17 | 43.6 |
| 5 yıl ve ↑ | 22 | 56.4 |
| Hormon Replasman Tedavisi | | |
| Hayır | 58 | 89.2 |
| Evet | 7 | 10.8 |
| Hormon Replasman Tedavisi Alma Süresi | | |
| < 4 yıl | 5 | 71.4 |
| 4 yıl ve ↑ | 2 | 28.6 |
| Jinekolojik Ameliyat Geçirme | | |
| Hayır | 42 | 64.6 |
| Evet | 23 | 35.4 |
| Geçirilen Jinekolojik Ameliyat Türü | | |
| TAH+Laparoskopik Cerrahi | 19 | 82.6 |
| Vajinal Cerrahi* | 4 | 17.4 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Vajinal Histerektomi, Histero-Salpingo-Skopi, Sistosel ve Rektosel ameliyatlardır.

4.2. Kadınların Üriner İnkontinans Öyküsü, Üriner İnkontinansın Subjektif ve Objektif Parametreleri, Günlük Yaşam Kalitesi ve Dini Yaşama Etkilerinin Dağılımını Gösteren Bulgular

Tablo 4.2.1’ de araştırma kapsamında yer alan kadınların üriner inkontinans öykülerine ilişkin özellikler yer almaktadır. Kadınların %75.4’ünde idrar kaçırma probleminin 5 yıldan daha az süredir var olduğu, %86.2’sinin bu problemi başlangıcından bu yana kesintisiz olarak sürekli yaşadığı, %52.3’ünün ise problemin başlangıcından 1 yıl ve daha uzun süre sonra tedavi için sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Araştırmadaki kadınların sadece %23.4’ünün gebe ve lohusalık döneminde idrar kaçırma problemi yaşadığı belirlenmiştir. Kadınlara idrar kaçırma probleminin hangi olayın neden olduğu sorulduğunda; %29.2’si tıbbi hastalık ve ilaç kullanımını, %26.2’si ameliyat olmayı, %24.6’sı hamilelik ve doğum sonrası dönemi, %21.5’i diğer faktörleri, %15.4’ü menopoza girmeyi, %15.4’ü ise stres ve psikolojik travmayı neden olarak ifade etmiştir. Araştırmada yer alan kadınların %21.5’i cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını ifade etmiş, %49.2’sinin ise sık üriner sistem enfeksiyon geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 4.2.1. Üriner İnkontinans Öyküsünün Dağılımı

| Üriner İnkontinans Öyküsü | n | % |
|---|-----------|--------------|
| İdrar Kaçırma Probleminin Varlığı | | |
| 5 yıldan ↓ | 49 | 75.4 |
| 5 yıl ve ↑ | 16 | 24.6 |
| İdrar Kaçırma Probleminin Sürekliliği | | |
| Hayır | 9 | 13.8 |
| Evet | 56 | 86.2 |
| İdrar Kaçırma Tedavisine Başvurma Süresi | | |
| 1 yıldan ↓ | 31 | 47.7 |
| 1 yıl ve 1 yıldan ↑ | 34 | 52.3 |
| Gebe-Lohusalık Döneminde İdrar Kaçırma* (n=64) | | |
| Hayır | 49 | 76.6 |
| Evet | 15 | 23.4 |
| İdrar Kaçırmaya Neden Olan Durumlar | | |
| Hamilelik ve Doğum Sonrası | 16 | 24.6 |
| Tıbbi Hastalık ve İlaç Kullanımı | 19 | 29.2 |
| Ameliyat | 17 | 26.2 |
| Menopoz | 10 | 15.4 |
| Stres/Psikolojik Travma | 10 | 15.4 |
| Diğer Faktörler ** | 14 | 21.5 |
| Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma | | |
| Hayır | 51 | 78.5 |
| Evet | 14 | 21.5 |
| Sık Üriner Enfeksiyon Geçirme Durumu | | |
| Hayır | 33 | 50.8 |
| Evet | 32 | 49.2 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Nullipar 1 hasta olduğu için (n=64) alınmıştır.

**Yüz felci geçirme, Ağır kaldırma, Yaş, Kabızlık, Evlilik ve Kaza geçirme Üriner İnkontinansa neden olan diğer faktörlerdir.

Tablo 4.2.2' de subjektif bulgulara göre araştırma grubunu oluşturan kadınların semptom olarak üriner inkontinans tipleri ve özellikleri yer almaktadır. Buna göre kadınların %49.2'sinin miks inkontinans, %32.3'ünün stres inkontinans, %18.5'inin ise urge inkontinansa sahip oldukları görülmektedir. Kadınların %78.5'inin günde bir ya da birden fazla sıklıkta idrar kaçırdığı saptanmıştır. Subjektif bulgulara göre stres inkontinansı tanımlayan kadınların %71.4'ü sızıntı ya da tamamen boşalma, %28.6'sı ise damlama şeklinde idrar kaçırdıklarını ifade etmişlerdir. Urge inkontinansı tarifleyen kadınların ise %83.3'ünün sızıntı ya da tamamen boşalma, %16.7'sinin damlama şeklinde idrar kaçırdıkları görülmüştür. Miks inkontinansı olan kadınların ise %90.6'sında sızıntı ya da tamamen boşalma, %9.4'sinde damlama şeklinde idrar kaçırdıkları saptanmıştır.

Stres inkontinansı olan kadınların idrar kaçırma miktarları incelendiğinde, %71.4'ünün iç çamaşırı nemlendirecek, %28.6'sının kıyafeti ve yeri ıslatacak miktarda idrar kaçırdıkları görülmüştür. Urge inkontinansı olan kadınların %58.3'ü idrar kaçırma sırasında iç çamaşırının nemlendiğini, %41.7'si ise kıyafeti ve yeri ıslatacak miktarda idrar kaçırmayı ifade etmiştir. Miks inkontinansı olan kadınların ise %65.6'sının kıyafeti ve yeri ıslatacak, %34.4'ünün iç çamaşırı nemlendirecek miktarda idrar kaçırdıkları saptanmıştır. Araştırmada yer alan kadınların %43.1'inin idrar kaçırmayı durduramadıkları, %44.6'sının idrar kaçırmaya yönelik ped veya bez kullandıkları saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Semptom Olarak (Subjektif) Üriner İnkontinans Tipleri ve Özelliklerinin Dağılımı

| Semptom Olarak Üriner İnkontinans Tipleri ve Özellikleri | n | % |
|--|-----------|--------------|
| İstem Dışı İdrar Kaçırma Şekli | | |
| Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) | 21 | 32.3 |
| Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) | 12 | 18.5 |
| Her iki durumda birden (Miks İ.) | 32 | 49.2 |
| İdrar Kaçırma Sıklığı | | |
| Haftada, ayda bir ya da birden fazla | 14 | 21.5 |
| Günde bir ya da birden fazla | 51 | 78.5 |
| Fiziksel Aktivite Sırasında İdrar Kaçırma Şekli | | |
| Damlama | 6 | 28.6 |
| Sızıntı ya da tamamen boşalma | 15 | 71.4 |
| Ani İdrar Yapma Hissiyle İdrar Kaçırma Şekli | | |
| Damlama | 2 | 16.7 |
| Sızıntı ya da tamamen boşalma | 10 | 83.3 |
| Her İki Durumda Birden İdrar Kaçırma Şekli | | |
| Damlama | 3 | 9.4 |
| Sızıntı ya da tamamen boşalma | 29 | 90.6 |
| Fiziksel Aktivite Sırasında İdrar Kaçırma Miktarı | | |
| İç çamaşırı nemlendirecek kadar | 15 | 71.4 |
| Kıyafeti ve yeri ıslatacak kadar | 6 | 28.6 |
| Ani İdrar Yapma Hissiyle İdrar Kaçırma Miktarı | | |
| İç çamaşırı nemlendirecek kadar | 7 | 58.3 |
| Kıyafeti ve yeri ıslatacak kadar | 5 | 41.7 |
| Her İki Durumda Birden İdrar Kaçırma Miktarı | | |
| İç çamaşırı nemlendirecek kadar | 11 | 34.4 |
| Kıyafeti ve yeri ıslatacak kadar | 21 | 65.6 |
| İdrar Kaçırmayı Durdurabilme | | |
| Her zaman | 37 | 56.9 |
| Hiç durduramıyorum | 28 | 43.1 |
| İdrar Kaçırma Ped/Bez Kullanımı | | |
| Hiç kullanmıyorum | 36 | 55.4 |
| Günde 1 adet ve üzeri | 29 | 44.6 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

Tablo 4.2.3' de araştırma grubunu oluşturan kadınların tedavi öncesi ve sonrası tanı testlerinin sonuçlarına göre elde edilen bulguların ve tedavi şekillerinin dağılımı yer almaktadır. Tedavi öncesi ilk başvuruda 65 kadının %89.2'sinde idrar kültüründe üreme olmadığı, %90.8'inde tam idrar tahlil sonucunun normal olduğu, %53.8'inde 1 saatlik ped test sonucunda 10gr' dan fazla idrar kaçığının bulunduğu saptanmıştır. Ürodinami sonucuna göre üriner inkontinans tipleri incelediğinde kadınların, %55.4'ünde detrüsor overaktivitesi, %29.2'sinde miks inkontinans, %15.4'ünde anatomik stres inkontinans saptanmıştır. Kadınların %66.2'sinde mesane kapasitesinin normal, %55.4'ünde mesane kompliansının azalmış olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun %72.3'ünde işeme sonrası rezidüel idrar volümünün (PVR), %56.9'unda ise valsalva kaçak noktası basıncının (VLPP) negatif olduğu saptanmıştır. İlk başvuruda üriner inkontinans tedavisi için kadınların %47.7'sine propiverin hidroklorür, %100'üne antibiyotik, %41.5' ine lokal östrojen, %53.8'ine kegel egzersizi önerildiği görülmüştür.

Araştırmamızda ilk başvurudan sonra üriner inkontinans tedavisi gören 65 kadından 20'si 2.-6.ayda kontrole gelmiştir. Kontrole gelen kadınların %100.0' ünde idrar kültüründe üreme olmadığı, %55.0'inde tam idrar tahlilinin normal olduğu, %45.0'inde 1 saatlik ped test sonucunda 2-10 gr ve %45.0'inde ise 10gr' dan fazla idrar kaçırmaya olduğu belirlenmiştir. Kadınların %80.0'inde detrüsor overaktivitesi %20.0'sinde miks inkontinans saptanmıştır. Kadınların %55.0'inde mesane kapasitesinin normal, %60.0'ında mesane kompliansının azalmış olduğu saptanmıştır. Kadınların %80.0'inde PVR idrar volümünün, %70.0'inde VLPP'nin negatif olduğu saptanmıştır. Tedavi sonrası 2.-6.ayda üriner inkontinans tedavisi için kadınların %60.0'na tolterodin-l-tartarat, %100'üne antibiyotik, %65.0'ine lokal östrojen, %35.0' ine kegel egzersizi önerildiği görülmüştür.

Araştırmamızda ilk başvurudan itibaren alınan üriuer inkontinans tedavisi sonrası >6.ayda kontrole gelen kadın sayısı 19 kişidir. Kadınların %89.5'inde idrar kültüründe üreme olmadığı, %68.4'ünde tam idrar tahlilinin normal olduğu, %52.6'sında 1 saatlik ped test sonucunda 2-10 gr idrar kaçıırma olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun %68.4'ünde detrüör overaktivitesi, %15.8'inde anatomik stres inkontinans, %15.8'inde ise miiks inkontinans saptanmıştır. Kontrole gelenlerin %63.2'sinde mesane kapasitesinin normal, %57.9'unda mesane kompliansının azalmış olduğu saptanmıştır. Kadınların %63.2'sinde PVR idrar volümünün, %63.2'inde ise VLPP'nin negatif olduğu belirlenmiştir. Tedavi sonrası >6.ayda üriuer inkontinans tedavisi için kadınların %52.6'sına tolterodin-l-tartarat, %100'üne antibiyotik, %73.7' sine lokal östrojen, %26.3' üne kegel egzersizi önerildiği görölmüştür.

Tablo 4.2.3. Üriner İnkontinansın Tanılanmasına Yönelik Uygulanan Test Sonuçlarının (Objektif Bulgular) ve Tedavi Şekillerinin Dağılımı

| Laboratuvar Bulguları Ped Test ve Ürodinami Sonuçları | İlk Başvuru (n=65) | | 2.-6.ay (n=20) | | >6.Ay (n=19) | |
|---|-----------------------|--------------|-------------------|--------------|-----------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| İdrar Kültürü | | | | | | |
| Üreme yok | 58 | 89.2 | 20 | 100.0 | 17 | 89.5 |
| Üreme var | 7 | 10.8 | - | - | 2 | 10.5 |
| Tam İdrar Tahlili | | | | | | |
| Normal bulgular | 59 | 90.8 | 11 | 55.0 | 13 | 68.4 |
| Lökosit 5+ fazla | 6 | 9.2 | 9 | 45.0 | 6 | 31.6 |
| 1 Saatlik Ped Test | | | | | | |
| 2 gr' dan az | 5 | 7.7 | 2 | 10.0 | - | - |
| 2-10 gr | 25 | 38.5 | 9 | 45.0 | 10 | 52.6 |
| 10gr' dan fazla | 35 | 53.8 | 9 | 45.0 | 9 | 47.4 |
| Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri | | | | | | |
| Anatomik Stres İnkontinans | 10 | 15.4 | - | - | 3 | 15.8 |
| Detrüsor Overaktivitesi | 36 | 55.4 | 16 | 80.0 | 13 | 68.4 |
| Miks İnkontinans | 19 | 29.2 | 4 | 20.0 | 3 | 15.8 |
| Mesane Kapasitesi | | | | | | |
| Azalmış | 22 | 33.8 | 9 | 45.0 | 7 | 36.8 |
| Normal | 43 | 66.2 | 11 | 55.0 | 12 | 63.2 |
| Mesane Kompliansı | | | | | | |
| Azalmış | 36 | 55.4 | 12 | 60.0 | 11 | 57.9 |
| Normal | 29 | 44.6 | 8 | 40.0 | 8 | 42.1 |
| PVR İdrar Volüm/ml | | | | | | |
| Yok | 47 | 72.3 | 16 | 80.0 | 12 | 63.2 |
| ≤ 50ml | 14 | 21.5 | 3 | 15.0 | 7 | 36.8 |
| > 50ml | 4 | 6.2 | 1 | 5.0 | - | - |
| VLPP | | | | | | |
| Yok | 37 | 56.9 | 15 | 75.0 | 12 | 63.2 |
| Hafif | 11 | 16.9 | 3 | 15.0 | - | - |
| Şiddetli | 17 | 26.2 | 2 | 10.0 | 7 | 36.8 |
| Önerilen İlaç Tedavisi | | | | | | |
| Yok | 11 | 16.9 | - | - | 4 | 21.1 |
| Propiverin Hidroklorür | 31 | 47.7 | 8 | 40.0 | 5 | 26.3 |
| Tolterodin-L-Tartarat | 23 | 35.4 | 12 | 60.0 | 10 | 52.6 |
| Antibiyotik | | | | | | |
| Evet | 65 | 100.0 | 20 | 100.0 | 19 | 100.0 |
| Lokal Östrojen | | | | | | |
| Evet | 27 | 41.5 | 13 | 65.0 | 14 | 73.7 |
| Hayır | 38 | 58.5 | 7 | 35.0 | 5 | 26.3 |
| Önerilen Kegel Egzersizi | | | | | | |
| Evet | 35 | 53.8 | 7 | 35.0 | 5 | 26.3 |
| Hayır | 30 | 46.2 | 13 | 65.0 | 14 | 73.7 |
| Toplam | 65 | 100.0 | 20 | 100.0 | 19 | 100.0 |

Tablo 4.2.4’ de araştırma kapsamında yer alan kadınların fiziksel muayene bulguları yer almaktadır. Kadınların %53.8’inde fiziksel muayene bulgularının normal bulunduğu, fiziksel muayenede en sık rastlanan bulgunun %18.5 ile II° Desensus tanısı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.4. Fiziksel Muayene Bulgularının Dağılımı

| Fiziksel Muayene Bulguları | n | % |
|---|-----------|--------------|
| Fiziksel Muayene Bulguları Normal | | |
| Evet | 35 | 53.8 |
| Hayır | 30 | 46.2 |
| Fiziksel Muayenede Elde Edilen Tanılar | | |
| I° Desensus* | 8 | 12.3 |
| II° Desensus** | 12 | 18.5 |
| III° Desensus*** | 3 | 4.6 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Desensus Uteri, Sistosel, Rektosel ve Sistorektosel.

** Sistosel, Rektosel ve Sistorektosel.

***Rektosel ve Sistorektosel.

Tablo 4.2.5’ de araştırma grubunu oluşturan kadınlarda üriner inkontinansın günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşam üzerine etkilerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmamızdaki kadınların %100’ünün İslam dininde olduğu, %81.5’inin etnik kökenini bildiği, %50.8’inin düzenli olarak namaz kıldığı belirlenmiştir. İdrar kaçırmanın kadınların %70.3’ünde ise dini ibadetleri yerine getirmede kısıtlılık yarattığı, %66.2’sinde dini ibadetler yerine getirilirken abdestin bozulduğu ve uzun süre sürdürülemediği, %48.4’inde de dini yaşamla ilgili aktivitelerin ciddi ölçüde etkilendiği saptanmıştır. Abdestin uzun süre sürdürülememesine yönelik olarak; kadınların %84.6’sı sık abdest aldığını, %72.3’ü duadan önce tualete gittiğini, %66.2’si yanında sürekli temiz çamaşır bulundurduğunu, %41.5’i ise duadan önce sıvı alımını kısıtladığını ifade etmişlerdir. Kadınların %50.8’si idrar kaçırmanın günlük yaşam aktivitelerini ciddi ölçüde etkilediğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.5. Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Dini Yaşama Etkilerine Yönelik Bulguların Dağılımı

| Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Dini Yaşama Etkileri | n | % |
|--|-----------|--------------|
| Mensup Olunan Din | | |
| İslam | 65 | 100.0 |
| Mensup Olunan Etnik Köken | | |
| Biliyor* | 53 | 81.5 |
| Bilmiyor | 12 | 18.5 |
| Namaz Kılma Durumu | | |
| Hayır | 12 | 18.4 |
| Düzensiz/Vakit bulduğumda | 20 | 30.8 |
| Düzenli olarak | 33 | 50.8 |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Kısıtlılık Yaratması** (n=64) | | |
| Hayır | 19 | 29.7 |
| Evet | 45 | 70.3 |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Yaratdığı Kısıtlılık** (n=64) | | |
| Abdesti uzun süre tutamıyorum | 43 | 66.2 |
| Namaz kılamıyorum | 23 | 35.4 |
| Kuran okuyamıyorum ve camiye gidemiyorum | 12 | 18.5 |
| İdrar Kaçırmanın Kadının Dini Yaşamına Etkisi** (n=64) | | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor | 33 | 51.6 |
| Dini yaşamla ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor | 31 | 48.4 |
| İdrar Kaçırma Problemi İle Baş Etmede Kullanılan Yöntemler** (n=64) | | |
| Sık abdest alıyorum | 55 | 84.6 |
| Yanımda sürekli temiz çamaşır bulunduruyorum | 43 | 66.2 |
| Sürekli oturarak namaz kılıyorum | 11 | 16.9 |
| İbadet yapmak için cami vb. yerlere gitmiyorum | 7 | 10.8 |
| Duadan önce sıvı alımı kısıtlıyorum | 27 | 41.5 |
| Duadan önce tuvalete gidiyorum | 47 | 72.3 |
| İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi | | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor | 32 | 49.2 |
| Günlük aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor | 33 | 50.8 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*Etnik kökenler; Muhacir 15 kişi (23.1), Alevi 4 kişi (6.2), Manav 20 kişi (30.8), Yörük 4 kişi (6.2), Kafkas 1 kişi (1.5), Laz 1 kişi (1.5), Türkmen 3 kişi (4.6), Tatar 4 kişi (6.2) ve Dadaş 1 kişi (1.5) olarak bulundu.

**Bu sorulara 1 kişi cevap vermek istemedi.

Tablo 4.2.6’ da tedavi öncesi dönemde inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının, objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Objektif inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, ölçeğin DS alt alanı puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Davranışların sınırlanması alt boyutundan elde edilen puan ortalamalarının ve dolayısı ile yaşam kalitesi düzeylerinin ASİ tipinde (29.10 ± 7.15), DO (24.50 ± 7.97) ve miks (21.36 ± 7.74) inkontinans tipine göre daha iyi düzeyde olduğu belirlendi.

Kadınların ilk başvuruda aldıkları puan ortalamaları; İnkontinans Yaşam kalitesi Ölçeğinin (I-QOL) genelinden 65.52 ± 21.37 , davranışların sınırlanması alt boyutundan 24.29 ± 8.06 , psikososyal etkilenme boyutundan 32.56 ± 10.78 ve sosyal izolasyondan 15.21 ± 6.35 olarak saptanmıştır. Dolayısı ile yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği alt alan sosyal izolasyon, ikinci sıradaki alan davranışların sınırlanması ve daha sonra da psikososyal etkilenme alanının olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2.6. Tedavi öncesi dönemde inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin genel ve alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması

| I-QOL | Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri | | | F, P | Toplam $\bar{X}\pm SS$ |
|-------------------------------|---|---|---|----------------------|---------------------------|
| | Anatomik Stres İnkontinans $\bar{X}\pm SS$ a | Detrüör Overaktivitesi $\bar{X}\pm SS$ b | Miks İnkontinans $\bar{X}\pm SS$ c | | |
| Toplam I-QOL | (n=10) 79.28±17.92 | (n=36) 65.54±20.89 | (n=19) 58.28±21.36 | 3.396; 0.040* | (n=65) 65.52±21.37 |
| Davranışların Sınırlanması | (n=10) 29.10±7.15 | (n=36) 24.50±7.97 | (n=19) 21.36±7.74 | 3.252; 0.045 | (n=65) 24.29±8.06 |
| Psikososyal Etkileme | (n=10) 38.60±9.11 | (n=36) 32.73±10.63 | (n=19) 29.10±10.90 | 2.683; 0.076 | (n=65) 32.56±10.78 |
| Sosyal İzolasyon | (n=10) 19.50±4.40 | (n=36) 14.86±6.45 | (n=19) 13.63±6.32 | 3.108; 0.052 | (n=65) 15.21±6.35 |

(*): a-c ($P<0.05$) üriner inkontinans tipleri arasında fark vardır.

4.3. Çalışma Grubunda Subjektif Verilerle Semptom Olarak Belirlenen İdrar Kaçırma Tiplerinin Objektif Olarak Belirlenen (Ürodinami Sonuçlarına) İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı

Tablo 4.3.1’ de çalışma grubunda subjektif veriler sonucu semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına göre) inkontinans tiplerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınlarda ürodinami sonucuna göre objektif olarak belirlenen üriner inkontinans tipleri ile subjektif olarak belirlenen idrar kaçırma tipleri arasında anlamlı düzeyde ilişki bulundu ($p<0.05$). Subjektif bulgulara göre çalışma grubunda %32.3 olan stres inkontinans oranı ürodinami sonuçlarına göre %15.4’e gerilemiş, %18.5 olan urge inkontinans oranı %55.4 oranında detrüsor overaktivitesi, %49.2 olan mikst inkontinans oranı ise %29.2 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1. Çalışma Grubunda Subjektif Verilerle Semptom Olarak Belirlenen İdrar Kaçırma Tiplerinin Objektif Olarak Belirlenen (Ürodinami Sonuçlarına) İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı*

| Ürodinami Sonuçları | İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipleri | | | Toplam n (%) | İstatistiksel Analizi X ² ; P |
|--|--|---|---|-------------------|--|
| | Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) n (%) | Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) n (%) | Her iki durumda birden (Mikst İ.) n (%) | | |
| Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri | | | | | |
| Anatomik Stres İnkontinans | 7 (10.8) | 1 (1.5) | 2 (3.1) | 10 (15.4) | 9.521; 0.047 |
| Detrüsor Overaktivitesi | 8 (12.3) | 9 (13.8) | 19 (29.2) | 36 (55.4) | |
| Miks İnkontinans | 6 (9.2) | 2 (3.1) | 11 (16.9) | 19 (29.2) | |
| Toplam | 21 (32.3) | 12 (18.5) | 32 (49.2) | 65 (100.0) | |

*Satır ve Sütun yüzdeleri alınmıştır.

4.4. Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Dini Yaşama Etkisinin Subjektif ve Objektif Veriler İle Elde Edilen İnkontinans Tiplerine ve Ped Test Sonuçlarına Göre Dağılımı

Tablo 4.4.1’ de üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine etkisinin subjektif ve objektif veriler sonucu belirlenen inkontinans tiplerine göre dağılımına yer verilmektedir. Üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine etkisi ile subjektif veriler sonucu elde edilen istem dışı idrar kaçırma tipleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.001$). Subjektif bulgulara göre stres inkontinansı olan kadınlarda idrar kaçırmaya bağlı günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenenlerin oranı urge ve miks inkontinansla karşılaştırıldığında daha düşüktü. Objektif veriler sonucu elde edilen üriner inkontinans tipleri ile inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın ($p > 0.05$) ciddi ölçüde etkilenenlerin oranı detrüsor overaktivitesi ve miks inkontinans olanlarda daha yüksekti.

Tablo 4.4.1. Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Subjektif ve Objektif Veriler İle Elde Edilen İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı

| Subjektif ve Objektif İnkontinans Tipleri | İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi | | | İstatistiksel Analizi X^2 ; P |
|---|---|---|-------------------|------------------------------------|
| | Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor n (%) | Günlük aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor n (%) | Toplam n (%) | |
| İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipleri (Subjektif) | | | | |
| Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) | 18 (56.2) | 3 (9.1) | 21 (32.3) | 16.828; 0.000 |
| Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) | 3 (9.4) | 9 (27.3) | 12 (18.5) | |
| Her iki durumda birden (Miks İ.) | 11 (34.4) | 21 (63.6) | 32 (49.2) | |
| Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri (Objektif) | | | | |
| Anatomik Stres İnkontinans | 8 (25.0) | 2 (6.0) | 10 (15.4) | 5.013; 0.074 |
| Detrüsor Overaktivitesi | 17 (53.1) | 19 (57.6) | 36 (55.4) | |
| Miks İnkontinans | 7 (21.9) | 12 (36.4) | 19 (29.2) | |
| Toplam | 32 (100.0) | 33 (100.0) | 65 (100.0) | |

İdrar kaçırmanın dini yaşama etkisinin subjektif ve objektif veriler sonucu elde edilen üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı Tablo 4.4.2’ de verilmektedir. İdrar kaçırmanın dini yaşama etkisi ile subjektif bulgular sonucu elde edilen istem dışı idrar kaçırma tipleri ve objektif veriler sonucu belirlenen üriner inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.4.2. Üriner İnkontinansın Dini Yaşama Etkisinin Subjektif ve Objektif Veriler İle Elde Edilen İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı

| Subjektif ve Objektif İnkontinans Tipleri | İdrar Kaçırmanın Dini Yaşama Etkisi (n=64) | | | İstatistiksel Analizi X ² ; P |
|---|--|--|-------------------|---|
| | Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor n (%) | Dini yaşamla ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor n (%) | Toplam n (%) | |
| İstem Dışı İdrar Kaçırma Şekli (Subjektif) | | | | |
| Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) | 11 (33.3) | 10 (32.2) | 21 (32.8) | 0.201; 0.945 |
| Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) | 5 (15.2) | 6 (19.4) | 11 (17.2) | |
| Her iki durumda birden (Miks İ.) | 17 (51.5) | 15 (48.4) | 32 (50.0) | |
| Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri (Objektif) | | | | |
| Anatomik Stres İnkontinans | 7 (21.2) | 3 (9.7) | 10 (15.6) | 2.042; 0.404 |
| Detrüsor Overaktivitesi | 18 (54.6) | 17 (54.8) | 35 (54.7) | |
| Miks İnkontinans | 8 (24.2) | 11 (35.5) | 19 (29.7) | |
| Toplam | 33 (100.0) | 31 (100.0) | 64 (100.0) | |

Araştırmacı tarafından uygulanan çalışma grubuna ait ped test sonucu elde edilen idrar kaçırma miktarının günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkilerine göre dağılımı Tablo 4.4.3' de verilmiştir. Ped test sonuçları ile idrar kaçırmanın günlük yaşam aktivitelerine etkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu belirlendi ($p < 0.01$). Elde edilen değerlere göre kaçırılan idrar miktarının 10 gr' dan fazla olduğu kadınlarda bu miktardan az olanlara göre günlük yaşam aktivitelerinin daha ciddi oranda olumsuz etkilendiği belirlendi. Ped test sonuçları belirlenen kaçırılan idrar miktarları ile dini ibadetlerin yerine getirilmesinde oluşturduğu kısıtlılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Buna göre dini ibadetlerin yerine getirilmesindeki kısıtlılığın, en fazla ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçıran kadınlarda olduğu belirlendi. Ped test sonuçları ile abdestin uzun süre tutulamaması ve namaz kılamama Şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.05$). Buna göre abdestin uzun süre sürdürülememesi ve namaz kılamama Şikayetleri ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçırması olanlarda daha yüksekti. Kadınlarda ped test sonuçları ile idrar kaçırmanın yarattığı kısıtlılıklardan Kuran okuyamama ve camiye gidememe Şikayetleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Ped test sonuçları ile idrar kaçırmanın dini yaşama etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($p < 0.01$). Buna göre idrar kaçırmaya bağlı dini yaşamı ciddi lde etkilenenlerde 10gr'dan fazla idrar kaçıranların oranı daha yüksekti. Çalışmamızda ped test sonuçları ile dini ibadetler yerine getirilirken kadınlara idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı yöntemlerden; sık abdest alma, yanında sürekli temiz çamaşır bulundurma, sürekli oturarak namaz kılma, ibadet yapmak için cami vb. gibi yerlere gitmeme arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulundu ($p > 0.05$). Ped test sonuçları ile kadınlara idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı yöntemlerden; duadan önce sıvı alımını kısıtlama ve duadan önce tuvalete gitme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu saptandı ($p < 0.05$). Duadan önce sıvı alımı kısıtlaması yapan ve tuvalete giden kadınlara oranının, ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçıranlarda daha az miktarlarda idrar kaçıranlara göre yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.4.3. Çalışma Grubunda İnkontinansın Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Dini Yaşama Etkisinin Ped Test Sonuçlarına Göre Dağılımı

| GYA ve Dini Yaşama Etkileri | Ped Test Sonucu | | | | İstatistiksel Analizi X ² ; P |
|--|----------------------|------------------|-------------------------|-------------------|---|
| | 2gr' dan az n (%) | 2-10 gr n (%) | 10gr'dan fazla n (%) | Toplam n (%) | |
| İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi | | | | | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor | 4 (12.5) | 17 (53.1) | 11 (34.4) | 32 (100.0) | 9.856; 0.005 |
| Günlük aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor | 1 (3.0) | 8 (24.2) | 24 (72.8) | 33 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Kısıtlılık Yaratması (n=64) | | | | | |
| Hayır | 2 (10.5) | 12 (63.2) | 5 (26.3) | 19 (100.0) | 8.784; 0.016 |
| Evet | 2 (4.4) | 13 (28.9) | 30 (66.7) | 45 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Yarattığı Kısıtlılık | | | | | |
| Abdesti Uzun Süre Tutamıyorum | | | | | |
| Hayır | 3 (13.6) | 13 (59.1) | 6 (27.3) | 22 (100.0) | 9.568; 0.010 |
| Evet | 2 (4.7) | 12 (27.9) | 29 (67.4) | 43 (100.0) | |
| Namaz Kılmıyorum | | | | | |
| Hayır | 3 (7.1) | 21 (50.0) | 18 (42.9) | 42 (100.0) | 6.817; 0.034 |
| Evet | 2 (8.7) | 4 (17.4) | 17 (73.9) | 23 (100.0) | |
| Kuran Okuyamıyor ve Camiye Gidemiyorum | | | | | |
| Hayır | 3 (5.7) | 24 (45.3) | 26 (49.0) | 53 (100.0) | 6.237; 0.061 |
| Evet | 2 (16.7) | 1 (8.3) | 9 (75.0) | 12 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini Yaşama Etkisi (n=64) | | | | | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor | 3 (9.1) | 18 (54.5) | 12 (36.4) | 33 (100.0) | 9.244; 0.008 |
| Dini yaşamla ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor | 1 (3.2) | 7 (22.6) | 23 (74.2) | 31 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Problemi İle Baş Etmede Kullanılan Yöntemler | | | | | |
| Sık Abdest Alıyorum | | | | | |
| Hayır | 2 (20.0) | 5 (50.0) | 3 (30.0) | 10 (100.0) | 3.984; 0.126 |
| Evet | 3 (5.4) | 20 (36.4) | 32 (58.2) | 55 (100.0) | |
| Yanımda Sürekli Temiz Çamaşır Bulunduruyorum | | | | | |
| Hayır | 3 (13.6) | 10 (45.5) | 9 (40.9) | 22 (100.0) | 2.984; 0.246 |
| Evet | 2 (4.7) | 15 (34.9) | 26 (60.4) | 43 (100.0) | |
| Sürekli Oturarak Namaz Kılıyorum | | | | | |
| Hayır | 5 (9.3) | 23 (42.6) | 26 (48.1) | 54 (100.0) | 4.358; 0.112 |
| Evet | 0 (0.0) | 2 (18.2) | 9 (81.8) | 11 (100.0) | |
| İbadet Yapmak İçin Cami vb. Yerlere Gitmiyorum | | | | | |
| Hayır | 4 (6.9) | 24 (41.4) | 30 (51.7) | 58 (100.0) | 2.086; 0.348 |
| Evet | 1 (14.3) | 1 (14.3) | 5 (71.4) | 7 (100.0) | |
| Duadan Önce Sıvı Alımımı Kısıtlıyorum | | | | | |
| Hayır | 4 (10.5) | 19 (50.0) | 15 (39.5) | 38 (100.0) | 7.631; 0.030 |
| Evet | 1 (3.7) | 6 (22.2) | 20 (74.1) | 27 (100.0) | |
| Duadan Önce Tuvalete Gidiyorum | | | | | |
| Hayır | 2 (11.1) | 11 (61.1) | 5 (27.8) | 18 (100.0) | 6.840; 0.038 |
| Evet | 3 (6.4) | 14 (29.8) | 30 (63.8) | 47 (100.0) | |
| Toplam | 5 (7.7) | 25 (38.5) | 35 (53.8) | 65 (100.0) | |

4.5. Tedavi Öncesi ve Sonrası Yapılan Kontrollerde Üriner İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi ve İnkontinansın Dini Yaşama etkisi İle İlgili Parametrelerin Değerlendirilmesi

Tablo 4.5.1’de tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının subjektif olarak elde edilen üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması yer verilmektedir. Subjektif inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolünde yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$). Tedavi sonrası >6.ay kontrolünde subjektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). Buna göre farkın hangi gruplardan kaynaklandığı araştırıldığında, puan farkının stres ve urge inkontinans tiplerinden kaynaklandığı görüldü.

Tablo 4.5.1. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının subjektif olarak elde edilen üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması

| Yaşam Kalitesi | İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipi | | | F; P |
|-----------------------------------|--|---|--|----------------------|
| | Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) $\bar{X}\pm SS$ a | Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) $\bar{X}\pm SS$ b | Her iki durumda birden (Miks İ.) $\bar{X}\pm SS$ c | |
| YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) | (n=21) 73.38±19.77 | (n=12) 63.64±21.57 | (n=32) 61.08±21.52 | 2.239; 0.115 |
| YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) | (n=6) 74.85±13.22 | (n=7) 67.15±19.84 | (n=14) 69.42±15.03 | 0.395; 0.678 |
| YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) | (n=17) 82.41±17.58 | (n=9) 61.32±16.95 | (n=25) 76.44±22.78 | 3.219; 0.049* |

(*): a-b ($P<0.05$) idrar kaçırma tipleri arasında fark vardır.

Tablo 4.5.2’de subjektif olarak elde edilen üriner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Subjektif bulgulara göre stres ve urge inkontinansı olan kadınlarda tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$). Miks inkontinansı olanlarda ise tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklar belirlendi ($p<0.01$). Yaşam kalitesi puan farkının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay kontrollerinden kaynaklandığı saptandı.

Tablo 4.5.2. Subjektif olarak elde edilen üriner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması

| İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipi | Yaşam Kalitesi | | | F; P |
|--|---|--|--|----------------------|
| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ a | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) $\bar{X}\pm SS$ b | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ c | |
| Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) | (n=21) 73.38±19.77 | (n=6) 74.85±13.22 | (n=17) 82.41±17.58 | 2.401; 0.115 |
| Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) | (n=12) 63.64±21.57 | (n=7) 67.15±19.84 | (n=9) 61.32±16.95 | 1.668; 0.224 |
| Her iki durumda birden (Miks İ.) | (n=32) 61.08±21.52 | (n=14) 69.42±15.03 | (n=25) 76.44±22.78 | 6.948; 0.003* |

(*): a-c ($P<0.01$) yaşam kalitesi arasında fark vardır.

Tablo 4.5.3’de tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Tedavi öncesi (ilk geliş) kontrolde yaşam kalitesi puan ortalamaları objektif inkontinans tipleri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$). Puan farkının ASİ ve miks inkontinans tiplerinden kaynaklandığı görüldü. Objektif inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, tedavisi sonrası 2.-6.ay ve >6.ay kontrolünde yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.5.3. Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde belirlenen yaşam kalitesi puan ortalamalarının objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırılması

| Yaşam Kalitesi | Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri | | | F, P |
|--------------------------------------|--|---|--|---------------|
| | Anatomik Stres İnkontinans $\bar{X}\pm SS$ a | Detrüsor Overaktivitesi $\bar{X}\pm SS$ b | Miks İnkontinans $\bar{X}\pm SS$ c | |
| YK-1 (tedavi öncesi İlk geliş) | (n=10) 79.28±17.92 | (n=36) 65.54±20.89 | (n=19) 58.28±21.36 | 3.396; 0.040* |
| YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) | (n=3) 60.91±18.25 | (n=17) 74.66±12.97 | (n=7) 62.73±18.40 | 2.197; 0.133 |
| YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) | (n=9) 78.69±17.21 | (n=27) 75.63±22.49 | (n=15) 74.25±21.89 | 0.121; 0.886 |

(*): a-c ($P<0.05$) üriner inkontinans tipleri arasında fark vardır.

Tablo 4.5.4’de objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Objektif verilere göre ASİ’1 olanlarda tedavisi öncesi (ilk geliş) ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). DO olan kadınlarda tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$). Yaşam kalitesi puan farklarının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolü ile tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay gruplarından kaynaklandığı görüldü. Miks inkontinansı olan kadınlarda da tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklar bulundu ($p<0.05$). Farklılığın tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay yaşam kalitesi puanlarından kaynaklandığı belirlendi.

Tablo 4.5.4. Objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması

| Ürodinami Sonucu Üriner İnkontinans Tipleri | Yaşam Kalitesi | | | F; P |
|---|---|--|--|-----------------------|
| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ a | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) $\bar{X}\pm SS$ b | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ c | |
| Anatomik Stres İnkontinans | (n=10) 79.28±17.92 | (n=3) 60.91±18.25 | (n=9) 78.69±17.21 | 0.312; 0.739 |
| Detrüsör Overaktivitesi | (n=36) 65.54±20.89 | (n=17) 74.66±12.97 | (n=27) 75.63±22.49 | 6.467; 0.004* |
| Miks İnkontinans | (n=19) 58.28±21.36 | (n=7) 62.73±18.40 | (n=15) 74.25±21.89 | 3.598; 0.046** |

(*): a-b ($P<0.05$), a-c ($P<0.01$) yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

(**): a-c ($P<0.05$) yaşam kalitesi arasında fark vardır.

Tablo 4.5.5’de üriner inkontinans için tedavi öncesi ve sonrası her iki dönemde de yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Kadınların tedavi öncesi ve sonrası dönemde ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$). 25 kadından oluşan grubun yaşam kalitesi puan ortalamaları tedavi öncesi 55.64 ± 18.23 iken tedavi sonrası dönemdeki ilk dönemde 68.95 ± 15.41 ’e, ikinci dönemde ise 72.08 ± 21.57 ’ye yükselmiştir. Yaşam kalitesi puan farkının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ayda ölçülen değerler ile tedavi öncesi ve tedavi sonrası >6.aydaki değerlerden kaynaklandığı belirlendi.

Tablo 4.5.5. Tedavi öncesi ve sonrası her iki kontrolde de yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların (n=25) yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ a | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) $\bar{X}\pm SS$ b | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ c | F; P |
|----------------|--|---|---|-----------------------|
| Yaşam Kalitesi | (n=25) 55.64 ± 18.23 | (n=25) 68.95 ± 15.41 | (n=25) 72.08 ± 21.57 | 11.994; 0.000* |

(*): a-b ($P<0.01$), a-c ($P<0.001$) yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

Tablo 4.5.6’de üriner inkontinans tedavisi için başvuran hem tedavi öncesi aynı zamanda tedavi sonrası ikinci dönemde yaşam kalitesi değerleri ölçülen 51 kadının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda yaşam kalitesi ölçülebilen 51 kadının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$). Bu grubun tedavi öncesi yaşam kalitesi puan ortalaması 65.98 ± 20.75 iken tedavi sonrası >6.aydaki kontrolde 75.76 ± 21.14 ’e yükselmiştir.

Tablo 4.5.6. Çalışmamızda tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ | t; P |
|----------------|--|---|---------------------|
| Yaşam kalitesi | (n=51) 65.98 ± 20.75 | (n=51) 75.76 ± 21.14 | 3.547; 0.001 |

Tablo 4.5.7’de idrar kaçırmamanın dini yaşam üzerine olan etkisine göre tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. İdrar kaçırmaya bağlı dini yaşamı hiç etkilenmeyen ya da az ölçüde etkilenen kadınlarda tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Dini yaşam aktiviteleri ciddi ölçüde etkilenen kadınlarda ise tedavisi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık vardı ($p<0.01$). Yaşam kalitesi puan farkının tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolü ile tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda elde edilen değerlerden kaynaklandığı saptandı.

Tablo 4.5.7. İdrar kaçırmamanın dini yaşam üzerine olan etkisine göre tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin karşılaştırılması

| İdrar Kaçırmamanın Kadının Dini Yaşamına Etkisi | Yaşam Kalitesi | | | F; P |
|---|---|--|--|--------------|
| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ a | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) $\bar{X}\pm SS$ b | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ c | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor | (n=33) 77.82±15.41 | (n=9) 77.47±14.12 | (n=24) 86.85±13.06 | 2.46; 0.101 |
| Dini yaşamla ilgili aktivitelerini ciddi ölçüde etkiliyor | (n=31) 51.40±17.76 | (n=18) 66.31±15.39 | (n=27) 65.89±22.20 | 7.19; 0.002* |

(*): a-b ($P<0.01$), a-c ($P<0.01$) yaşam kaliteleri arasında fark vardır.

Tablo 4.5.8.'de tedavi öncesi (ilk geliş) ped test ile belirlenen idrar kaçırma miktarlarının idrar kaçırmanın dini yaşama etkisine göre karşılaştırılması yer almaktadır. Ped gramı ile dini yaşamı hiç ya da az ölçüde etkilenenler ve dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Buna göre ped gramı, dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerde hiç ya da az ölçüde etkilenenlere göre daha yüksekti.

Tablo 4.5.8. Tedavi öncesi ped test ile belirlenen idrar kaçırma miktarlarının idrar kaçırmanın dini yaşama etkisine göre karşılaştırılması

| Ped Gramı | İdrar Kaçırmanın Kadının Dini Yaşamına Etkisi | | t; P |
|-------------------------------------|---|---|--------------|
| | Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyor $\bar{X}\pm SS$ a | Dini yaşamla ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor $\bar{X}\pm SS$ b | |
| Ped Gramı (tedavi öncesi ilk geliş) | (n=33) 10.61±10.34 | (n=31) 18.52±11.57 | 2.888; 0.005 |

Tablo 4.5.9' de ped gram ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollere göre karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Buna göre inkontinans tedavisi alan kadınların her üç ölçümde elde edilen ped gram ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.5.9. Ped gram ortalamalarının tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollere göre karşılaştırılması

| | Tedavi Öncesi (ilk geliş) 1.Ölçüm $\bar{X}\pm SS$ | Tedavi sonrası (2.-6.ay) 2.Ölçüm $\bar{X}\pm SS$ | Tedavi sonrası (>6.ay) 3.Ölçüm $\bar{X}\pm SS$ | F; P |
|-----------|---|--|--|-------------|
| Ped Gramı | (n=65) 14.23±11.59 | (n=20) 10.20±8.38 | (n=19) 13.05±9.18 | 2.22; 0.122 |

Tablo. 4.5.10. Medikal tedaviye ek olarak kegel egzersizi önerilen kadınlarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası belirlenen yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tedavi olarak kegel egzersizi önerilenlerde tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.01$). Bu farkın tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda elde edilen yaşam kalitesi değerlerinden kaynaklandığı belirlendi.

Tablo. 4.5.10. Kegle egzersizi önerilen kadınlarda tedavi öncesi ve tedavi sonrası belirlenen yaşam kalitesi ortalamalarının karşılaştırılması

| Tedavide Kegle Egzersizi Önerilenler | Yaşam Kalitesi | | | F; P |
|--------------------------------------|---|--|--|--------------|
| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) $\bar{X}\pm SS$ a | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) $\bar{X}\pm SS$ b | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) $\bar{X}\pm SS$ c | |
| Kegle egzersizi | (n=35) 63.88±13.20 | (n=14) 77.67±15.42 | (n=26) 73.82±14.69 | 5.90; 0.006* |

(*): a-c ($P<0.05$) yaşam kalitesi arasında fark vardır.

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası kontrollerde ped ağırlıkları ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyon Tablo 4.5.11.' de gösterilmektedir. Tedavi öncesi (ilk geliş) elde edilen ped ağırlığı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişki belirlendi ($p<0.01$). Buna göre, kadınlarda ped test sonucunda ölçülen ped ağırlığı arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmekteydi. Tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolünde kadınlarda ölçülen ped gramı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tedavi sonrası >6.ay kontrolünde saptanan ped gramı ile yaşam kalitesi değerleri arasında korelasyon olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5.11. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası kontrollerde ped ağırlıkları ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyon

| Ped Gramı | Yaşam Kalitesi | | |
|--|---|--|--|
| | YK-1 (tedavi öncesi ilk geliş) (r; p) | YK-2 (tedavi sonrası 2.-6.ay) (r; p) | YK-3 (tedavi sonrası >6.ay) (r; p) |
| Ped Gramı (tedavi öncesi ilk geliş) | (n=65) -0.395; 0.001 | - | - |
| Ped Gramı (tedavi sonrası 2.-6.ay) | - | (n=20) -0.091; 0.704 | - |
| Ped Gramı (tedavi sonrası >6.ay) | - | - | (n=19) 0.003; 0.989 |

5. TARTIŞMA

Araştırma grubu üriner inkontinans tedavisi almayan, kuruma ilk kez başvuran 65 hastadan oluşmaktadır. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşam üzerine etkisini, tedavi öncesi ve sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılmasını amaçlayan bu çalışmada araştırma bulguları;

- Üriner inkontinansın günlük yaşam aktiviteleri ve dini yaşama etkileri,
- Çalışma grubunda subjektif verilerle semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına) inkontinans tiplerine göre dağılımı,
- Subjektif ve objektif veriler ile elde edilen inkontinans tiplerine göre ve ped test sonuçlarına göre üriner inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine ve dini yaşama etkisi,
- Tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisi başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Dini Yaşama Etkileri

Şentepe'nin çalışmasında, din ve maneviyatın ruhsal ve fiziksel sağlık üzerine etkilerini araştıran oldukça geniş literatür gözden geçirildiğinde, dindarlığın ve maneviyatın ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde büyük oranda olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (99). İslamiyet'te namaz kılmak, dua etmek, camiye gitmek dini ibadeti yerine getirirken yapılan davranış şekilleridir. Bu ibadetlerden önce beden temizliğini sağlamak için abdest almak bir zorunluluktur. İnkontinans problemi Müslüman toplumlarda abdestin bozulmasına neden olarak ibadetlerin yerine getirilmesinde sıkıntı yaratmakta ve dini yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Namaz kılmadan önce kadınlar temizlenmek için abdest almakta, idrar kaçağı olduğunda abdest

bozulduğu için daha sık abdest almak zorunda kalmaktadırlar. Ayrıca namaz kılariken yapılan hareketler sırasında idrar kaçırabilmekte ve ibadet yarım kalabilmektedir.

Literatürde kadınlar idrar kaçırmaya nedeniyle abdestlerinin bozulduğunu ve uzun süre sürdürülemedikleri için değişen namaz vakitlerinde tekrar abdest alma gerekliliğini ağır bir yük olarak ifade etmişlerdir (102).

Literatürdeki çalışmalarda Müslüman kadınlar arasında dua etmenin kişi ve Allah arasında bir ilişki olarak görüldüğü, idrar kaçırmaya probleminin ise bu ilişkiyi engellediği tanımlanmıştır (90).

Müslüman kadınlar rahatlamak ve maneviyatlarını güçlendirmek için ibadet etmeye ve namaz kılmaya başvurmaktalardır. Ancak kadınlar yapılan ibadetle yaşanan ferahlık duygusunun; idrar kaçırmaya bağlı kirli hissetme ve kaçırmaya korkusunun yarattığı stres nedeniyle engellendiğini ifade etmektedirler. Bazı Müslüman kadınlar için üriner inkontinanslı olmak, düşük benlik saygısı ile birlikte yalnız kalmak ve saklanmak zorunda olmak anlamına gelebilmektedir (25, 62, 106). Araştırmamızdaki kadınların dini özellikleri incelendiğinde; tamamının Müslüman olduğu, ortalama yarısının düzenli olarak namaz kıldığı saptanmıştır (Tablo 4.2.5).

Araştırmamızdaki kadınlarda idrar kaçırmaya dini ibadetleri yerine getirmede kısıtlılık yaratıp yaratmadığı incelendiğinde, kadınların %70.3'ünün idrar kaçırmaya bağlı olarak dini ibadetlerinin kısıtlandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.5). El-Azab ve arkadaşları ile Rizk ve arkadaşları idrar kaçırmaya bağlı olarak %90'ının dini ibadetlerini yerine getirmede kısıtlılık yaşadıklarını tespit etmişlerdir (41,88)

İdrar kaçırmaya dini ibadetleri yerine getirmede oluşturduğu kısıtlılık durumlarını belirlemek için çalışmamızdaki tüm kadınlara idrar kaçırmaya nedeniyle dini ibadet şekillerinden hangilerinin etkilendiği sorulmuştur. Kadınların %66.2'si dini ibadetlerini yerine getirirken abdestlerinin bozulduğunu ve uzun süre sürdüremediklerini, %35.4'ü namaz sırasındaki hareketler nedeniyle namaz

kılamadıklarını ve %18.5'i ise Kuran okuyup camiye gidemediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.5). Chaliha ve Stanton çalışmalarında, dini temizlik ve ibadet kurallarının, namaz kılma sıklığının İslamiyet'te ayrıntılı ve geniş bir yer alması nedeniyle; idrar kaçırma problemi olan Müslüman kadınların, Yahudi kadınlara göre dini ibadetlerinin daha fazla olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Ayrıca Yahudi ve Müslüman kadınların namaz kılmak ve camiye gidebilmek için temiz olmaları gerektiği ifade edilmiştir. İdrar sızıntısı yaşama olasılıkları, kadınların namaz kılma ve camiye gitmelerine engel oluşturabilmektedir. İdrar kaçırma problemini uzun süredir yaşayan kadınlar, kaçırma olasılığına karşı namaz kılma rutinlerini değiştirmekte, ancak 'temiz kalmayı' sürdürebildikleri sürece namaz kılabilirlerdir (25).

Kadınlardan idrar kaçırma probleminin dini yaşam üzerine olan etkisini derecelendirmeleri istendiğinde, %48.4'ünde dini yaşamla ilgili aktivitelerin ciddi ölçüde etkilendiği görüldü (Tablo 4.2.5). Rizk ve arkadaşlarının Birleşik Arap Emirlikleri'nde 400 kadında yaptıkları çalışmada; üriner inkontinanslı kadınların ibadetlerini yerine getirmede %48.1'inin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (88). Muijsenbergh ve Lagro-Janssen'in 13 Fas ve 17 Türk olmak üzere toplam 30 Müslüman kadında yaptıkları çalışmada da, idrar kaçırma probleminin kadınların günlük dua vakitlerindeki dini ibadet temizliğini olumsuz şekilde etkilediği saptanmıştır. Kadınların her namaz öncesi idrar kaçırma nedeniyle abdest almak ve bu kadar çok sayıda yıkanmak zorunda olmalarının ağır bir yük olduğu tespit edilmiştir (102).

Bir ibadet sırasında inkontinansı yaşamak, kadınların kendilerini pis ve kirli hissetmelerine, psikolojik olarak da çöküntü yaşamalarına neden olabilmektedir. Çünkü kaçırma nedeniyle tamamlanamayan namaza yeniden başlamadan önce; vücut idrar ve kokudan arındırılmalı, abdest alınmalı ve ibadet öncesi temizlik ritüellerini tekrarlanmalıdır (25, 62, 106)

İdrar kaçıran kadınlar, bu problemle baş edebilmek için çeşitli baş etme mekanizmaları geliştirmişlerdir. Bu mekanizmalar; sık yıkanma, iç çamaşırlarını düzenli olarak değiştirme, koruyucu ped kullanma, sıvı alımını azaltma, namazdan önce

idrarını boşaltma şeklinde olabilmektedir. Bazı Müslüman kadınlar ise namaz pozisyonunu değiştirerek, secde yerine oturarak namaz kılma pozisyonunu tercih etmektedir (25, 41, 88). İdrar kaçırmaya bağlı abdestin uzun süre sürdürülememesine yönelik olarak kadınların bu durumla baş etme davranışları incelendiğinde; %84.6'sının sık abdest aldığı, %72.3'ünün duadan önce tuvalete gittiği, %66.2'sinin yanında sürekli temiz çamaşır bulundurduğu, %41.5'inin duadan önce sıvı alımını kısıtladığı, %16.9'unun sürekli oturarak namaz kıldığı ve %10.8'inin ibadet yapmak için cami vb. yerlere gitmediği belirlenmiştir (Tablo 4.2.5). Rizk ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların inkontinansla baş etmeye yönelik olarak; %71.5' inin sık yıkandığı, %48.1'inin düzeli olarak iç çamaşırlarını değiştirdiği, %38.1'inin koruyucu ped kullandığı, %19.8' inin sıvı alımını azalttığı saptanmıştır (88).

Üriner inkontinans, hastaları farklı şekillerde etkileyebilen çok boyutlu bir problemdir. Ağır morbidite veya mortaliteye nadiren neden olur ancak asıl etkisi, kadının günlük aktivitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlara ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmasıdır. Özellikle kadınların fiziksel, mesleki, psikolojik, ailevi, sosyal ve seksüel yaşamlarını, ev işlerini, fiziksel eğlence ve hobilerini olumsuz yönde etkiler. Kadınlar tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize etmek zorunda kalabilirler (9, 29).

Çalışmamızda yer alan kadınların %50.8'si idrar kaçırmının günlük yaşam aktivitelerini ciddi ölçüde etkilediğini belirtmiştir (Tablo 4.2.5). El-Azab ve arkadaşlarının 1652 Mısırlı kadında yaptıkları çalışmada; kadınların idrar kaçırmaya nedeniyle %33'ünün ev işleri gibi fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük, %30'unun sosyal aktivitelere katılmada kısıtlılık ve %65'inin de kirli olma hissi nedeniyle düşük benlik saygısı yaşadıkları saptanmıştır (41). Firdolas ve ark. (49) kadınların %76.2' sinde, Koçak ve ark. (71) %87.2' sinde, Lasserre ve ark. (75) %51.8' inde üriner inkontinans nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlardır.

Çalışmamızda yer alan kadınların ilk başvuruda I-QOL ölçeğinin alt alanlarından (DS, PE, Sİ) aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; I-QOL ölçeğinin alt alan ölçeklerinden en düşük puan ortalamasının sosyal izolasyon yaşama durumunda (15.21 ± 6.35) olduğu saptanmıştır. Dolayısı ile yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği alt alan sosyal izolasyon yaşama olarak belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiği ikinci sıradaki alan davranışların sınırlanması (24.29 ± 8.06) ve daha sonra da psikososyal etkilenme (32.56 ± 10.78) alanının olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.5). Velazquez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda çalışma bulgumuzla paralel olarak; davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt alanları arasında en düşük puanların sosyal izolasyon alanında olduğu gösterilmiştir (104). Akgün'ün toplum tabanlı çalışmasında; ölçeğin alt boyutlarından en fazla olumsuz etkilenen alanın DS, sonra Sİ ve en az etkilenen alanın PE olduğu tespit edilmiştir (2). Lam ve arkadaşları da üriner inkontinans nedeniyle kadınların en fazla sosyal izolasyon sorunu yaşadıklarını tespit etmişlerdir (74).

Tedavi öncesi dönemde objektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılan analizde; ölçeğin DS alt boyutunda objektif inkontinans tiplerine göre alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6). DS alt alanında elde edilen puan ortalamalarının ve dolayısı ile yaşam kalitesi düzeylerinin ASİ tipinde (29.10 ± 7.15), DO (24.50 ± 7.97) ve miks (21.36 ± 7.74) inkontinans tipine göre daha iyi düzeyde olduğu belirlendi. Başak ve arkadaşları subjektif olarak belirlenen inkontinans tiplerini karşılaştırdığında ölçeğin DS alt alanına ait yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını belirtmiştir (17). Yağmur ve Ulukoca'nın toplum tabanlı çalışmasında; inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, en fazla olumsuz etkilenmenin yaşam kalitesi ölçeğinin Davranışların Sınırlanması alt alanında gerçekleştiği gösterilmiştir (108). Özerdoğan toplum tabanlı çalışmasında, DS alt alanında subjektif inkontinans tiplerine göre alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık olduğunu belirtmiştir. DS alt alanında elde edilen puan ortalamalarının ve dolayısı ile yaşam kalitesi düzeylerinin stres tipinde (86.19 ± 12.90), urge (78.34 ± 15.06)

ve miks (66.02±17.12) inkontinans tipine göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (83).

5.2. Çalışma Grubunda Subjektif Verilerle Semptom Olarak Belirlenen İdrar Kaçırma Tiplerinin Objektif Olarak Belirlenen (Ürodinami Sonuçlarına) İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı

Semptom olarak belirlenen inkontinans tiplerinin oranı ürodinami sonuçlarına göre belirlenenlerle farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızda tedavi öncesinde (ilk geliş), kadınların şikayetlerine göre semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tipleri (subjektif) ile ürodinami sonuçlarına göre belirlenen üriner inkontinans tipleri (objektif) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Subjektif bulgulara göre çalışma grubunda %32.3 olan stres inkontinans oranı ürodinami sonuçlarına göre %15.4'e gerilemiş, %18.5 olan urge inkontinans oranı %55.4, %49.2 olan miks inkontinans oranı ise %29.2 olarak belirlenmiştir. Kemahlı'nın çalışmasında üriner inkontinans için klinik (anamneze dayalı) ile ürodinami sonucu elde edilen tanımlar karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu saptanmıştır. Anamneze göre %28 olan stres inkontinans oranı ürodinami sonucuna göre %20'ye gerilemiş, %38 olan urge inkontinans oranı %28'e, %34 olan miks inkontinans oranı %28'e gerilemiş ve hastaların %24'ünde ürodinami bulguları normal olarak bulunmuştur (69). Mutlu çalışmasında inkontinans tiplerini, anamneze dayalı tanı ile ürodinami de elde edilen tanımlara göre karşılaştırmıştır. Buna göre; anamnezde stres inkontinansı tarifleyen kadınların %53.6'sı ürodinamiye göre de stres inkontinans tanısı almıştır. Anamnezde urge inkontinansı belirten kadınların %42.9' unun da ürodinami sonucunda urge inkontinans olduğu belirlenmiştir. Anamneze göre miks inkontinansı olduğunu ifade eden kadınların; sadece %19.6'sının miks inkontinansı, %41.8'inin ise stres inkontinansı olduğu ürodinami sonucunda saptanmıştır (80). Güler' in çalışmasında başvuru şikâyeti ile ürodinami ile elde edilen tanı arasındaki ilişki incelendiğinde; başvuru şikâyeti stres inkontinans olan kadınların sadece %37.3'ü ürodinami de stres inkontinans, urge inkontinans şikâyeti olanların %41.6'sı ürodinami de detrusör overaktivitesi, Miks inkontinansı olanların yalnızca %13.9'u ürodinami

sonucunda da miks inkontinans tanısı almıştır. Bu çalışmada başvuru şikayeti ile ürodinami sonucu elde edilen tanılar arasında ilişki istatistiksel olarak belirtilmemiştir (52). FitzGerald ve Brubaker'ın çalışmasında kadınlar tarafından semptom olarak belirlenen inkontinans tipleri ile ürodinami sonucu elde edilen tanıları karşılaştırmış fakat istatistiksel olarak ilişki belirtilmemiştir. Stres inkontinansı semptom olarak belirten kadınların %66'sı ürodinami sonucunda gerçek stres inkontinans (ASI) tanısı almış, urge inkontinansı tarifleyen kadınların %32'si detrusor overaktivitesi (DO), miks inkontinansı olanların ise sadece %26'sı ürodinami de miks tanısı almış, inkontinans semptomları belirtmeyen kadınların %50'sinde ürodinami sonucunda inkontinansı olmadığı gösterilmiştir (50).

5.3. Subjektif ve Objektif Veriler İle Elde Edilen İnkontinans Tiplerine Göre ve Ped Test Sonuçlarına Göre Üriner İnkontinansın Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Dini Yaşama Etkisi

Üriner inkontinans tiplerinde idrar tutamama şekli farklılık gösterdiği için kadınların günlük yaşam aktivitelerine olan etkileri değişiklik gösterebilmektedir. İdrar kaçırma tipinin kadınların günlük yaşam aktivitelerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan analizde; subjektif inkontinans tipleri ile kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.001$) (Tablo 4.4.1). Günlük yaşam aktivitelerini en fazla oranda olumsuz etkileyen inkontinans tipi miks inkontinans iken, en az oranda etkileyen inkontinans tipi ise stres inkontinans olarak saptandı. Çalışma bulgumuz ile uyumlu olarak yapılan çeşitli çalışmalarda da günlük yaşamı en fazla etkileyen inkontinans tipinin miks inkontinans olduğu saptanmıştır (16, 61, 83). Ancak ürodinami tetkiklerine göre belirlenen objektif inkontinans tipleri ile kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmedi ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.1).

Subjektif bulgular ve objektif verilere göre belirlenen inkontinans tipleri ile idrar kaçırmanın dini yaşama etkisi arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.2).

Kaçırılan idrar miktarı arttıkça günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilendiği çeşirli çalışmalarda gösterilmiştir (75, 83, 92). İnkontinans tipinden bağımsız olarak kaçırılan idrar miktarının kadınların günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkisini değerlendirmek için yapılan analizde 1 saatlik ped test sonucu elde edilen idrar kaçırma miktarı ile kadınların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.4.3). Günlük yaşam aktiviteleri ciddi ölçüde olumsuz etkilenen kadınlarda, 10gr'dan fazla idrar kaçıranların oranı daha yüksek bulunmuştur.

Ped test sonucu kaçırılan idrar miktarlarına göre dini ibadetleri yerine getirirken idrar kaçırmamanın kısıtlılık yaratıp yaratmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizde; kaçırılan idrar miktarları ile idrar kaçırmamanın dini ibadetlerde kısıtlılık yaratması arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). Dini ibadetlerin yerine getirilmesindeki kısıtlılığın, kaçırılan idrar miktarı arttıkça daha fazla olduğu belirlendi.

İdrar kaçırmamanın dini ibadetler üzerine oluşturduğu kısıtlılıklardan; abdestin uzun süre tutulamaması ve namaz kılınamaması durumlarının, ped test sonucu belirlenen idrar kaçırma miktarlarına göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Yapılan analizde, ped test sonuçları ile abdestin uzun süre tutulamaması ve namaz kılınamama şikâyetleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). Abdestin uzun süre sürdürülememesi ve namaz kılınamama şikâyetleri ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçırmaması olanlarda daha yüksekti. Kadınlarda ped test sonuçları ile idrar kaçırmamanın yarattığı kısıtlılıklardan Kuran okuyamama ve camiye gidememe şikâyetleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3).

Ped test sonucu kaçırılan idrar miktarlarına göre, kaçırmamanın kadınların dini yaşamları üzerine olan etkisinin değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde; ped test sonuçları ile idrar kaçırmamanın dini yaşama etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.4.3). İdrar kaçırmaya bağlı dini

yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerde, 10gr'dan fazla idrar kaçıranların oranı daha yüksekti.

Ped test sonucu elde edilen idrar kaçırma miktarları ile dini ibadetler yerine getirilirken kadınların idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı yöntemlerden; sık abdest alma, yanında sürekli temiz çamaşır bulundurma, sürekli oturarak namaz kılma, ibadet yapmak için cami vb. gibi yerlere gitmeme durumları arasında anlamlı ilişki belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3).

Kadınların idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı yöntemlerden; duadan önce sıvı alımını kısıtlama ve duadan önce tuvalete gitme durumları ile ped test sonuçları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki vardı ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). Duadan önce sıvı alımı kısıtlaması yapan ve tuvalete giden kadınların oranının, ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçıranlarda daha az miktarlarda idrar kaçıranlara göre yüksek olduğu belirlendi.

5.4. Tedavi Öncesi ve Sonrası Yapılan Kontrollerde Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Dini Yaşama Etkisi

Bu bölümde tedavi öncesi ve sonrası dönemde üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisinin objektif ve subjektif parametrelere göre değerlendirildiği bulgular tartışılmıştır.

Tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası (2.-6.ay, >6.ay) yapılan kontrollerde subjektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi puanlarının farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılan analizde, tedavi sonrası >6.ay kontrolünde subjektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 4.5.1). Tedavi sonrası >6.ay kontrolünde yaşam kalitesi düzeyinin stres inkontinansında (82.41 ± 17.58), miks (76.44 ± 22.78) ve urge inkontinansa (61.32 ± 16.95) göre daha yüksek düzeyde olduğu

belirlendi. Urge inkontinans nedeniyle medikal tedavi alan hastalarda tedavide sürekliliğin olmaması nedeniyle (hastaların kendiliğinden ilaç almayı bırakmaları) yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Subjektif inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolünde yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.1). Başak ve arkadaşları çalışmalarında çalışmamıza paralel olarak subjektif olarak belirlenen inkontinans tiplerini karşılaştırdığında toplam yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını belirlemiştir (17). Dooley ve arkadaşlarının çalışmasında miks (61 ± 23) üriner inkontinansı olan kadınların stres (40 ± 26) ve urge (40 ± 25 ; $p<0.0001$) inkontinansı olanlara göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (38). Coyne ve arkadaşları ise miks üriner inkontinansı olan kadınların stres inkontinanslı gruba göre daha düşük yaşam kalitesine (HRQL) sahip olduklarını göstermiştir (28). Güler'in çalışmasında miks üriner inkontinans ile başvuran hasta grubunun yaşam kalitesi (IIQ-7) düzeyinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (52). Yağmur ve arkadaşları ile Özerdoğan'ın çalışmalarında ise miks inkontinansa sahip olan kadınların yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (83, 108). Simeonova ve arkadaşlarının toplum tabanlı çalışmasında miks ve urge inkontinansı olanların stres inkontinansı olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (92). Firdolas ve arkadaşlarının çalışmasında miks üriner inkontinanslı kadınların stres ve urge inkontinansı olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (49). Hagglund ve arkadaşlarının toplum tabanlı çalışmasında ise urge ve stres inkontinans tipi karşılaştırıldığında, urge inkontinanslı kadınların stres inkontinansa göre yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (59).

Subjektif olarak elde edilen inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası yapılan kontrollerde ölçülen yaşam kalitesi puanlarının iyileşme gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analize göre; stres ve urge inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.2). Miks inkontinansı olanlarda ise tedavi öncesi 61.08 ± 21.52 olan yaşam kalitesi ortalamasının, tedavi sonrası dönemde 69.42 ± 15.03 ve 76.44 ± 22.78 'e

yükseldiği ve yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde bir iyileşmenin olduğu belirlendi. Miks üriner inkontinansı olanlarda yaşam kalitesi puan farkının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay kontrollerindeki sonuçlardan kaynaklandığı saptandı.

Tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası (2.-6.ay, >6.ay) yapılan kontrollerde değerlendirilen yaşam kalitesi puanlarının objektif inkontinans tipleri arasında farklılık gösterip göstermediğini saptamak amacıyla yapılan analizde, tedavi öncesi (ilk geliş) dönemdeki ilk ölçümde yaşam kalitesi puan ortalamaları objektif inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 4.5.3). ASİ (79.28 ± 17.92) ve DO (65.54 ± 20.89) tanısı alanların miks üriner inkontinansa (58.28 ± 21.36) göre daha yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip oldukları görüldü ($p>0.05$) (Tablo 4.5.3). Puan farkının anatomik stres ve miks inkontinans tiplerinden kaynaklandığı görüldü. Güler' in çalışmasında da ASİ ve DO tanısı alan grubun, miks inkontinans tanısı alanlardan daha yüksek yaşam kalitesini sahip oldukları saptanmıştır (52). Melville ve arkadaşları da urge inkontinansın düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (77). Duggan, Kelleher ve arkadaşlarının çalışmalarında DO olan kadınların ASİ'ı olanlara göre anlamlı ölçüde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (39, 70). FitzGerald ile Brubaker'ın çalışmasında miks üriner inkontinanslı kadınların ASİ olan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (50).

Tedavi sonrası 2.-6.ay ve >6.ay kontrollerde elde edilen yaşam kalitesi puan ortalamaları objektif inkontinans tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.3). Wyman ve arkadaşlarının 6 ay takipli 63 kontrol 60 mesane eğitimi tedavisi uyguladıkları toplam 123 yaşlı kadın üzerinde yaptıkları çalışma bizim bulgularımıza paralel olarak, 6 haftalık tedavi sonrası dönemde ürodinamik inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi düzeylerindeki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (107).

Objektif bulgulara göre belirlenen inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası yapılan kontrollerde ölçülen yaşam kalitesi düzeylerinin iyileşme gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analize göre, anatomik stres inkontinansı olanlarda tedavisi öncesi (ilk geliş) ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.5.4). Detrüsor overaktivitesi olan kadınlarda tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.5.4). Yaşam kalitesi puan farklarının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolü ile tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay gruplarından kaynaklandığı görüldü. Miks inkontinansı olan kadınlarda da tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5.4). Farklılığın tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ay yaşam kalitesi puanlarından kaynaklandığı belirlendi. Elde edilen sonuçlar, uygulanan tedavinin (medikal tedavi ve kegel egzersizi) detrüsor overaktivitesi ve miks inkontinansa anatomik stres inkontinansa göre yaşam kalitesi düzeyinde daha fazla iyileşme sağladığını göstermektedir. Wyman ve arkadaşlarının mesane eğitimi uyguladıkları çalışmada tedaviden 6 ay sonra, yaşam kalitesi düzeyi gerçek stres inkontinanslı kadınlarda kötüleşme eğilimi gösterirken detrüsor overaktivitesi olanlarda ise iyileşme göstermiştir (107).

Tedavi öncesi ve tedavi sonrası ($n=25$) her iki dönemde de yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların; yaşam kalitesi düzeylerinde iyileşme olup olmadığını belirlemek için yapılan analizde, yaşam kalitesi puan ortalamaları ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.5.5). 25 kadından oluşan grubun; yaşam kalitesi puan ortalamaları tedavi öncesi 55.64 ± 18.23 iken tedavi sonrası ilk dönemde 68.95 ± 15.41 'e, ikinci dönemde ise 72.08 ± 21.57 'ye yükselmiştir. Yaşam kalitesi puan farkının tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ayda ölçülen değerler ile tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.aydaki değerlerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırma grubumuzda tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası uzun dönemde (>6.ay) yaşam kalitesi değerleri ölçülebilen kadınlarda (n=51); yaşam kalitesi değerlerindeki iyileşmenin belirlenmesi amacıyla yapılan analizde, yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.5.6).

İdrar kaçırmının kadınların dini yaşamı üzerine olan etkisine göre, tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi değerlerinin farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizde, dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenen kadınlarda yaşam kalitesindeki artış tedaviden önce ve sonrasında ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.01$) (Tablo 4.5.7). Dini yaşamı etkilenmeyen ya da az ölçüde etkilenen kadınlarda ise tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$) (Tablo 4.5.7).

Tedavi öncesi (ilk geliş) ped gram ortalamaları ile idrar kaçırmaya bağlı dini yaşamın etkilenme düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4.5.8). Ped gram ağırlığı fazla olanlarda inkontinansa bağlı dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerin oranı daha fazla idi.

Üriner inkontinansın objektif bir bulgusu olan ped gram ağırlığının tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde değişip değişmediğini belirlemek ve tedavinin etkinliğini saptamak amacıyla yapılan analizde, inkontinans tedavisi alan kadınların her üç ölçümde elde edilen ped gram ortalamaları arasındaki ilişki ilk kontrolde bir azalma olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.9). Bakar ve arkadaşlarının 13 yaşlı ve stres inkontinansı olan hastaya ExMI (extracorporeal magnetic innervation) uyguladıkları pilot çalışmada, tedavi öncesi ve sonrası dönemde 1 saatlik ped gram ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir. Tedavi öncesi 4.31 ± 6.75 ped gram ağırlığı, 6 hafta sonrasında 1.51 ± 1.73 'e düşmüştür (13). Yokoyama ve arkadaşlarının 20 urge, 17 stres inkontinanslı hastada, haftada 1 kez olmak üzere toplam 8 hafta ExMI uyguladıkları çalışmada; stres inkontinanslı grupta 1 saatlik ped test sonucu belirlenen ped gram ortalamaları anlamlı düzeyde azalma göstererek tedaviden 4 hafta sonra 7.9 gramdan 2.7 grama gerilemiştir (119). Aksaç ve

arkadaşları ürodinamik stres inkontinanslı 50 kadın hastada yaptıkları çalışmada; pelvik taban egzersizini 20 kadında dijital palpasyon, 20 kadında biofeedback yardımı ile iki farklı şekilde uygulanmış ve bu çalışmada 10 kadın da kontrol grubunu oluşturmuştur. Tedaviden sonraki 8.haftada pelvik taban kas egzersizi uygulayan her iki grupta da, ped testinde kaçırılan idrar miktarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (3). Sarı'nın çalışmasında da pelvik taban kas egzersizi uygulayan kadınların tedavi sonrası 8.haftada ped testinde kaçırdığı idrar miktarı azalırken, kontrol grubundaki hastalarda ped gramlarında artış olduğu belirlenmiştir (91).

Klinik hekimi tarafından tedavi öncesi dönemde (ilk geliş) medikal tedaviye ek olarak kegel egzersizi önerilen kadınlarda, tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerlerinde iyileşmenin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizde, kegel egzersizini uygulayan 35 kadının yaşam kalitesi puan ortalamaları ileri düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.5.10). Tedavi öncesi yaşam kalitesi puan ortalaması 63.88 ± 13.20 iken tedavi sonrası ilk kontrolde (2.-6.ay) 77.67 ± 15.42 'ye yükselmiş, ikinci kontrolde (>6.ay) ise 73.82 ± 14.69 'e düşmüştür. Yaşam kalitesi puan farkı tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası >6.ayda elde edilen değerlerden kaynaklanmıştır. Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında KHQ sonucu elde edilen yaşam kalitesi düzeyi, tedavi öncesi döneme göre tedavi sonrası 2.ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir iyileşme göstermiştir (11). Sarı'nın çalışmasında da PTE uygulayan kadınların tedavi sonrası 8.haftada değerlendirilen yaşam kalitesi değerlerinin tedavi öncesine göre artarak iyileşme gösterdiği, kontrol grubundaki hastaların ise tedavi sonrası yaşam kalitesi düzeyinin azaldığı saptanmıştır (91). Yalçın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, pelvik taban kas egzersizi yapan grubun yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur (112). Bø ve arkadaşlarının gerçek stres idrar inkontinanslı kadınlarda pelvik taban kas eğitimini uyguladıkları çalışmada, pelvik taban kas egzersizi yapanlarda cinsel yaşam, sosyal yaşam ve fiziksel aktivitelerinde problem yaşama oranında anlamlı düzeyde bir azalmanın olduğu gösterilmiştir (22). Fan ve arkadaşlarının 459 üriner inkontinanslı kadın üzerinde yaptıkları çalışmada tedaviye devam eden 372 hasta ile devam etmeyen 87 hasta karşılaştırılmış, tedaviye devam eden ve Pelvik taban kas egzersizini uygulayan kadınların tedavi sonrası yaşam kalitesi

düzelelerinde anlamlı düzeyde bir gelişmenin olduğu saptanmıştır (47). Konstantinidou ve arkadaşlarının 10 PTKKE müdahalesi (hastanede ve evde) ve 12 kontrol grubu (sadece evde) olan toplam 22 stres üriner inkontinanslı kadın hastada yaptıkları randomize çalışmada, 12 haftalık tedavi sonrasında PTKKE'ni uygulayan kadınların yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak ileri düzeyde bir iyileşmenin olduğu tespit edilmiştir (73). Sjöström ve arkadaşlarının internet-tabanlı PTKKE'ni uygulayan stres üriner inkontinanslı kadınlarda yaptıkları çalışmada pelvik taban kas eğitimi sonrası 4.ayda kadınlardaki yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı derecede iyileştiği saptanmıştır (96).

Objektif bir bulgu olarak üriner inkontinansda, 1 saatlik ped testi ile belirlenen idrar kaçırma miktarının yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan analizde, tedavi öncesi (ilk geliş) elde edilen ped ağırlığı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişki belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.5.13). Buna göre, kadınlarda ped test sonucunda ölçülen ped ağırlığı arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmekteydi. Tedavi sonrası yapılan kontrollerde ölçülen ped gram ağırlığı azaldığı için ped ağırlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı belirlenmiştir. Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında da ped (gram) ağırlığı arttıkça kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (86). Franco ve arkadaşlarının ürodinamik stres inkontinansı olan 98 kadında yaptıkları çalışmada, uygulanan 1-saatlik ped test sonrasında ped gramı arttıkça ICQ-SF kullanılarak belirlenen yaşam kalitesi düzeyinin de anlamlı düzeyde olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (51). Huang ve arkadaşlarının çalışmasında da 1 saatlik ped ağırlığı ile yaşam kalitesi puanları (UDI-6 ve IIQ-7) arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmiş, ped ağırlığı arttıkça yaşam kalitesinin de kötüleştiği gösterilmiştir (63). Diğer pek çok çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (10, 91, 107).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine üriner inkontinans semptomları ile başvuran kadınlarda; üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşam üzerine olan etkilerini belirlemek, tedavi öncesi ve sonrası dönemde objektif ve subjektif parametreleri karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışma 65 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmamız sonucu elde edilen bulgulara göre;

Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 23-79 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 50.15 ± 11.16 yıldır (Tablo 4.1.1).

- Araştırmadaki kadınların %83.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %96.9'unun evli, öğrenim düzeylerinin %75.4'ünde lise altında olduğu saptandı. Kadınların %98.5'inin sağlık güvencesine, %80.0'inin çekirdek aile yapısına ve %67.7'sinin orta-kötü düzeyde gelire sahip olduğu, %67.7'sinin il merkezinde ikamet ettiği belirlendi (Tablo 4.1.1).
- Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık durumu ve alışkanlıkları incelendiğinde; %43.1'inin hâlen sigara içtiği, %92.3'ünün alkol almadığı, tamamının çay içtiği, %69.2'sinin günlük 5 bardak ve üzerinde çay tükettiği saptandı. Kadınların günlük hayatta %67.7'si kahve, %70.8'si ise kola tüketmekteydi (Tablo 4.1.2).
- Kadınların büyük bir kısmı şişmanlık derecesinde (%81.5) beden ağırlığında idi. Çalışmamızdaki kadınların %83.1'inde kronik bir hastalığın mevcut olduğu,

%67.7'sinin ameliyat geçirdiği ve %63.1'nin ise sürekli kullandığı bir ilacının bulunduğu saptandı (Tablo 4.1.2).

- Araştırma kapsamında yer alan kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde; %75.4'ünün üç kez ve üzerinde gebe kaldığı, ortalama yarısının üç kez ve üzerinde doğum yaptığı belirlendi. Kadınların yaklaşık dörtte birinin daha önce düşük yaptığı, yarısına yakınının kürtaj işlemi geçirdiği saptandı. Kadınların ilk doğum yaşları değerlendirildiğinde büyük bir kısmının 16-20 yaş grubunda doğum yaptıkları görüldü (Tablo 4.1.3).
- Paritesi olan kadınların (n=64) %90.6'sının vajinal doğum şeklinde doğum yaptığı ve tüm doğumların %35.9'unun ev koşullarında gerçekleştiği belirlendi. Doğum sırasında epizyotomi uygulanma oranı %57.8, doğuma müdahale yapılma oranı ise %7.8 idi. Kadınların sadece %1.6'sında çoğul gebelik ve doğum, %25.0'inde iri bebek doğumunun olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.3).
- Kadınların jinekolojik özelliklerine bakıldığında; %60.0'ının menopoza girmiş olduğu, menopoza giren kadınların %56.4'ünün beş yıl ve uzun süredir menopozda olduğu görüldü. Menopoza giren kadınlardan sadece %10.8'inin geçmişte HRT aldığı, alınan HRT süresinin %28.6'sında dört yıl ve üzerinde olduğu belirlendi. Çalışmamızdaki kadınların %35.4'ünün daha önce jinekolojik bir ameliyat geçirdiği, ameliyat geçirenlerin %82.6'sına ise Total Abdominal Histerektomi/Laparoskopik Cerrahi uygulandığı tespit edildi (Tablo 4.1.4).
- Araştırma grubumuzdaki kadınların üriner inkontinans öykülerine ilişkin özellikler değerlendirildiğinde; ¼'ü beş yıl ve daha uzun süredir üriner inkontinans şikayetine sahipti. Kadınların %86.2'si üriner inkontinans şikayetini başlangıcından bu yana kesintisiz olarak sürekli yaşamasına rağmen %52.3'ünün problemin başlangıcından bir yıl ve daha uzun süre sonra tedavi almak için sağlık kurumuna başvurduğu görüldü. Araştırmamızdaki kadınların %23.4'ünün

daha önce gebe ve lohusalık dönemlerinde idrar kaçıırma problemini deneyimledikleri saptandı (Tablo 4.2.1).

- Kadınların %29.2'si tıbbi hastalık ve ilaç kullanımını, %26.2'si ameliyat geçirmeyi ve %24.6'sı hamilelik ve doğum sonrası dönemi üriner inkontinans şikayetlerinin başlamasına neden olan durumlar olarak belirtmişlerdi. Ayrıca kadınların %21.5'inin cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığı, %49.2'sinin ise sık üriner sistem enfeksiyonu geçirdiği belirlendi (Tablo 4.2.1).
- Araştırma grubunu oluşturan kadınların semptom olarak üriner inkontinans tipleri incelendiğinde; %32.3'ünün stres inkontinansa, %18.5'inin urge, %49.2'sinin miks inkontinansa sahip oldukları belirlendi. Kadınların %78.5'inin günde bir ya da birden fazla sıklıkta idrar kaçırdığı saptandı (Tablo 4.2.2).
- Semptom olarak stres inkontinans tanımlayan kadınların %71.4'ü sızıntı ya da tamamen boşalma şeklinde, %28.6'sı kıyafeti ve yeri ıslatacak miktarda idrar kaçırdıklarını ifade etmişlerdi. Urge inkontinans tarifleyen kadınların %83.3'ü kaçıırma sırasında sızıntı ya da tamamen boşalma şeklinde, %58.3'ü iç çamaşırı nemlendirecek miktarda idrar kaçırdıklarını belirtti. Miks inkontinanslı kadınların %90.6'sının sızıntı ya da tamamen boşalma şeklinde ve %65.6'sının kıyafeti ve yeri ıslatacak miktarda idrar kaçırdıkları saptandı. Kadınların idrar kaçıırma sırasında %43.1'inin kaçırmayı durduramadığı, %44.6'sının idrar kaçırmaya yönelik ped veya bez kullandığı görüldü (Tablo 4.2.2).
- Tedavi öncesi ilk başvuruda 65 kadına uygulanan tanı testlerinin sonuçlarına göre elde edilen bulgular incelendiğinde; %89.2'sinde idrar kültüründe üreme olmadığı, %90.8'inde tam idrar tahlil sonucunun normal olduğu, %53.8'inde 1 saatlik ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçağının bulunduğu görüldü (Tablo 4.2.3).

- Objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri incelendiğinde kadınların; %15.4'ünde ASİ, %55.4'ünde DO ve %29.2'sinde ise miks inkontinans saptandı. Kadınların %66.2'sinde mesane kapasitesinin normal ve %55.4'ünde mesane kompliansının ise azalmış olduğu belirlendi. İşeme sonrası rezidüel idrar volümünün (PVR) kadınların %72.3'ünde negatif olduğu, %6.2'sinde ise 50 ml ve üzerinde olduğu saptandı. Araştırmamızdaki kadınların %56.9'unda valsalva kaçak noktası basıncı (VLPP) negatif, %26.2'sinde ise şiddetli olarak belirlendi (Tablo 4.2.3).
- İlk başvuruda üriner inkontinans tedavisi için; kadınların %47.7'sine propiverin, %100'üne antibiyotik, %41.5'ine lokal östrojen, %53.8'ine kegel egzersizi önerildiği görüldü (Tablo 4.2.3).
- Araştırmamızda ilk başvurudan sonra üriner inkontinans tedavisi gören 65 kadından 20'si 2.-6.ayda kontrole gelmişti. Bu kontrolde kadınların tamamının idrar kültüründe üreme yoktu, %55.0'inin tam idrar tahlil sonucu normaldi. Ped test uygulaması sonucunda kadınların %10'unda kaçırma miktarının 2gr'dan az olduğu belirlendi. Ürodinami sonucu kadınların %80.0'inde DO, %20.0'sinde miks inkontinans saptandı (Tablo 4.2.3).
- Tedavi sonrası 2.-6.ayda yapılan kontrollerde kadınların %55.0'inde mesane kapasitesi normaldi, %60.0'ında mesane kompliansı azalmıştı. Kadınların %80.0'inde PVR idrar volümü, %75.0'inde VLPP negatifti. Üriner inkontinans tedavisi için kadınların %60.0'ına tolterodin, %100'üne antibiyotik, %65.0'ine lokal östrojen, %35.0'ine kegel egzersizi önerildiği görüldü (Tablo 4.2.3).
- Araştırmamızda ilk başvurudan itibaren alınan üriner inkontinans tedavisi sonrası >6.ayda kontrole gelen kadın sayısı 19 kişiydi. Kadınların %89.5'inde idrar kültüründe üreme yoktu, %68.4'ünde tam idrar tahlil sonucu normaldi, %52.6'sında 1 saatlik ped test sonucunda 2-10 gr idrar kaçırma olduğu belirlendi (Tablo 4.2.3).

- Tedavisi sonrası >6.ayda kontrole gelen 19 kadının ürodinami sonucunda; %15.8'inde ASİ, %68.4'ünde DO, %15.8'inde miks inkontinans belirlendi. Kontrole gelenlerin %63.2'sinde mesane kapasitesinin normal, %57.9'unda mesane kompliansının azalmış olduğu saptandı. Bu kontrolde kadınların %63.2'sinde PVR idrar volümü, %63.2'inde VLPP'nin negatif olduğu belirlendi. Üriner inkontinans tedavisi için kadınların %52.6'sına tolterodin, %100' üne antibiyotik, %73.7' sine lokal östrojen, %26.3' üne kegel egzersizi önerildiği görüldü (Tablo 4.2.3).
- Kliniğe ilk başvuruda hekim tarafından fizik muayenesi yapılan üriner inkontinanslı kadınların; %53.8'inde fiziksel muayene bulgularının normal olduğu, fiziksel muayenede en sık rastlanan bulgunun %18.5 ile II° Desensus tanısı olduğu saptandı (Tablo 4.2.4).
- Araştırmamızdaki kadınların tamamının İslam dinine mensup olduğu, %50.8'inin düzenli olarak namaz kıldığı belirlendi. İdrar kaçırmanın kadınların %70.3'ünde dini ibadetleri yerine getirmede kısıtlılık yarattığı, %66.2'sinde ibadetler yerine getirilirken abdestin bozulduğu ve uzun süre sürdürülemediği, %48.4'inde de dini yaşamla ilgili aktivitelerin ciddi ölçüde etkilendiği saptandı. Abdestin uzun süre sürdürülememesine yönelik olarak; kadınların %84.6'sı sık abdest aldığını, %72.3'ü duadan önce tuvalete gittiğini, %66.2'si yanında sürekli temiz çamaşır bulundurduğunu, %41.5'i ise duadan önce sıvı alımını kısıtladığını ifade etti. İlk başvuruda kadınların %50.8'sinde idrar kaçırmaya bağlı günlük yaşam aktivitelerinin ciddi ölçüde etkilendiği belirlendi. (Tablo 4.2.5)
- Tedavi öncesi dönemde inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının, objektif verilere göre belirlenen (ürodinami sonucu) üriner inkontinans tipleri arasında karşılaştırıldığında; ölçeğin DS alt alanı puan ortalamaları ile objektif inkontinans tipleri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6). Davranışların

sınırlanması alt boyutundan elde edilen puan ortalamalarının ve dolayısı ile yaşam kalitesi düzeylerinin ASİ tipinde (29.10 ± 7.15), DO (24.50 ± 7.97) ve mikst (21.36 ± 7.74) inkontinans tipine göre daha iyi düzeyde olduğu belirlendi.

- Kadınların ilk başvuruda İnkontinans Yaşam kalitesi Ölçeğinin (I-QOL) genelinden aldıkları puan ortalamaları 65.52 ± 21.37 olarak tespit edildi. I-QOL ölçeğinin alt alanlarından (DS, PE, Sİ) aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; ölçeğin alt alan ölçeklerinden en düşük puan ortalamasının sosyal izolasyon yaşama durumunda (15.21 ± 6.35) olduğu saptandı. Dolayısı ile yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği alt alanın sosyal izolasyon, ikinci sırada davranışların sınırlandırılması (24.29 ± 8.06) ve daha sonra da psikososyal etkilenme (32.56 ± 10.78) alanının olduğu görüldü (Tablo 4.2.6).
- Çalışma grubunda subjektif veriler sonucu semptom olarak belirlenen idrar kaçırma tiplerinin objektif olarak belirlenen (ürodinami sonuçlarına göre) inkontinans tiplerine göre dağılımı incelendiğinde; objektif ile subjektif inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4.3.1). Subjektif bulgulara göre çalışma grubunda %32.3 olan stres inkontinans oranının ürodinami sonuçlarına göre %15.4'e gerilediği, %18.5 olan urge inkontinans oranının %55.4 oranında DO olarak görüldüğü, %49.2 olan mikst inkontinans oranının ise %29.2 olarak gerilediği belirlendi.
- İdrar kaçırma probleminin kadınların günlük yaşam aktivitelerine olan etkisi, subjektif ve objektif inkontinans tiplerine göre değerlendirildiğinde; subjektif inkontinans tipleri ile kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.001$) (Tablo 4.4.1). Günlük yaşam aktivitelerinin mikst inkontinansı olanlarda, urge ve stres inkontinansı olanlara göre daha fazla oranda olumsuz etkilendiği saptandı.
- Objektif veriler sonucu elde edilen üriner inkontinans tipleri ile inkontinansın günlük yaşam aktivitelerine etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına

karşın ($p>0.05$) ciddi ölçüde etkilenenlerin oranı detrüsor overaktivitesi ve miks inkontinansı olanlarda daha yüksekti (Tablo 4.4.1).

- İdrar kaçırmanın dini yaşama etkisi ile subjektif bulgular sonucu elde edilen istem dışı idrar kaçırma tipleri ve objektif veriler sonucu belirlenen üriner inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.4.2).
- Çalışma grubuna ait 1 saatlik ped test sonucu elde edilen idrar kaçırma miktarının, kadınların günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkileri değerlendirildiğinde, ped test sonuçları ile kadınların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.4.3). Günlük yaşam aktiviteleri ciddi ölçüde olumsuz etkilenen kadınlarda, 10gr'dan fazla idrar kaçıranların oranı daha yüksekti.
- Ped test belirlenen kaçırılan idrar miktarları ile idrar kaçırmanın dini ibadetlerde kısıtlılık yaratması arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). Dini ibadetlerin yerine getirilmesindeki kısıtlılığın, kaçırılan idrar miktarı arttıkça daha fazla olduğu belirlendi. Abdestin uzun süre sürdürülememesi ve namaz kılamama şikayetleri ped test sonucuna göre 10gr'dan fazla idrar kaçırmaları olanlarda daha yüksekti. Kadınlarda ped test sonuçları ile idrar kaçırmanın yarattığı kısıtlılıklardan Kuran okuyamama ve camiye gidememe şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3).
- Ped test sonucu kaçırılan idrar miktarları ile idrar kaçırmanın dini yaşama etkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.4.3). İdrar kaçırmaya bağlı dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerde, 10gr'dan fazla idrar kaçıranların oranı daha yüksekti.
- Ped test sonucu elde edilen idrar kaçırma miktarları ile dini ibadetler yerine getirilirken kadınların idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı

yöntemlerden; sık abdest alma, yanında sürekli temiz çamaşır bulundurma, sürekli oturarak namaz kılma, ibadet yapmak için cami vb. gibi yerlere gitmeme durumları arasında anlamlı ilişki belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3).

- Kadınların idrar kaçırma problemi ile baş etmede kullandığı yöntemlerden; duadan önce sıvı alımını kısıtlama ve duadan önce tuvalete gitme durumları ile ped test sonuçları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki vardı ($p<0.05$) (Tablo 4.4.3). Duadan önce sıvı alımı kısıtlaması yapan ve tuvalete giden kadınların oranının, ped test sonucunda 10gr'dan fazla idrar kaçıranlarda daha az miktarlarda idrar kaçıranlara göre yüksek olduğu belirlendi
- Tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası (2.-6.ay, >6.ay) yapılan kontrollerde subjektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; tedavi sonrası >6.ay kontrolünde subjektif inkontinans tipleri arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 4.5.1). Tedavi sonrası >6.ay kontrolünde yaşam kalitesi düzeyinin stres inkontinansa (82.41 ± 17.58), miks (76.44 ± 22.78) ve urge inkontinansa (61.32 ± 16.95) göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlendi.
- Subjektif inkontinans tipleri karşılaştırıldığında, tedavisi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolünde yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.1).
- Subjektif olarak elde edilen inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası yapılan kontrollerde ölçülen yaşam kalitesi düzeylerinin iyileşme gösterip göstermediği analiz edildiğinde; stres ve urge inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.2). Miks inkontinansı olanlarda ise tedavi öncesi 61.08 ± 21.52 olan yaşam kalitesi ortalamasının, tedavi sonrası dönemde

69.42±15.03 ve 76.44±22.78'e yükseldiği ve yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde bir iyileşmenin olduğu belirlendi.

- Tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası (2.-6.ay, >6.ay) yapılan kontrollerde değerlendirilen yaşam kalitesi puanlarının objektif inkontinans tipleri arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; tedavi öncesi (ilk geliş) dönemdeki ilk ölçümde yaşam kalitesi puan ortalamaları objektif inkontinans tipleri arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 4.5.3). ASİ (79.28±17.92) ve DO (65.54±20.89) tanısı alanların miks üriner inkontinansa (58.28±21.36) göre daha yüksek yaşam kalitesi puan ortalamasına sahip oldukları belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.3). Tedavi sonrası 2.-6.ay ve >6.ay kontrollerde elde edilen yaşam kalitesi puan ortalamaları objektif inkontinans tipleri arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.3).
- Objektif bulgulara göre belirlenen inkontinans tiplerinde tedavi öncesi ve tedavi sonrası yapılan kontrollerde ölçülen yaşam kalitesi düzeylerinin iyileşme gösterip göstermediği analiz edildiğinde; ASİ olanlarda tedavisi öncesi (ilk geliş) ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.5.4). DO olan kadınlarda tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.5.4). Miks inkontinansı olan kadınlarda da tedavisi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklar bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5.4).
- Tedavi öncesi ve tedavi sonrası (n=25) her iki kontrolde de yaşam kalitesi değerleri ölçülen kadınların; yaşam kalitesi düzeylerinde iyileşme olup olmadığını belirlemek için yapılan analizde, yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.001$) (Tablo 4.5.5). 25 kadından oluşan grubun, yaşam kalitesi puan ortalamaları tedavi öncesi

55.64±18.23 iken tedavi sonrası ilk dönemde 68.95±15.41'e, ikinci dönemde ise 72.08±21.57'ye yükselmişti.

- Araştırma grubumuzda tedavi öncesi (ilk geliş) ve tedavi sonrası uzun dönemde (>6.ay) yaşam kalitesi değerleri ölçülebilen kadınlarda (n=51); yaşam kalitesi değerlerindeki iyileşmenin belirlenmesi amacıyla yapılan analizde, yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı (p<0.01) (Tablo 4.5.6). Bu grubun tedavi öncesi yaşam kalitesi puan ortalaması 65.98±20.75 iken tedavi sonrası >6.aydaki dönemde 75.76±21.14'e yükselmiştir.
- İdrar kaçırmaya bağlı dini yaşamı etkilenen kadınlarda, tedavi öncesi ve sonrası dönemde ölçülen yaşam kalitesi düzeylerinin iyileşme gösterip göstermediği analiz edildiğinde; dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenen kadınlarda yaşam kalitesi değerleri ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi (p<0.01). Dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenen kadınlarda tedavi sonrası kontrollerde, tedavi öncesine göre yaşam kalitesi düzeyinde iyileşme olduğu belirlendi (p<0.01) (Tablo 4.5.7). Dini yaşamı etkilenmeyen ya da az ölçüde etkilenen kadınlarda ise tedavi öncesi ve sonrası ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05) (Tablo 4.5.7).
- Tedavi öncesi (ilk geliş) ped gram ortalamaları ile idrar kaçırmaya bağlı dini yaşamın etkilenme düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.01) (Tablo 4.5.8). Ped gram ağırlığı fazla olanlarda inkontinansa bağlı dini yaşamı ciddi ölçüde etkilenenlerin oranı daha fazla idi.
- Üriner inkontinansın objektif bir bulgusu olan ped gram ağırlıkları tedavi öncesi ve sonrası yapılan kontrollerde karşılaştırıldığında, inkontinans tedavisi alan kadınların her üç ölçümde elde edilen ped gram ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi (p>0.05) (Tablo 4.5.9).

- Klinik hekimi tarafından tedavi öncesi dönemde (ilk geliş) medikal tedaviye ek olarak kegel egzersizi önerilenlerde, tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerlerinde iyileşmenin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizde, kegel egzersizini uygulayan 35 kadının yaşam kalitesi puan ortalamalarında ileri düzeyde farklılık saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.5.10). Tedavi öncesi yaşam kalitesi puan ortalaması 63.88 ± 13.20 iken tedavi sonrası ilk kontrolde (2.-6.ay) 77.67 ± 15.42 'ye yükselmiş, ikinci kontrolde (>6.ay) ise 73.82 ± 14.69 'e düşmüştü.
- Objektif olarak 1 saatlik ped testi ile belirlenen idrar kaçırma miktarının yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan analizde, tedavi öncesi (ilk geliş) elde edilen ped ağırlığı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişki belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.5.11). Kadınlarda ped test sonucunda ölçülen ped ağırlığı arttıkça yaşam kalitesi puanları düşmekteydi. Tedavi sonrası 2.-6.ay kontrolünde kadınlarda ölçülen ped gramı ile yaşam kalitesi değerleri arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.5.13). Tedavi sonrası >6.ay kontrolünde saptanan ped gramı ile yaşam kalitesi değerleri arasında korelasyon olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.5.13).

6.2. Öneriler

Araştırma bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Araştırma bulgularına göre üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesi ve dini yaşamını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Özellikle mikts ve urge inkontinans stres inkontinansa göre yaşam kalitesini daha fazla oranda etkilemekteydi. Üriner inkontinans şikâyeti olan kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak eğitimlerinin yapılması, tedaviye uyumlarının sağlanması önemlidir.

Üriner inkontinanslı kadınlarda sosyal izolasyon yaşama önemli bir problemdir. Kadınların sosyal yaşama daha aktif katılmalarını sağlamak için tedavilerinin yapılması, desteklenmeleri önemlidir.

İnsan fiziksel, biyolojik, psikolojik, ruhsal ve sosyal yönlerinin yanında manevi yönleri de olan bir canlıdır. Üriner inkontinansı olan kadınların dini yaşamları olumsuz etkilenmekte ve bu nedenle desteklenmeleri gerekmektedir. Literatürde idrar kaçırmının dini yaşama etkilerini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde idrar kaçırmaya probleminin; kadınların dini yaşama üzerine olan etkilerinin de araştırıldığı kalitatif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tedavinin etkinliğini belirlemeye yönelik yapılan takip çalışmalarında kadınların tedaviye uyumlarının takibi ve kontrollere düzenli gelmelerinin sağlanması önemlidir. Tedaviyi yarım bırakma ve kontrollerini aksatma nedenlerinin kalitatif çalışmalarla belirlenip, bu nedenlerin çözümüne yönelik yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Tedavi süreci ile ilgili sonuçların genellenebilmesi için daha geniş popülasyonda ve daha uzun süreli olarak yapılan çalışmalara gereksinim vardır.

İnkontinansa yönelik kadınların tanı ve tedavi dönemlerine aktif olarak katılabilmeleri sağlanarak, bu problemin tedavisinde kadınların tedavi sürecine devamlılık konusunda desteklenmesi önemlidir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Abrams, P., Cordazo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A. at Wein, A., 2002, The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, *Neurology and Urodynamics*, 21, 167-178 p.
2. Akgün, G., 2009, 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, Trakya üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
3. Aksac, B., Aki, S., Karan, A. at all, 2003, Biofeedback and Pelvic Floor Exercises for The Rehabilitation of urinary stres incontinence, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 56, 1, 23-27 p.
4. Altıntaş, R., Beytur, A., Oguz, F., Tasdemir, C., Kati, B., Cimen, S., Colak, C. at Gunes, A., 2013, Assessment of urinary incontinence in the women in Eastern Turkey, *Int Urogynecol J*, 1-6 p.
5. Amir, B., Bent, E.A., Güven, G.S. (Çevr.), Üriner inkontinans ve Hiperaktif Mesanede cerrahi dışı tedavi, 2010, Ayhan, A. (Çeviri Edt.), Danfort's Obstetrik ve Ürojinekoloji, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 891-899 s.
6. Anafarta, K., Baykara, M., Baydınç, C., Ürogenital organların anatomik ve histolojik Yapısı, 1998, Anafarta, K., Göğüş, O., Bedük, Y., Arıkan, N., (Edt.), Temel Üroloji, Güneş Kitabevi, Ankara, 1-28 s.
7. Andersson, K.E, Wein, A.J, 2007, Pharmacologic management of storage and emptying failure, Wein, A.J, Kavoussi, L.R., Novick, A.C., Partin, A.W., Peters, A.C. (Edt.), *Campbell-Walsh Urology*, 9, 130-2091 p.
8. Arıkan, N., Ürojinekolojik patolojilerde ürodinamik incelemeler, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 93-100 s.
9. Aslan, E., Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60 s.
10. Aslan, E., Beji, N.K., Coskun, A. at Yalcin, O., 2003, An assessment of the importance of pad testing in stress urinary incontinence and the effects of incontinence on the life quality of women, *Int Urogynecol J*, 14, 316-320 p.
11. Aslan, E., Komurcu, N., Beji, N.K. at Yalcin, O., 2008, Bladder training and kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home, *Gerontology*, 54, 224-231 p.
12. Ateşkan, Ü., Maş, R.M., Doruk, H. ve Kutlu, M., 2000, Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 3, 2, 45-50 s.
13. Bakar, Y., Özdemir, Ö.C., Özengin, N. at Duran, B., 2011, The use of extracorporeal magnetic innervation for the treatment of stress urinary incontinence in older women: a pilot study, *Arch Gynecol Obstet*, 284, 1163-1168 p.
14. Ballentyne, B., Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 123-128 s.
15. Baloğlu, A., Gerçek stres inkontinans ve pelvik taban disfonksiyonun patofizyolojisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 29-36 s.
16. Barghouti, F.F., Yasein, N.A., Jaber, R.M., Hatamleh, L.N. at Takruri, A.H., 2013, Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Jordanian women: Impact on their life, *Health Care for Women International*, 00, 1-9 p.
17. Basak, T., Uzun, S. at Arslan, F., 2012, Incontinence features, risk factors and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence, *J Wound Ostomy Continence Nurses Society*, 39, 1, 84-89 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

18. Beji, N.K., Üriner günlük ve mesane eğitimi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 283-291 s.
19. Beji, N.K., Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 75-84s.
20. Benlioğlu, C., 2006, Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
21. Bilgili, N., Akın, B., Ege, E. ve Ayaz, S., 2008, Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28, 487-493 s.
22. Bø, K., Talseth, T. at Vinsnes, A., 2000, Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stres incontinent women, Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica, 79, 598-603 p.
23. Cardozo, L., 2004, New developments in the management of stress urinary incontinence, BJU International, 94, 1-3 p.
24. Cetinel, B., Demirkesen, O., tarcan, T., Yalcin, O., Kocak, T., Senocak, M. at Itil, I., 2007, Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? Int Urogynecol J, 18, 659-664 p.
25. Chaliha, C. at Stanton, S.L., 1999, The ethnic cultural and social aspects of incontinence—a pilot study, Int Urogynecol J, 10, 166-170 p.
26. Choo, M.S., Ku, J.H., Oh, S.J., Lee, K.S. at all, 2007, Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey, International Urogynecology Journal, 18, 1309-1315 p.
27. Coşkun, A., Alt üriner sistem fizyolojisi ve anatomisi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 1-27s.
28. Coyne, K.S., Zhou, Z., Thompson, C. at Versi, E., 2003, The impact on health-related quality of life of stres, urge and mixed urinary incontinence, BJU Int, 92, 731-735 p.
29. Çetin, Ç., Yaşam kalite testleri, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, 181-189 s.
30. Çiftçi, Ö. ve Günay, O., 2011, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler, Erciyes Tıp Dergisi, 33, 4, 301-308 s.
31. De Gagne, J.C., So, A., Oh, J., Park, S., Palmer, M., 2013, Sociodemographic and health indicators of dlder women with urinary incontinence: 2010 National Survey of Residential Care Facilities, J Am Geriatr Soc, 61, 6, 981-986 p.
32. Demirci, F., Üriner inkontinans cerraahi ve farmakolojik tedavi yöntemleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 91-102 s.
33. Demirci, F., Ürojinekoloji, 2007, Attar, E., Ata, B. (Edt.), Gomel'in Jinekolojisi, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 425-442 s.
34. Demirci, N., Coşar, F., 2007, Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Poster Bildirisi, 35-40 s.
35. Dikencik, K. B., Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 29-50 s.
36. Dilek, K.U., Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu anamnez ve fizik muayene, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 63-68 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

37. Dooley, Y., Kenton, K., Cao, G., Luke, A., Durazo-Arvizu, R., Kramer, H. at Brubaker, L., 2008, Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, *The Journal of Urology*, 179, 2, 656-661 p.
38. Dooley, Y., Lowenstein, L., Kenton, K., FitzGerald, M. at Brubaker, L., 2008, Mixed incontinence is more bothersome than pure incontinence subtypes, *Int Urogynecol J*, 19, 1359-1362 p.
39. Duggan, P., 2011, Urodynamic diagnoses and quality of life in women presenting for evaluation of urinary incontinence, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51, 416-420 p.
40. Ebbesen, M.H., Hunskaar, S., Rortveit, G. at Hannestad, Y.S., 2013, Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT), *BMC Urology*, 13, 27, 1-10 p.
41. El-Azab, A.S., Mohamed, E.M. at Sabra, H.I., 2007, The prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life among Egyptian women, *Neurourology and Urodynamics*, 26, 783-788 p.
42. Elbiss, H.M., Osman, N. at Hammad, F.T., 2013, Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates, 122, 136-139 p.
43. Erol, A., Ürodinamik testler, uroflow, tek ve multikanal ürodinami, üretral basınç profilometri, videoürodinami, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 191-219 s.
44. Eryılmaz, Y.H., Pelvik bozukluklar, 2008, Şirin, A.(Edt.), *Kadın Sağlığı*, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 198- 233 s.
45. Eskiurt, N., Pelvis taban yetmezliğinde rehabilitasyon programları ve profilaksi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 149-160 s.
46. Eskiurt, N., Karan, A. Üriner inkontinans fizik tedavi ve rehabilitasyon, 2008, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi*, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 119-135 s.
47. Fan, L.H., Chan, C.S.S., Law, M.S.T., Cheung, K.Y.R. at Chung, H.K.T., 2013, Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1-7 p.
48. Festen, L., Duggan, P. at Coates, D., 2008, Improved quality of life in women treated for urinary incontinence by an authorised continence nurse practitioner, *Int Urogynecol J*, 19, 567-571 p.
49. Firdolas, F., Onur, R., Devenci, S.E., Rahman, S., Sevindik, F. at Acik, Y., 2012, Effect of urinary incontinence and its subtypes on quality of life of women in Eastern Turkey, *Urology*, 80, 1221-1226 p.
50. FitzGerald, M.P. at Brubaker, L., 2002, Urinary incontinence symptom scores and urodynamic diagnoses, *Neurourology and Urodynamics*, 21, 30-35 p.
51. Franco, A.V., Lee, F. at Fynes, M.M., 2008, Is there an alternative to pad tests? Correlation of subjective variables of severity of urinary loss to the 1-h pad test in women with stress urinary incontinence, *BJU International*, 102, 586-589 p.
52. Güler, Ö.T., 2007, Stres inkontinans veya urge inkontinans nedeni ile ürodinamik inceleme yapılan hastaların şikayetleri ve ürodinamik tanıları arasındaki ilişki, *Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
53. Günalp, S., Özyüncü, Ö., Salman, C., Ürojinekoloji, 2008, Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, S.L., Yaralı, H., Yüce, K. (Edt.), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Tıp Kitapevleri, 2.Baskı, Ankara, 907-926 s
54. Güner, H., Yazıcı, G., Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi, 2000, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 1-10 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

55. Güner, H., Yazıcı, G., Kadın genital sistemi ve pelvik taban cerrahi anatomisi, 2008, Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güner H. (Edt), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 3-12 s.
56. Güner, H., Güler, İ., Üriner inkontinans epidemiyolojisi ve sosyal impakt, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 37-42 s.
57. Güneş, G., Güneş, A. ve Pehlivan, E., 2000, Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7, 1, 54-57 s.
58. Güngör, M., Çetinkaya, E., Stres üriner inkontinans, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 267- 274 s.
59. Hagglund, D., Walker-Engström, M.L., Larsson, G. at Leppert, J., 2001, Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence, Acta Obstet Gynecol Scandinavica, 80, 1051-1055 p.
60. Hakverdi, U.A., Miks üriner inkontinans, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 275-282 s.
61. Hendrix, S.L., Cochrane, B.B., Nygaard, I.E. at, 2005, Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence, JAMA, 293, 8, 935-948 p.
62. Higa, R., Lopes, M.H.B.M. at Turato, E.R., 2008, Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: A review, Latino-am Enfermagem, 16, 4, 779-786 p.
63. Huang, W.C., Yang, S.H., Yang, S.Y., Yang, E. at Yang, J.M., 2010, The correlations of incontinence-related quality of life measures with symptom severity and pathophysiology in women with primary stress urinary incontinence, World J Urol, 28, 619-623 p.
64. Innerkofler, P.C., Guenther, V., Rehder, P., Kopp M.,Nguyen-Van-Tam D.P., Giesinger J.M. at Holzner B., 2008, Improvement of quality of life, anxiety and depression after surgery in patients with stress urinary incontinence: Results of a longitudinal short-term follow-up, Health and Quality of Life Outcomes, 6, 72, 1-11 p.
65. İtil, İ.M., Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar, 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 29-36 s.
66. Jokhio, A.H., Rizvi, R.M., Rizvi, J. at MacArthur, C., 2013, Urinary incontinence in women in rural Pakistan: prevalence, severity, associated factors and impact on life, BJOG, 120, 180–186 p.
67. Karan, A., Üriner inkontinansda konservatif tedavi rehabilitasyon programları, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 305-315 s.
68. Karateke, A., Üriner inkontinanslı hastada spesifik ürojinekolojik testler, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 177-179 s.
69. Kemahlı, E., 2008, İnkontinanslı kadın hastalarda hasta hikayesi, klinik muayene bulguları ve ürodinami bulgularının karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği.
70. Kelleher, C.J., Cardozo, L.D., Khullar V. at Salvatore S., 1997, A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women, British Jobstet and Gynecol, 104,1374-1379 p.
71. Kocak, I., Okyay, P., Dündar, M., Erol, H. at Beser, E., 2005, Female urinary incontinence in the West of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life, European Urology, 48, 634–641 p.
72. Koçak, T., Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde yapılan spesifik tanı testleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 85-90 s.
73. Konstantinidou, E., Apostolidis, A., Kondelidis, N. et all, 2007, Short-Term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stres urinary incontinence: A randomized pilot study, Neurourology and Urodynamics 26, 486–491 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

74. Lam, G.W, Folspang, A., Elving, I.B. at Mommsen, S, 1992, Social context, social abstention and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence, Danish Medical Bulletin, 39, 6, 565-570 p.
75. Lasserre, A., Pelat, C., Guérault, V., at all., 2009, Urinary incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life, Eur Urol, 56, 177-183 p.
76. Mehdiyev M., 2007, Stres üriner inkontinans olgularının cerrahi tedavisinde Transvajinal Tape (TVT) ve Transobturator Tape (TOT) uygulamalarının etkinliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
77. Melville, J.L., Walker, E., Katon, W., Lentz, G., Miller, J. at Fenner, D., 2002, Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence, Am J Obstet Gynecol, 187, 80-87 p.
78. Menefee, A.S., Wall, L.L., İnkontinans, prolapsus ve pelvik taban hastalıkları, 2004, Ereğ, A. (Edt.), Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, 13.Baskı, İstanbul, 645- 710 s.
79. Minassian, V.A., Drutz, H.P. at Al-Badr A., 2003, Urinary incontinence as a worldwide problem, Int Jgynecol Obstet, 82, 327-338 p.
80. Mutlu, S., 2005, Üriner inkontinanslı hastalarda anamnez ile ürodinami bulgularının karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.
81. Onan, A., Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 103-118 s.
82. Özdemir, E., 2009, Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
83. Özerdoğan, N.Ö, 2003, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
84. Özgür, K.G., Ürogenital sistemin embriyolojisi, 1998, Anafarta, K., Göğüş, O., Arıkan, N, Bedük (Edt.), Temel Üroloji, Güneş Kitabevi, Ankara, 29-36 s.
85. Özyurt, C., Şimşir, A., Miksiyon nörofizyolojisi ve kontinans mekanizması, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 21- 26 s.
86. Patrick, D.L., Martin, M.L., Bushnell, D.M., Yalçın, I., Wagner, T.H. at Buesching, D.P., 1999, Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL), Urology, 53, 71-76 p.
87. Richter, K., Anatomi, 1999, Aydınlı, K. (Çev.Edt.), Pelvis tabanının jinekolojik cerrahisi, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2-80 s.
88. Rizk, D.E.E., 1999, The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women, Int Urogynecol J,10, 160-165 p.
89. Rodoplu, H., Aşırı Aktif Mesane, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 253-266 s.
90. Sange, C., Thomas, L., Lyons, C. at Hill, S., 2008, Urinary incontinence in Muslim women, Nursing Times, 104, 25, 49-52 p.
91. Sarı, D., 2007, Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
92. Simeonova, Z., Milsom, I., Kullendorf, A.M., Molander, U. at Bengtsson, C., 1999, The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an Urban Swedish Population, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 78, 546-551 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

93. Simpson, L., 2000, Stress incontinence in younger women: Prevention and treatment, *Nursing Standart*, 14, 36, 49-61 p.
94. Singh, U., Agarwal, P., Verma, M.L., Dalela, D., Singh, N. at Shankhwar, P., 2013, Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey, *Indian Journal of Urology*, 29, 1, 31-36 p.
95. Sivashioğlu, A.A., Pelvik Organ Prolapsusu'nda cerrahi olmayan tedavi: Pesserler, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 141-147 s.
96. Sjöström, M., Umefjord, G., Stenlund, H., Carlbring, P., Andersson, G. at Samuelsson, E., 2013, Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training, *BJU International*, 1-11 p.
97. Soyupak, B. ve İzol, V., Üriner inkontinansda farmakolojik tedavi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 295-303 s.
98. Şen, İ., Kıraç, M. ve Onaran, M., Alt üriner sistemin ve miksiyonun nörofizyolojisi, 2008, *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 21-23 s.
99. Şentepe, A., 2013, Din ve maneviyatın ruh ve beden sağlığı üzerine etkileri, II. Uluslar arası Katılımlı Kadın ve Sağlık Kongresi Sakarya, Kongre Kitabı, 21 s.
100. Turan, C., Zorlu, C., Ekin, M., Hancerlioğulları, N. at Saraçoğlu, F., 1996, Urinary incontinence in women of reproductive age, *Gynecol and Obstet Invest*, 41, 132-134 p.
101. Uncu, G., Özdiş, M., Alt üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri, 2009, Yalçın, Ö.(Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 41-47 s.
102. Van Den Muijsenbergh, M.E. at Lagro-Janssen, T.A., 2006, Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment, *British Journal of General Practice*, 56, 945-949 p.
103. Van Geelen, J.M. at Hunskaar, S., 2005, The epidemiology of female urinary incontinence, *Eur Clinics Obstet Gynaecol*, 1, 3-11 p.
104. Velázquez, M.M., Bustos, L.H.H., Rojas, P.G., Oviedo, O.G., Neri, R.E. at Sánchez, C.C., 2007, Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study, *Ginecol Obstet Mex*, 75, 6, 347-356 p.
105. Wall, L.L., Üriner stres inkontinans, 2006, Tavmergen, E. (Çev.), *The Linde's Operative Gynecology*, İzmir Güven Kitabevi, 947-981 s.
106. Wilkinson, K., 2001, Pakistani women's perceptions and experiences of incontinence, *Nurs Stand*, 16, 5, 33-39 p.
107. Wyman, J.F., Fantl, J.A., McClish, D.K., Harkins, S.W., Uebersax, J.S. at Ory, M.G., 1997, Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence, *Int Urogynecol J*, 8, 223-229 p.
108. Yağmur, Y. at Ulukoca, N., 2010, Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108, 224-227 p.
109. Yalçın, Ö., Üriner inkontinanslılara genel bakış, 2000, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 19-28 s.
110. Yalçın, Ö., Pelvik taban bozukluklarının fizyopatolojisi, 2000, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 11-18 s.
111. Yalçın, Ö., Pelvis tabanı anatomisi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 7-19 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

112. Yalçın, Ö., Beji, N.K., Eskiurt, N. ve ark., 2002, Pelvik taban kas egzersizlerine biofeedback tedavisinin katkısı, 2. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstrakt Kitabı, 17-19 Nisan 2002 Askeri Müze Kültür Sitesi Harbiye-İstanbul, 47 s.
113. Yalçın, Ö.T, Özalp, S., Yıldırım, A. ve Şener, T., 1997, Kadınlarda üriner inkontinans, Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni, 1,6, 118-127 s.
114. Yalçın, Ö.T., Fizik muayene, ameliyat öncesi değerlendirme (ürojinekolojik değerlendirme), 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 37-60 s.
115. Yalçın, Ö. T., Üriner inkontinans-Genel değerlendirme, öykü ve muayene, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 163-175 s.
116. Yalçın, Ö. T., Ürojinekolojik cerrahi tedavilere genel bakış ve ameliyat seçimi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 143-158 s.
117. Yazıcı, G., Kadın genital sistemi ve pelvik taban cerrahi anatomisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 3-12 s.
118. Yıldırım, M., Temel Anatomi, 1997, Nobel Tıp Kitabevleri, 293-345 s.
119. Yokoyama, T., Fujita, O., Nishiguchi, J. at all., 2004, Extracorporeal magnetic innervation treatment for urinary incontinence, International Journal of Urology, 11, 602-606 p.

EK 1:

ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ, TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI DÖNEMDE OBJEKTİF VE SUBJEKTİF PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Değerli katılımcı;

Bu çalışmanın amacı; üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve dini yaşama etkisinin belirlenmesi, tedavi öncesi ve sonrası dönemdeki hastalığa özgü belirti ve bulguların karşılaştırılmasıdır. Üİ neredeyse tüm yaştaki kadınlar arasında görülebilen en yaygın sağlık problemlerinden birisidir. Bu sorun kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, üriner inkontinansa özgü problemlerin belirlenmesinde, bu problemlerin yaşam kalitesi ve dini yaşamı ne oranda etkilediğinin değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır. Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacılar tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Şebnem KURUL
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Eskişehir OGÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Bilim Dalı

**ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ, TEDAVİ ÖNCESİ-
SONRASI DÖNEMDE OBJEKTİF VE SUBJEKTİF PARAMETRELERİN
KARŞILAŞTIRILMASI HASTA TANILAMA FORMU**

A-DEMOGRAFİK BİLGİLER:

0.Dosya numarası :.....

1.Yaşı :.....

2.Çalışma Durumu: 1. Çalışıyor 3. Part time çalışıyor
2. Çalışmıyor

3.Medeni durum : 1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış

4.Öğrenim düzeyi : 1. Okur-Yazar Değil 3. İlkokul 5. Lise
2. Okur-Yazar 4.Ortaokul 6. Üniversite Ve Üzeri

5.Sağlık güvencesi : 1. SSK 3. Yeşil kart 5. Özel sigorta
2. Bağ-kur 4. Emekli Sandığı 6. Yok

6.Aile tipi : 1.Geniş 2. Çekirdek 3. Yalnız

7. İkamet edilen yer: 1.İl merkezi 2. İlçe/Kasaba 3.Köy

8.Gelir-gider durumunun algılanış biçimi: 1. Kötü 2. Orta 3. İyi

***Alışkanlıklar:**

9. Sigara içme alışkanlığı: 1. Hiç içmemiş 4. Günde 5- 10 Adet
2. Bırakmış 5. Günde 11- 20 Adet
3. Günde 5 Adetten Az 6. Günde 20 Adetten Fazla

10. Alkol alımı : 1.Hayır 2. Evet

11. Kafeinli içecek alımı : 1.Hayır 2.Evet :.....bardak/günde
(çay-kahve-kola)

12. Mensup olunan Din/Etnik köken/Mezhep durumu:.....

13. Namaz kılma durumu: 1. Hayır 4. Düzenli olarak
2. Bayramlarda 5. Diğer.....
3. Düzensiz/Vakit bulduğumda

Aile Hikayesi:*14. Ailenizde mevcut olan sistemik hastalıkları belirtiniz?**

- | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------------|
| 1. Kalp hast. | 8. Felç | 15. İnkontinans |
| 2. Hipertansiyon | 9. Astım | 16. Prolapsus |
| 3. Tromboembolizm | 10. Parkinson | 17. Over CA |
| 4. KOAH | 11. Nörolojik Hast | 18. Endometrium CA |
| 5. Diyabet | 12. Psikiyatrik bozukluk | 19. Meme CA |
| 6. Obezite | 13. Kronik ağrı | 20. Multiple skleroz |
| 7. Böbrek yetmezliği | 14. Spinal yaralanma | 21. Diğer CA' lar..... |

***Tıbbi Özgeçmiş:**

Boy: _____ **Kilo:** _____ **BKİ:** _____ **Ödem:**.....

15. Kronik bir hastalığınız var mı?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Diyabet | 6. Nörolojik hastalık | 11. Multiple Skleroz |
| 2. Hipertansiyon | 7. Psikiyatrik bozukluk | 12. Spinal kord yaralanması |
| 3. Kardio-vasküler hastalık | 8. KOAH | 13. Kronik ağrı send. |
| 4. Trombo-embolizm | 9. Felç geçirme | 14. Doku hastalığı |
| 5. Kronik böbrek yetmezliği | 10. Parkinson | 15. Ampütasyon |

16. Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu?

1. Hayır 2. Evet ise ameliyatınızın ismi:.....

17. Daha önce ürojinekolojik bir ameliyat geçirdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

18. Cevabınız evet ise ameliyatınızın ismi?

- | | | | |
|----------|--------------|----------------|-----------------|
| 1. TVT | 4. PROLAPSUS | 7. H/S | 10. REKTOSEL C. |
| 2. TOT | 5. TAH | 8. L/T | 11. ÜRETROSEL C |
| 3. SLING | 6. TAH+BSO | 9. SİSTOSEL C. | |

19. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

1. Hayır 2. Evet ise ilacınızın ismi.....

20. Menopoza girdiyse kaç yıldır menopozdasınız ?

1. Hayır 2. Evet/ süresi.....

21. HRT=hormon replasman tedavisi alıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet/ süresi.....

B- OBSTETRİK ÖYKÜ:

22. Kaç kez hamile kaldınız?.....

23. Düşük yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez? 1. Evetkez 2 .Hayır

24. Kürtaj oldunuz mu? Cevabınız evet ise kaç kez? 1. Evetkez 2 .Hayır

25. Doğum yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez? 1. Evetkez 2 .Hayır

26. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

27. Doğum yapma biçiminiz? 1. Vaginal 2. Sezaryen 3. Her ikisi

**28. Doğumlarınızı nerede yaptınız? 1. Hastanede 3. Evde Ebe ile
2. Evde tek başına 4. Hastanede ve evde**

29. Doğumlarınız sırasında doğumu kolaylaştırmak için kesi-dikiş uygulandı mı?

1. Hayır 2. Evet

30. Doğumlarınızda bebeğin kolay çıkması için bir alet (vakum-forseps) uygulandı mı?

1. Hayır 2. Evet

31. Çoğul gebelik ve doğumunuz oldu mu? 1. Hayır 2. İkiz 3. Üçüz 4. Dördüz

32. 4 kilo ve üzerinde bebeğiniz oldu mu?

1. Hayır 2. Evet sezaryenle 3. Evet normal

33. Gebe ve Loğusalık döneminde idrar kaçırma probleminiz oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

C- İNKONTİNANS ÖYKÜSÜ:

34. İdrar kaçırma probleminiz kaç yıldır var?.....

35. İdrar kaçırma durumunuz başlangıcından bu yana sürekli miydi?

1. Hayır 2. Evet

36. İdrar kaçırma probleminizden ne kadar zaman sonra tedavi için başvurduunuz?.....

37. İdrar kaçırma probleminin başlamasında hangi durum etkili oldu?

1. Doğum sonrası 3. İlaç kullanımı 5. Ameliyat 7. Tıbbi hastalık
2. Hamilelik 4. Kaza 6. Menopoz 8. Diğer.....

38. İstem dışı idrar kaçırmanız hangi aktiviteler sırasında oluşuyor?

1. Fiziksel aktivite, yürüme, egzersiz gülme, öksürme, hapşırma sırasında
2. Ani idrar yapma hissiyle sıkışıp tuvalete yetişemeden
3. Her iki durumda birden
4. Diğer

39. İdrar kaçırma sıklığınız nedir?

1. Ayda bir ya da birden daha az
2. Ayda iki, üç kez
3. Haftada 1 kez
4. Haftada 1 den fazla
5. Günde 1 kez
6. Günde 1 den fazla

40. Aşağıdaki durumlarda idrar kaçırma tipinize göre, kaçırma şekliniz nedir?

| İdrar kaçırma | Tipi | Damlama | Sızıntı | Tamamen boşaltma |
|--|------|---------|---------|------------------|
| Fiziksel aktivite, yürüme, egzersiz gülme, öksürme, hapşırma sırasında | | | | |
| Ani idrar yapma hissiyle sıkışıp tuvalete yetişemeden | | | | |
| Her iki durumda birden | | | | |
| Diğer | | | | |

41. Aşağıdaki durumlarda idrar kaçırma tipine göre, kaçırma miktarınız nedir?

| İdrar kaçırma | Miktar | Birkaç damla | İç çamaşırı nemlendirecek şekilde | Kıyafeti ıslatacak kadar | Yeri ıslatacak kadar |
|--|--------|--------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Fiziksel aktivite, yürüme, egzersiz gülme, öksürme, hapşırma sırasında | | | | | |
| Ani idrar yapma hissiyle sıkışıp tuvalete yetişemeden | | | | | |
| Her iki durumda birden | | | | | |
| Diğer | | | | | |

42. İstemsiz/ farkında olmadan idrar kaçırdığınız sürede idrar kaçırmanızı durdurabiliyor musunuz?

1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiç durduramıyorum

43. İdrar kaçırma sorununuz için ne sıklıkta ped/bez kullanırsınız?

1. Hiç Kullanmıyorum
2. Haftada.....adet
3. Günde.....adet

44. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıyorsunuz musunuz? 1. Hayır 2 Evet

45. Sık üriner sistem enfeksiyonu geçiriyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet
Son 1 Yılda Kaç Kez.....

46. İdrar kaçırma probleminize eşlik eden durumlar hangileridir?

1. Gece idrara çıkma
2. Sık idrara çıkma
3. Ağrılı idrar yapma
4. Ani sıkışma hissi
5. İdrar yapma süresinin uzaması
6. İdrarın tam boşaltılamadığı hissi

47. Bugüne kadar herhangi bir tedavi yönteminden yararlandınız mı?

1. Hayır
2. İlaç tedavisi
3. Ameliyat
4. Konservatif Tedavi yöntemlerinden (mesane eğitimi, FES v.b)
5. Diğer.....

48. İdrar kaçırma sizin yaşamınızı nasıl etkiliyor?

1. Hiç etkilemiyor
2. Orta ölçüde etkiliyor
3. Önemli ölçüde etkiliyor
4. Günlük aktivitelerimi kısıtlayacak şekilde etkiliyor
5. Bu sorunla başa çıkamıyorum
6. Kendimi çaresiz hissediyorum

49. İdrar kaçırma durumunuz dini ibadetlerinizi yerine getirme de bir kısıtlılık yaratıyor mu?

1. Hayır
2. Abdestimi uzun süre tutamıyorum
3. Namaz kılamıyorum
4. Camiye gidip dua edemiyorum
5. Camiye hiç gidemiyorum
6. Kuran okuyamıyorum
7. Diğer

50. İdrar kaçırma dini yaşamınızı/vazifelerinizi yerine getirmekte ne ölçüde olumsuz etkiliyor?

1. Hiç
2. Az ölçüde
3. Orta ölçüde
4. Çok fazla
5. Ciddi boyutta

51. İbadetlerinizi yerine getirebilmek için İdrar kaçırma probleminizle baş edebilmek için neler yapıyorsunuz?

1. Sık abdest alıyorum
2. Yanımda sürekli temiz çamaşır bulunduruyorum
3. Sürekli oturarak namaz kılıyorum
4. İbadet yapmak için cami v.b yerlere gitmiyorum
5. Duadan önce sıvı alımımı kısıtlıyorum
6. Duadan önce tuvalete gidiyorum

D- ÜRİNER İNKONTİNANS FİZİKSEL MUAYENE VE LABORATUAR SONUÇLARI:

TEDAVİ ÖNCESİ (İLK GELİŞ):

- ❖ Fiziksel Muayene ve Laboratuar Bulguları:
- ❖ Ürodinami Sonuçları:
- ❖ Ped Test:

TEDAVİ SONRASI (2.-6.ay):

- ❖ Laboratuar Bulguları:
- ❖ Ürodinami Sonuçları:
- ❖ Ped Test:

TEDAVİ SONRASI (>6.AY):

- ❖ Laboratuar Bulguları:
- ❖ Ürodinami Sonuçları:
- ❖ Ped Test:

EK 2:

ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

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

20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.

1= Çok Fazla 2= Oldukça 3= Orta Düzeyde 4= Biraz 5=Hiç

21. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.

1= Çok Fazla 2= Oldukça 3= Orta Düzeyde 4= Biraz 5=Hiç

22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.

1= Çok Fazla 2= Oldukça 3= Orta Düzeyde 4= Biraz 5=Hiç

Alt Alan Ölçekleri

I-OOL Maddeleri

- Davranışların Sınırlanması: **1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 ve 20** (toplam 8 madde)
- Psikososyal Etkilenme: **5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 ve 22** (toplam 9 madde)
- Sosyal İzolasyon: **8, 12, 14, 18 ve 19** (toplam 5 madde)

EK 3:

ICS (INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY) TARAFINDAN STANDARDİZE EDİLMİŞ 1 SAATLİK PED TEST UYGULAMASI

- Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.
- Önceden tartılan bir ped hastaya verilir.
- 15 dakika içinde 500 ml su hastaya içirilir.
- Su içirildikten sonraki 30 dakikada hastaya;
 - Yürüme, merdiven çıkma
 - 10 defa oturup kalkma
 - 10 defa öksürme
 - 5 defa eğilme
 - 1 dakika yerinde koşma
 - 1 dakika el yıkama aktiviteleri yaptırılır.
- 60. dakikada ped alınarak, tekrar tartılır. Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır.

Pedin ağırlık kazanmasına göre sınıflandırma:

- 2 gr' dan az: Kesin olarak kuru
- 2-10 gr: Hafif, orta kaçırma
- 10-50 gr: Şiddetli kaçırma
- 50 gr'dan fazla: Çok şiddetli kaçırma olarak sınıflandırılır.

EK 4:

ÜRİNER GÜNLÜK

Açıklamalar: İdrar probleminizin gerçek nedenini ve ağırlığını belirleyebilmek ve size en uygun tedaviyi seçmek için lütfen aşağıdaki formu dikkatli olarak doldurunuz.

Formu doldurmak için, sabah uyandığınız andan itibaren ertesi sabaha kadar 24 saat boyunca;

1-Tuvalete yaptığınız idrar miktarını ve ne zaman yaptığınızı,

2-İdrar kaçırma şikâyetiniz;

- Birkaç damla ise, 1 olarak
- Petinizi ıslattıysa fakat dış giysinize çıkmamış ise, 2 olarak
- Dış giysinize geçtiyse, 3 olarak
- Zemine damladıysa, 4 olarak belirtiniz.

3-Bez ya da iç çamaşırlarını değiştirmeniz gerekiyorsa; ne zaman değiştirdiğinizi,

4-Bütün bu şikâyetleriniz sırasında ne işle meşgul olduğunuzu,

5-Aldığınız sıvı miktarını ve ne zaman aldığınızı formda belirtilen saatlerin karşısına yazınız.

24 Saatlik Üriner Günlük Formu

| Zaman (Saat) | Alınan Sıvının Cinsi ve Miktarı | Tuvalete Yapılan İdrar Miktarı | İdrar Kaçırma | Bez ya da Kıyafet Değiştirme | O Anda Ne İş Yapıldığı |
|--------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------|
| 06.00-07.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 07.00-08.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 08.00-09.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 09.00-10.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 10.00-11.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 11.00-12.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 12.00-13.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 13.00-14.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 14.00-15.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 15.00-16.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 16.00-17.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 17.00-18.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 18.00-19.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 19.00-20.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 20.00-21.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 21.00-22.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 22.00-23.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 23.00-24.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 24.00-01.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 01.00-02.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 02.00-03.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 03.00-04.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 04.00-05.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |
| 05.00-06.00 | | | 1 2 3 4 | ..... |  |

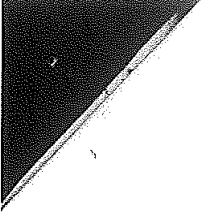
EK 5: BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ)

| Yetişkinler İçin Boy Uzunluğu ve Ağırlığa Göre Beden Kitle İndeksi (BMI) | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|---------------------|--------|------|------|------|------|-------------|
| Boy (cm) | BMI | | | | | | Yaşam Ağırlığı (kg) | Şişman | | | | | Boy (cm) |
| | 16,0 | 17,0 | 18,5 | 20,0 | 22,0 | 25,0 | | 30,0 | 40,0 | 50,0 | 60,0 | 70,0 | |
| 141 | 31,4 | 33,3 | 36,2 | 39,2 | 43,1 | 49,0 | 58,8 | 78,4 | 140 | | | | |
| 142 | 31,8 | 33,8 | 36,8 | 39,8 | 43,7 | 49,7 | 59,6 | 79,5 | 141 | | | | |
| 143 | 32,3 | 34,3 | 37,3 | 40,3 | 44,4 | 50,4 | 60,5 | 80,7 | 142 | | | | |
| 144 | 32,7 | 34,8 | 37,8 | 40,9 | 45,0 | 51,1 | 61,3 | 81,8 | 143 | | | | |
| 145 | 33,2 | 35,3 | 38,4 | 41,5 | 45,6 | 51,8 | 62,2 | 82,9 | 144 | | | | |
| 146 | 33,6 | 35,7 | 38,9 | 42,1 | 46,3 | 52,6 | 63,1 | 84,1 | 145 | | | | |
| 147 | 34,1 | 36,2 | 39,4 | 42,6 | 46,9 | 53,3 | 63,9 | 85,3 | 146 | | | | |
| 148 | 34,6 | 36,7 | 40,0 | 43,2 | 47,5 | 54,0 | 64,8 | 86,4 | 147 | | | | |
| 149 | 35,0 | 37,2 | 40,5 | 43,8 | 48,2 | 54,8 | 65,7 | 87,6 | 148 | | | | |
| 150 | 35,5 | 37,7 | 41,1 | 44,4 | 48,8 | 55,5 | 66,6 | 88,8 | 149 | | | | |
| 151 | 36,0 | 38,2 | 41,6 | 45,0 | 49,5 | 56,3 | 67,5 | 90,0 | 150 | | | | |
| 152 | 36,5 | 38,8 | 42,2 | 45,6 | 50,2 | 57,0 | 68,4 | 91,2 | 151 | | | | |
| 153 | 37,0 | 39,3 | 42,7 | 46,2 | 50,8 | 57,8 | 69,3 | 92,1 | 152 | | | | |
| 154 | 37,5 | 39,8 | 43,3 | 46,8 | 51,5 | 58,5 | 70,2 | 93,6 | 153 | | | | |
| 155 | 37,9 | 40,3 | 43,9 | 47,4 | 52,2 | 59,3 | 71,1 | 94,9 | 154 | | | | |
| 156 | 38,4 | 40,8 | 44,4 | 48,1 | 52,9 | 60,1 | 72,1 | 96,1 | 155 | | | | |
| 157 | 38,9 | 41,4 | 45,0 | 48,7 | 53,5 | 60,8 | 73,0 | 97,3 | 156 | | | | |
| 158 | 39,4 | 41,9 | 45,6 | 49,3 | 54,2 | 61,6 | 73,9 | 98,6 | 157 | | | | |
| 159 | 39,9 | 42,4 | 46,2 | 49,9 | 4,9 | 62,4 | 74,9 | 99,9 | 158 | | | | |
| 160 | 40,4 | 43,0 | 46,8 | 50,6 | 55,6 | 63,2 | 75,8 | 101,1 | 159 | | | | |
| 161 | 41,0 | 43,5 | 47,4 | 51,2 | 56,3 | 64,0 | 76,8 | 102,4 | 160 | | | | |
| 162 | 41,5 | 44,1 | 48,0 | 51,8 | 57,0 | 64,8 | 77,8 | 103,7 | 161 | | | | |
| 163 | 42,0 | 44,6 | 48,5 | 52,5 | 57,7 | 65,6 | 78,7 | 105,0 | 162 | | | | |
| 164 | 42,5 | 45,2 | 49,2 | 53,1 | 58,5 | 66,4 | 79,7 | 106,3 | 163 | | | | |
| 165 | 43,0 | 45,7 | 49,8 | 53,8 | 59,2 | 67,2 | 80,7 | 107,6 | 164 | | | | |
| 166 | 43,6 | 46,3 | 50,4 | 54,5 | 59,9 | 68,1 | 81,7 | 108,9 | 165 | | | | |
| 167 | 44,1 | 46,8 | 51,0 | 55,1 | 60,6 | 68,9 | 82,7 | 110,2 | 166 | | | | |
| 168 | 44,6 | 47,4 | 51,6 | 55,8 | 61,4 | 69,7 | 83,7 | 111,6 | 167 | | | | |
| 169 | 45,2 | 48,0 | 52,2 | 56,4 | 62,1 | 70,6 | 84,7 | 112,9 | 168 | | | | |
| 170 | 45,7 | 48,6 | 52,8 | 57,1 | 62,8 | 71,4 | 85,7 | 114,2 | 169 | | | | |

| BMI | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|---------------------|--------|------|------|------|------|-------------|
| Boy (cm) | BMI | | | | | | Yaşam Ağırlığı (kg) | Şişman | | | | | Boy (cm) |
| | 16,0 | 17,0 | 18,5 | 20,0 | 22,0 | 25,0 | | 30,0 | 40,0 | 50,0 | 60,0 | 70,0 | |
| 170 | 46,2 | 49,1 | 53,5 | 57,8 | 63,6 | 72,3 | 86,7 | 115,6 | 170 | | | | |
| 171 | 46,8 | 49,7 | 54,1 | 58,5 | 64,3 | 73,1 | 87,8 | 117,0 | 171 | | | | |
| 172 | 47,3 | 50,3 | 54,7 | 59,2 | 65,1 | 74,0 | 88,8 | 118,3 | 172 | | | | |
| 173 | 47,9 | 50,9 | 55,4 | 59,9 | 65,8 | 74,8 | 89,8 | 119,7 | 173 | | | | |
| 174 | 48,4 | 51,5 | 56,0 | 60,6 | 66,6 | 75,7 | 90,8 | 121,1 | 174 | | | | |
| 175 | 49,0 | 52,1 | 56,7 | 61,3 | 67,4 | 76,6 | 91,9 | 122,5 | 175 | | | | |
| 176 | 49,6 | 52,7 | 57,3 | 62,0 | 68,1 | 77,4 | 92,9 | 123,9 | 176 | | | | |
| 177 | 50,1 | 53,3 | 58,0 | 62,7 | 68,9 | 78,3 | 94,0 | 125,3 | 177 | | | | |
| 178 | 50,7 | 53,9 | 58,6 | 63,4 | 69,7 | 79,2 | 95,0 | 126,7 | 178 | | | | |
| 179 | 51,3 | 54,5 | 59,3 | 64,1 | 70,5 | 80,1 | 96,1 | 128,2 | 179 | | | | |
| 180 | 51,9 | 55,1 | 59,9 | 64,8 | 71,3 | 81,0 | 97,2 | 129,6 | 180 | | | | |
| 181 | 52,4 | 55,7 | 60,6 | 65,5 | 72,1 | 81,9 | 98,3 | 131,0 | 181 | | | | |
| 182 | 53,0 | 56,3 | 61,3 | 66,2 | 72,9 | 82,8 | 99,4 | 132,5 | 182 | | | | |
| 183 | 53,6 | 57,0 | 62,0 | 67,0 | 73,7 | 83,7 | 100,5 | 134,0 | 183 | | | | |
| 184 | 54,2 | 57,6 | 62,6 | 67,7 | 74,5 | 84,6 | 101,6 | 135,4 | 184 | | | | |
| 185 | 54,8 | 58,2 | 63,3 | 68,5 | 75,3 | 85,6 | 102,7 | 136,9 | 185 | | | | |
| 186 | 55,3 | 58,8 | 64,0 | 69,2 | 76,1 | 86,5 | 103,8 | 138,4 | 186 | | | | |
| 187 | 56,0 | 59,5 | 64,7 | 69,9 | 76,9 | 87,4 | 104,9 | 139,9 | 187 | | | | |
| 188 | 56,6 | 60,1 | 65,4 | 70,7 | 77,8 | 88,4 | 106,0 | 141,4 | 188 | | | | |
| 189 | 57,1 | 60,7 | 66,1 | 71,4 | 78,6 | 89,3 | 107,1 | 142,9 | 189 | | | | |
| 190 | 57,8 | 61,4 | 66,8 | 72,2 | 79,4 | 90,3 | 108,3 | 144,4 | 190 | | | | |

BMI < 16,00 3. Derece Zayıflık
 BMI 16,0 - 16,99 2. Derece Zayıflık
 BMI 17,0 - 18,49 1. Derece Zayıflık
 BMI 18,5 - 24,99 Normal
 BMI 25,0 - 29,99 1. Derece Şişmanlık
 BMI 30,0 - 39,99 2. Derece Şişmanlık
 BMI ≥ 4,00 3. Derece Şişmanlık

EK 6:



T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Sayı . Kad.Doğ.Başk/ 443

Konu:


02.06.2010

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA;

İlgi: 17.05.2010 tarih ve 1096 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda istenilen Şebnem KURUL'un "Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif ve Sbjektif Parametrelerin Karşılaştırılması" adlı tez çalışması 02.06.2010 tarihinde yapılan Akademik Kurulda görüşüldü ve Anabilim Dalımız Poliklinik ve Ürodinomi Labaratuvarında çalışma yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Doç.Dr.H.Mete TANIR
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

Ek:1- 02.06.2010 tarihli Akademik Kurul Kararı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

SAYI : Cer.Tıp Bil.Böl.Başk./ 1195
KONU:

03.06.2010

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İLGİ: 14.05.2010 gün ve 3091-4682 sayılı yazınız.
İlgide kayıtlı yazınız gereği Bölümümüze bağlı Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalından alınan 02/06/2010 gün ve 443 sayılı Şebnem KURUL'un Poliklinik ve Ürodinami Laboratuvarında çalışma yapması hakkındaki yazı ve Akademik Anabilim Kurul Kararı ilişikte gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Ekler: 1- 1 adet yazı
2- Akademik Anabilim Kurul Kararı

Prof.Dr.Cengiz ÇETİN
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

EK 7:



**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)**

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Sayı: 2010/262

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Konu:

**Klinisyen Doktor (Başkan
Yardımcısı)**
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

05 EKİM 2010

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABELİK

Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demeg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap IŞIKSOY

Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raporör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER

Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma
Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690
Faks: +222. 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

| | |
|-------------------------------------|---|
| 23 EYLÜL 2010 32) KONU BAŞLIK | (PR-10-07-30-06): “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması” |
| 23 EYLÜL 2010 GÖRÜŞ: 32 | Üroloji Anabilim Dalı’nın 16.09.2010 tarih ve 169 sayılı görüşü I-QOL (İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği)’na ilave olarak UDI-6 (Ürogenital distress inventory), IIQ-7 (İnkontinans impact questionnaire) yaşam kalitesi ölçeklerinin daha uygun olabileceği görüşündeyiz. |
| 23 EYLÜL 2010 KARAR: 32 | KARAR: Gelen görüşün iletilmesi uygun bulunmuştur. |

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

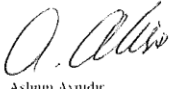
Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. IŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Dentoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı


Aşım Ayındır
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

16



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

16.9.2010

SAYI : 169
KONU:

ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 178 sayılı 3.9.2010 tarihli yazınız.

I-QOL (İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği)'na ilave olarak UDI-6 (Ürogenital distress inventory), IIQ-7 (İnkontinans impact Questionnaire) yaşam kalitesi ölçeklerinin daha uygun olabileceği görüşünderiz.
Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Metin Kale
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı

EK 7:



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan)
Yardımcısı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demetg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raporör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma
Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

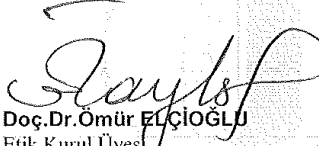
Sayı: 2010/ 178
Konu:

03 EYLÜL 2010

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması" başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Etik Kurul Üyesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690
Faks: +222. 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik
Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

| | |
|--------------------------------------|--|
| 13 AĞUSTOS 2010 6) KONU BAŞLIK | (PR-10-07-30-06): “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması” |
| 13 AĞUSTOS 2010 GÖRÜŞ: 6 | 30.07.2010 tarihli görüş dikkate alınmıştır. |
| 13 AĞUSTOS 2010 KARAR: 6 | Görüş temelinde çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir. Üroloji Anabilim Dalı'na görüşe gönderilmiştir. |

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı


Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö. ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı


Ashım Aydın
Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Etik Kurul Üyesi



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

Tarih (30/07/2010)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demetg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tel: +90. 222. 239 37 70- 239 29 79 / 4690
E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

GÖRÜŞ

(GİZLİ VE ÖNEMLİ)

BAŞLIK

KONU: PROJE (PR-10-07-30-06): Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı – Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN (Tez Danışmanı), Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - Prof.Dr.Ömer Tarık YALÇIN (II.Danışman), Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği – Şebnem KURUL “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması”

BAŞVURU BİLGİLERİ

NOT: Etik Kurulun Yetkilenesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 23.12.2008 tarih ve 27089 Sayılı Resmî Gazetede ilan edilen Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik hükmünde 2 (2) Maddesinde ilgili Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun görevi dışında kalanları “Gözlemsel çalışmalar, insani amaçlı ilaca erken erişim programları ve ilaç dışı standart tedavi uygulamaları bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır” şeklinde belirtmesine karşın, Yönetmelikte defalarca “her türlü araştırmalar” sözü geçmesi nedeniyle Etik Kurulumuz hukuksal olarak net olmayan konularda görüş etik açıdan görüş ve karar summasının sakıncalı olacağı savı ile herhangi bir dosyanın kendisine sunulmadığı için çalışmalarının olmadığı ortadadır. Bu durumda istendiği durumlarda 2 (2) maddesindeki konularda da işlevin Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca yerine getirildiği bilinmektedir. 11 Mart 2010 tarih ve 27518 Sayılı Resmî Gazetede yayımlanan ve “KLİNİK ARAŞTIRMALAR HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK”ten anlaşıldığı üzere, 2 (2) maddesindeki tanımlama “Girişimsel (invazif) olmayan klinik araştırma” kapsamında yorumlanarak bu konu net olarak tanımlanmıştır. Buna göre “Anket çalışmaları, dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gibi gözlemsel çalışmalar ile kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar, hücre veya doku kültürü çalışmaları, hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar, egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar, antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin müdahalesini gerektirmeden yapılacak tüm araştırmaları” kapsamaktadır.

Bu açıdan 11 Mart 2010 tarihinden itibaren Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu kendisine gelen dosyaları, bu amir hüküm nedeniyle bu çerçevede inceleyecektir.

11 Mart 2010 tarihli Yönetmeliğin 10 (1-c) Maddesinde aynen “Bu Yönetmeliğin kapsamı içinde kalan konuları değerlendirmek amacıyla, başka kurum veya kuruluşlarca Etik Kurul veya Etik Kurul fonksiyonlarını yürütecek bir yapı oluşturulamaz. Ancak ilgili kurum veya kuruluşlar, bu Yönetmeliğin kapsamı dışında

Es OGÜ TFEK: Sürüm 17 Mart 2010
Sayfa: 2-28

kalan konuları değerlendirmek amacıyla, kendi bünyelerinde değerlendirme komisyonları oluşturabilirler” yaklaşımı vardır. Dolayısıyla Etik Kurulumuz “DEĞERLENDİRME KOMİSYONU” olarak, hukuksal açıdan 19 Mart 2010 Tarihindeki toplantıdaki kararımızdan sonra bu kapsamda görev yapmaya başlamıştır.

BAŞVURU ŞEKİLLERİ: Etik Kurula yazışmalar; a) Bireysel Başvurular (Etik Kurul sekreterliğince de doğrudan yapılabilir), b) Resmî yol (Bilim Dalı veya Anabilim Dalı, Bölüm Başkanlığı ile Dekanlığa başvurular) ile yapılabilir.

Başvuru en az 1 adet yazılı METİN olarak ve 1 adet CD’ye Etik Kurul Üyelerine iletilmek üzere metnin kaydı verilmelidir.

NOT: Sosyal Güvenlik Kurumu incelemelerinde çalışmacıların TC Kimlik numaralarına bakıldığı ve dolayısıyla çalışmaclardan kimlik numaralarının ve diploma tescillerinin eklenmesini öngörmektedir.

ÖZGEÇMİŞLER ve TC KİMLİK ile TESCİL NO

Araştırmacıların özgeçmişleri: Konu ile ilgisi, yetkilenmesi, çalışmaya katkıda bulunacak, yapacak ve/veya yürütecek düzeyde etkinliğinin ve servisin/laboratuvar imkanlarının olması, yetkinlik durumları (tecrübesi), konu ve çalışma ile olan ilişkisi belirtilmelidir. Genel yayın listesine gereksinim olmadığı dikkate alınmalıdır. Çalışma kapsamı dışında, kısaca yeterli ve etkin olması dışındaki, diğer kişisel bilgilerin sunulması gerekli değildir.

Yardımcı araştırmacılar ve katkıda bulunanların özgeçmişleri: Çalışmaya katkıda bulunacakların da etkinliğinin ve yetkinliğinin olması gerekir.

PROTOKOL KODU: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, No: (PR-10-07-30-06)

PROJENİN ADI: “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması”

PROJENİN STATÜSÜ: Tez Çalışması

BAŞVURULAR: a) **Kurumsal:** Anabilim/Bilim Dalı __/__/2010, Bölüm Başkanlığı Dalı __/__/2010, Dekanlık: __/__/2010, b) **Bireysel:** Etik Kurul Başkanlığına Müracaatı 30/06/2010, Etik Kurul Üyelerine __/__/2010.

BAŞVURU: 30/06/2010

SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı – Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN

ARAŞTIRMACI, ÜNVANI/ADI: Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - Prof.Dr.Ömer Tarık YALÇIN (II.Danışman), Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği – Şebnem KURUL

DESTEKLEYİCİ FİRMA: Üniversite (Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği)

ARAŞTIRMA İZLEMİ

İNCELENEN DOSYA TANIMLAMASI

BELGE ADI/PROTOKOL: “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması”

DOSYADA BULUNAN BELGELER

BELGE ADI/PROTOKOL: Akademik Amaçlı ve/veya Uzmanlık Tezi Olarak Yapılacak Olan İlaç Dışı Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu

BELGE ADI/PROTOKOL: Araştırma Protokolü

BELGE ADI/PROTOKOL: Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne Sunulan Tez Çalışma Öncrisi

BELGE ADI/PROTOKOL: Hasta Tanılama Formu

BELGE ADI/PROTOKOL: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (I-QOL) 22 Maddesi ve Alt Alan Ölçekleri

BELGE ADI/PROTOKOL: Üriner Günlük

BELGE ADI/PROTOKOL: International Continence Society'in Önerdiği 1 Saatlik Ped Test

BELGE ADI/PROTOKOL: Aydınlatma ve Onam Formu

BELGE ADI/PROTOKOL: Bölümler Arası, Çalışmanın Uygunluğu İle İlgili Yazışmalar

BELGE ADI/PROTOKOL: Özgeçmişler

GÖNDERİLEN BİLİM DALLARI veya Öğretim Üyeleri

BELGE ADI/PROTOKOL (Görüşe Gönderilmiş): Üroloji Anabilim Dalı

ALINAN KARARLAR

BELGE ADI/PROTOKOL: 30 Temmuz 2010: **Çalışma olumludur.**

KONU ve PROJENİN ANALİZİ

Araştırma protokolü; (PR-10-07-30-06): “Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması”

- a) *Araştırmadan beklenen yarar:* Üriner inkontinansın verisel analizi ile yaşam kalitesi ve sosyal etkilerinin irdelendiği bir çalışma niteliğinde olduğu gözlenmektedir.
- b) *Risklerin analizi:* Belirgin bir risk tanımlamasının olmadığı anlaşılmaktadır.

27518 Sayılı Resmî Gazete ile İletilenler:

- c) *Araştırmanın amacı:* Üriner inkontinanslı kadınların sosyotekonomik, demografik, obstetrik, jinekolojik ve inkontinans özelliklerini belirlemek amaçlandığı ifade edilmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi, dinsel ibadetlerini uygulamalarına etkisi, objektif bulgularla subjektif parametrelerin uyumunun irdelenmesinin planlandığı belirtilmektedir.
- d) *Metodolojisi:* Hasta tanımlama formu, fiziksel inceleme, laboratuvar ve ürodinami sonuçları, ped testi, üriner günlük tanı testleri ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği, I-QOL kullanarak elde edileceği belirtilmektedir.
- e) *Beklenen yararları:* Hastaların sorunların irdelenmesi ve destek olunması açısından önemli katkılar sağlayacaktır.
- f) *Öngörülebilir riskleri:* Belirgin risk bulunmadığı anlaşılmaktadır.
- g) *Zorlukları:* Çoklu merkezli olması açısından ve hastaların sorunlarını iletmelerindeki zorluklar yönünden sorunlar olabileceği öngörülmelidir.
- h) *Kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri:* Belirgin bir risk tanımlamadığı anlaşılmaktadır.

- i) *Araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar:* Medikal kayıtlardır.
- j) *Hangi kişisel verilerin işleneceği:* Elde edilen veriler tıbbi amaçlı veriler olup, olgu/hastaların dosyalarına eklenmesi gerekir.
- k) *İşlenme amaçları:* Çalışmanın yayın yapılacağı sanılmaktadır. Bu açıdan devamlı nitelik aşmaktadır.
- l) *Bu verilerin hangi süreyle saklanacağı:* Medikal kayıtların süresiz saklanması uygundur.
- m) *Kimlere açıklanacağı:* Hasta ve müdavi hekimlere sonuçların iletilmesi gerekir. Danışmanlık önemli yer tutmaktadır.
- n) *İlgilinin hakları:* Gönüllülerin tüm hakları ve gizlilik ilkeleri korunmalıdır.

SONUÇ: Çalışma olumludur.

Üroloji Anabilim Dalının katkıları öngörülmelidir.

YETKİ

Araştırmacıların;

- a) *Uygunluğu: (Araştırmacıların özgeçmişleri: Konu ile ilgisi, yetkilenmesi, çalışmaya katkıda bulunacak, yapacak ve/veya yürütecek düzeyde etkinliğinin olması, yetkinlik durumları (tecrübesi), yayınları, konu ve çalışma ile olan ilişkisi belirtilmelidir. Yardımcı araştırmacılar ve katkıda bulunanların özgeçmişleri: Çalışmaya katkıda bulunacak etkinliğinin ve yetkinliğinin olması, kısaca konu ile ilişkisi öz geçmişi, yayınları*
- b) *Araştırma yapılacak yerlerin yeterliliği: Servis veya laboratuvarlar projelendirilen çalışmalara tam uygun olmalıdır. Müdavi hekim (servis sorumlularının) onayı alınmalıdır.*

SONUÇ: Çalışmacıların yetkin ve bu çalışma için yetkili olduğu anlaşılmaktadır.

SORUMLULUK KABULÜ

Çalışmacılar dosyaya ekledikleri imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmektedirler. İmzanın hukuksal olması için; el ile yazılmış ad ve soyadı olmalıdır. Paraf/simge niteliğinde çizimler veya mühürler imza yerine geçmemektedir

ŞEKİL

Araştırmanın;

- a) *Mevzuata uygun şekilde yapılması,*
- b) *Araştırma broşürünün usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği;*
 - a. *Araştırmalarda ortaya çıkması muhtemel kalıcı sağlık problemleri de dahil olmak üzere yaralanma veya ölüm hallerinde, araştırmacı veya destekleyicinin sorumluluğunu ve gönüllüler için yapılan sigorta sertifikası veya poliçesinin kapsamını (Faz IV çalışmalar sigorta kapsamı dışındadır),*

- b. Araştırmacı ve gönüllü için uygun bulunan ödül ve telafi düzenlemelerine dair destekleyici ile araştırmanın yapılacağı yer arasında akdedilmiş herhangi bir anlaşma mevcutsa anlaşmanın etik olup olmadığı,
- c. Ticari Olmayan İlaç Klinik Araştırmaları ilgili kılavuz doğrultusunda değerlendirilir.

SONUÇ: Çalışma olumludur.

İÇERİK

Araştırmada;

- a) Gönüllülerin bilgilendirilmesinde kullanılacak yöntem ve belgeler ile bu kişilerden alınacak olurlar,
- b) Klinik öncesi araştırmalara ait belgelerin ve ürün kalitesi ile ilgili daha kapsamlı bilgilerin incelenmesinden de etik kurullar sorumludur.

SONUÇ: Geniş kapsamlı bir klinik değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN YAPISI ve İSTATİKSEL İRDELENMESİ

Araştırmanın;

- a) **AMAÇLARI AÇISINDAN:** a) Tanımsal (Descriptive): Örnekte dağılım, frekans dağılımları, b) Analitik (Inferential analytic): ilişkilerin bulunması
- b) **YAPILIŞ AMACINA GÖRE:** a) Teorik, b) Uygulamalı
- c) **UYGULAMA BİÇİMLERİ:** a) Kaynak tarama (review), b) Geriye dönük veya ileriye yönelik (retrospective ve prospective), c) Kesitsel (cross sectional), d) izleme dayalı, uzamsal (follow up-longitudinal), e) olgu kontrol (case control), f) Grup izleme (cohort, randomize controlled trials), g) rastgele kontrollü, çift kör (randomize controlled double blind), h) ardışık (sequential), i) grup ardışık (group sequential Trials), j) Rastgele FAZ çalışması, k) Meta analiz, l) Biyolojik denemeler (bioassay)
- d) **ARAŞTIRMA DÜZENLERİ:** 1) Tek örnek düzeni (one sample design), 2) Bağımsız iki grup düzeni (independent randomized two group design), 3) Bağımlı, eşleştirilmiş iki örnek düzeni (paring design, change over, pre-post dependent two group design), 4) Bağımlı K grup düzeni (randomized K group design), 5) Bağımsız birimlerde tekrarlı denemeler düzeni (randomized block design), 6) Eksik blok düzeni (incomplete block design), 7) Latin kare düzeni (Latin square design), 8) Greko-Latin kare düzeni, 9) Faktöriyel düzenler, 10) Youden kare düzeni, 11) Bölünmüş parseller/bloklar düzeni (split plot/block design), 12) Rastgele kontrollü düzenlemeler, grup izleme, kohort düzeni, 13) Olgu kontrol düzeni, 14) Çapraz tekrarlı düzenler (cross over design), 15) Paralel deneme düzenleri, 16) Ardışık deneme düzenleri (sequential design): açık, kapalı, çarpık ardışık düzenler.
- e) **DEĞİŞKENLERİN TANIMLANMASI:** Değişken tipleri: a) nitel-nicel, kesikli-süreklî, bağımlı-bağımsız, b) veriye göre: isimsel (nominal/kategorik), sıralı (ordinal/ardışık), aralıklı (interval), oransal (proportional/süreklî nicel), kantal (stimulusa verilen yanıt), skor (ölçme aracına göre), türetilmiş (katsayı, skorlar), frekans (sınıflandırılmış),

dönüştürülmüş (transformed/log ve z skoru gibi), probit (cevap), lojit (nitel nitelikte), benzerlik/farklılık (nicel, nitel, ikili, karışık)

- f) **ARAŞTIRMALARIN GENEL YAPISI:** (A) 1) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmış ilaçlarla çalışma, 2) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmamış ilaçlarla çalışma, (B) ÖZEL: 1) Faz çalışması (I, II, III), 2) Yeni endikasyon çalışması, 3) Çalışılmamış yeni bir hasta grubunda çalışma, 4) Yüksek doz çalışması, 5) Biyoyararlanım /biyodeşdeğerlilik, 6) Farmakokinetik çalışma-belirtin, 7) Tanı testi geliştirmeye yönelik çalışma, 8) profilaksiye yönelik çalışma, 9) Faz IV, 10) İlacın klinik etkinlik, 11) Diğer

SONUÇ: Klinik değerlendirme çalışmasıdır.

ETİK İÇERİK

27089 Sayılı Resmi Gazetedeği Yönetmelik gereği bilgilendirme kapsamı:

- (1) Sunulan bilginin yeterliliği ve bu bilginin araştırma sırasında ortaya çıkan etik sorulara yanıt verebilirliği
- (2) Araştırmanın hedeflerine ilişkin olarak protokolün ve veri toplama formlarının uygunluğu (uygulanabilir kurallar ve düzenlemelere göre değerlendirilerek), istatistiksel analiz ve bilimsel etkililik (yani en küçük muhtemel hasta/gönüllü maruziyeti ile sağlam sonuçlara varma potansiyeli) ve hasta/gönüllü ve/veya diğer kişiler için beklenen faydalar için öngörülebilir risklerin ve sıkıntuların kabul edilebilir olduğuna karar verilmesi
- (3) Araştırmacının niteliklerine ve deneyimine ilişkin olarak sunulan araştırma için uygunluğu
- (4) Destekleyici personel, mevcut olanaklar ve acil durum yöntemleri dahil olmak üzere araştırma merkezinin yeterliliği
- (5) Araştırmanın tıbbi izlemi ve idari denetiminin yeterliliği
- (6) Hasta/gönüllülere, gerekli olduğu takdirde akrabalarına ve/veya yasal temsilcilerine verilmesi gereken yazılı ve sözlü bilginin yeterliliği, eksiksizliği ve anlaşılabilirliği
- (7) Hasta/gönüllü kaydının nasıl yürütüldüğü, bilgilerin ne şekilde verildiği ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun hangi yolla alınacağı,
- (8) Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun içeriği, anlatım biçimi, kişisel olur veremeyecek durumda olan hasta/gönüllü için düzenlenen olur formu,
- (9) Hasta/gönüllülerin araştırma sırasında kendileri ile ilgili olan tüm bilgiler konusunda bilgilendirileceklerine ilişkin teminatlar,
- (10) Hasta/gönüllülerin araştırmaya katılmasına bağlanabilecek yaralanma / sakatlanma / ölüm durumunda telafi / tedavi için sağlanan taahhütname,
- (11) Araştırmacının sorumluluğunun destekleyici tarafından üstlenilmesini sağlayan sigorta ve tazminat anlaşmaları,
- (12) Hasta/gönüllülere ait kişisel bilgilerin gizliliği ve korunmasını sağlamaya yönelik önlemler,
- (13) Varsa, hasta/gönüllüler için ödemeler (yemek, yolculuk, konaklama, otopark ücreti gibi)

27518 Sayılı Resmi Gazetedeği Yönetmelik gereği bilgilendirme kapsamı:

KİME ve NE ZAMAN VERİLMESİ: Araştırmaya iştirak etmek üzere gönüllü olmak isteyen kişi veya yasal temsilcisi, araştırmaya başlanılmadan önce

- (1) Araştırmanın amacı

- (2) Metodolojisi
- (3) Beklenen yararları
- (4) Öngörülebilir riskleri
- (5) Zorlukları
- (6) Kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri
- (7) Araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar
- (8) Hangi kişisel verilerin işleneceği
- (9) İşlenme amaçları
- (10) Bu verilerin hangi süreyle saklanacağı
- (11) Kimlere açıklanacağı
- (12) İlgilinin hakları

... konusunda ayrıntılı bir biçimde anlayabileceği şekilde bilgilendirilir

SONUÇ: Gönüllülerin tüm hakları ve gizlilik ilkeleri korunmalıdır.

Aydınlatma ve anket formlarının Hasta Hakları Yönetmeliği türünde olması gerekmektedir. Bu form Etik Kurulca sağlanmaktadır. Kısaca olması gerekenler:

Temelde bir aydınlatmada istenen hususlar şunlardır:

ÇALIŞMACILAR TARAFINDAN OLUŞTURULACAK METİN* (Yargıtay, yazılı olmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir Danıştay 10. Dairenin 2009/3991 Sayılı kararı bilgilendirmeyi üçüncü bir kişi tarafından, çalışmadan bağlantısız kişilerce yapılmasını öngörmektedir)

1-Sağlık durumunu:

2-Kendisine uygulanacak tıbbi işlemler:

3-Faydaları ve muhtemel sakıncaları:

4-Alternatif tıbbi müdahale usulleri:

5-Hastalığın seyri ve neticeleri

6-Tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları:

(* Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete, 01.08.1998, Sayı: 23420)

MAKSAT-Hipotez

Araştırmanın yeni bir hipoteze dayanıp dayanmadığını;

- (a) Araştırmadan beklenen bilimsel faydalar ve kamu menfaati, araştırmaya iştirak edecek gönüllü sağlığından veya sağlığı bakımından ortaya çıkabilecek muhtemel risklerden ve diğer kişilik haklarından daha üstün tutulamaz,
- (b) Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna Etik Kurulca kanaat getirilmesi halinde, kişilik hakları gözetilerek gönüllü oluru alınması kaydıyla Etik Kurulun ve Bakanlığın izni alındıktan sonra araştırma başlatılabilir,
- (c) Araştırma ancak bu şartların devamı halinde yürütülür.
- (d) (A) 1) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmış ilaçlarla çalışma, 2) Bakanlıkça Ruhsatlandırılmamış ilaçlarla çalışma, (B) ÖZEL: 1) Faz çalışması (I, II, III), 2) Yeni endikasyon çalışması, 3) Çalışılmamış yeni bir hasta grubunda çalışma, 4) Yüksek doz çalışması, 5) Biyoyararlanım /biyoeşdeğerlilik, 6) Farmakokinetik çalışma-belirtin, 7)

Tanı testi geliştirmeye yönelik çalışma, 8) profilaksiye yönelik çalışma, 9) Faz IV, 10) İlacın klinik etkinlik, 11) Diğer

SONUÇ: Klinik değerlendirme amaçlı bir çalışmadır.

İDARİ YAPTIRIM

Araştırma ile ilgili olarak verilen yazılı bilgileri, gönüllü olurlarının alınması amacıyla izlenen yöntem;

- a) Olur veremeyen kısıtlı kişiler ile çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalara ait gerekçenin yeterliliği, araştırmaya katılacak gönüllülerin hakları, gönüllülerin güvenliliği ve esenliğinin korunması gerekir,
- b) Çocuklar, gebeler, loğusa ve emziren kadınlar ile kısıtlılar üzerinde klinik araştırma yapılamaz. Ancak çocuklarda, hamilelik, loğusalık ve emzirme dönemlerinde ve kısıtlılık durumunda; gönüllüler yönünden araştırmadan doğrudan fayda sağlanacağı umuluyor ve araştırma gönüllü sağlığı açısından öngörülebilir ciddi bir risk taşıyor ise, gönüllü oluru ile birlikte Etik Kurulum ve Bakanlığın izni alınmak suretiyle araştırmaya izin verilebilir.
- c) 27518 Sayılı Resmi Gazete ile iletilenler: “araştırmadan beklenen bilimsel faydaları, kamu menfaati, araştırmaya iştirak edecek gönüllü sağlığından veya sağlığı bakımından ortaya çıkabilecek muhtemel risklerden ve diğer kişilik haklarından daha üstün tutulamaz. Elde edilecek faydaların araştırmadan doğması muhtemel risklerden daha fazla olduğuna ilgili Etik Kurulca kanaat getirilmesi halinde, kişilik hakları gözetilerek gönüllü oluru alınması kaydıyla ilgili Etik Kurulumun onayı ve 11. Maddenin birinci fıkrasının (a) bendi ile aynı maddenin ikinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen araştırmalar için Bakanlık izni alındıktan sonra araştırma araştırma başlatılabilir. Araştırma ancak bu şartların devamı halinde yürütülür”
- d) 27518 Sayılı Resmi Gazete ile iletilenler: “Araştırmaya iştirak etmek üzere gönüllü olmak isteyen kişi veya yasal temsilcisi, araştırmaya başlanılmadan önce, araştırmanın amacı, metodolojisi, beklenen yararları, öngörülebilir riskleri, zorlukları, kişinin sağlığı ve şahsi özellikleri bakımından uygun olmayan yönleri ve araştırmanın yapılacağı ve devam ettireceği şartlar, hangi kişisel verilerin işleneceği, işleme amaçları, bu verilerin hangi süreyle saklanacağı ve kimlere açıklanacağı, ilgilinin hakları konusunda ayrıntılı bir biçimde anlayabileceği şekilde bilgilendirilir”
- e) 27518 Sayılı Resmi Gazete ile iletilenler: Gönüllü gerekçeli veya gerekçesiz olarak, kendi rızasıyla, istediği zaman araştırmadan ayrılabilir, kendisiyle ilgili tutulan kişisel veriler hakkında bilgi talep edebilir, bu verilerin silinmesini veya düzeltilmesini talep edebilir ve bundan dolayı sonraki tıbbi takibi ve tedavisi sırasında mevcut haklardan herhangi bir kayba uğratılmaz”
- f) 27518 Sayılı Resmi Gazete ile iletilenler: Ciddi advers olayların tamamı araştırmacı tarafından destekleyiciye acil olarak, ayrıntılı rapor ise sekiz gün içerisinde ilgili Genel Müdürlüğe bildirilir. Acil raporda ve bunu izleyen diğer raporlarda çalışmaya iştirak eden gönüllüler için tek bir kod numarası kullanılır

SONUÇ: Çalışma olumludur.

ÖNERİ VE SONUÇ

Bilimsel ve etik yönden görüş vermek

SONUÇ: Çalışma olumludur.

ÇALIŞMANIN İZLENMESİ

Etik Kurul kendisine yapılan başvuruları, gerektiğinde araştırma safhasında ve yerinde izleyebilir.

SONUÇ: Çalışmacıların öngörmesi ile izlem boyutu gündeme gelebileceği vurgulanmaktadır.

DiĞER KONULARDAKİ GÖRÜŞLER

Etik Kurul bu Yönetmeliğe ve ilgili diğer mevzuata aykırı davranıldığı, araştırmanın gereklerinin artık karşılanmadığı, araştırmanın güvenilirliğinin veya bilimsel geçerliliğinin yitirildiği şeklinde bir durumu tespit ettiğinde veya bu konuda bilgi sahibi olması halinde durumu araştırmacıya, destekleyiciye ve Bakanlığa bildirir.

SONUÇ: Çalışma olumludur.

KARAR

İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzunda (Madde: 6.12) "Araştırmayla ilgili etik değerlendirmelerin açıklanması" şeklinde yer almaktadır. Etik Kurul tarafından karara eklenen tüm tavsiyeler ve görüşler, Etik Kurul kararının olumlu olması durumunda, başvuru sahibinin sorumlulukları açık bir şekilde ifade edilmelidir. Buna göre:

27089 Sayılı Resmi Gazetede Yönetmelik gereği karar oluşturma:

- a) Etik Kurulun araştırmanın yürütülmesi ile ilgili olarak koyduğu şartların kabul edildiğine dair onay,*
- b) Protokol üzerinde yapılacak değişikliklerin Etik Kurul kararını etkileyebileceği,*
- c) Ortaya çıkacak ciddi ya da beklenmeyen advers etki/etkilerden, önceden tahmin edilemeyen durumlardan, çalışmanın durdurulmasından, çalışmanın sonucundan, araştırmayla ilgili varılan tüm önemli kararlardan Etik Kurulun haberdar edilmesi gerektiği açıkça ifade edilmeli,*
- d) Etik Kurul kararı olumsuz ise bunun gerekçesiyle birlikte açık bir şekilde ifade edilmesi,*
- e) Onay yazıları, yürütülecek araştırma sürecinde; ilgili mevzuat doğrultusunda Etik Kurulun sorumlu araştırmacıdan ve destekleyiciden beklentilerini içermelidir.*

27518 Sayılı Resmi Gazetede Yönetmelik gereği görüş oluşturma esasları:

- (1) Araştırmadan beklenen yarar ve risklerin analizi*

- (2) Araştırmanın yeni bir hipoteze dayanıp dayanmadığını
- (3) Araştırma broşürünün usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediğini
- (4) Araştırma ile ilgili olarak verilen yazılı bilgileri, gönüllü olurlarının alınması amacıyla izlenen yöntemi, olur veremeyen kısıtlı kişiler ve çocuklar üzerinde yapılacak araştırmalara ait gerekçenin yeterliliğini
- (5) Araştırmalarda ortaya çıkması muhtemel kalıcı sağlık problemleri de dahil olmak üzere yaralanma veya ölüm hallerinde, araştırmacı veya destekleyicinin sorumluluğunu ve gönüllüler için yapılan sigorta sertifikası veya poliçesinin kapsamı (Faz IV ilaç araştırmaları sigorta kapsamı dışındadır)
- (6) Araştırmacı ve gönüllü için uygun bulunan telafi düzenlemelerine dair destekleyici ile araştırmanın yapılacağı yer arasında akdedilmiş herhangi bir anlaşma mevcut ise anlaşmanın etik olup olmadığını
- (7) Araştırma yapılacak yerlerin 15. Maddede belirtilen standartlara uygun olup olmadığına,
- (8) Ticari olmayan İlaç Klinik Araştırmaların ilgili Kılavuz doğrultusunda değerlendirir

SONUÇ: Çalışma olumludur.

Üroloji Anabilim Dalının görüşleri önemli katkılar sağlayacaktır.

EK 8:**ÇALIŞMAMIZDA ÜRİNER İNKONTİNANS İLE BİRLİKTE GÖRÜLEN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ VE BAŞVURUDAN ÖNCE ÜRİNER İNKONTİNANSA ÖZGÜ ALINAN TEDAVİ TİPLERİNİN DAĞILIMI**

| AUSS ve Başvurudan Önce Üriner İnkontinansa Özgü Alınan Tedavi Tipleri | n | % |
|--|-----------|--------------|
| İdrar Kaçırma İle Birlikte AUS Semptomlarının Varlığı | | |
| Hayır | 4 | 6.2 |
| Evet | 61 | 93.8 |
| İdrar Kaçırma İle Birlikte Görülen AUS Semptomları | | |
| İdrar Kaçırma ile Noktüri | 47 | 72.3 |
| İdrar Kaçırma ile Frequency | 48 | 73.8 |
| İdrar Kaçırma ile Dizüri | 23 | 35.4 |
| İdrar Kaçırma ile Urgency | 41 | 63.1 |
| İdrar Kaçırma ile İdrar Yapma Süresinin Uzaması | 25 | 38.5 |
| İdrar Kaçırma ile İdrarın Tam Boşaltılmadığı Hissi | 41 | 63.1 |
| İdrar Kaçırmaya Yönelik Tedavi Alma | | |
| Hayır | 55 | 84.6 |
| Evet* | 10 | 15.4 |
| Toplam | 65 | 100.0 |

*İlaç Tedavisi, Ameliyat, Konservatif Tedavi, Vagifem Ovul ve FES tedavisidir.

ÇALIŞMA GRUBUNDA SUBJEKTİF VERİLER SONUCU BELİRLENEN İSTEM DIŞI İDRAR KAÇIRMA TİPLERİNİN ÜRİNER İNKONTİNANS ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMI

| Üriner İnkontinans Özellikleri | İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipleri | | | | İstatistiksel Analizi X ² ; P |
|--|--|---|---|-------------------|--|
| | Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) n (%) | Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) n (%) | Her iki durumda birden (Mikst İ.) n (%) | Toplam n (%) | |
| İdrar Kaçırma Sıklığı | | | | | |
| Haftada, ayda bir ya da birden fazla | 8 (57.2) | 3 (21.4) | 3 (21.4) | 14 (100.0) | 6.293; 0.045 |
| Günde bir ya da birden fazla | 13 (25.5) | 9 (17.6) | 29 (56.9) | 51 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmayı Durdurabilme | | | | | |
| Her zaman | 15 (40.6) | 6 (16.2) | 16 (43.2) | 37 (100.0) | 2.662; 0.265 |
| Hiç durduramıyorum | 6 (21.4) | 6 (21.4) | 16 (57.2) | 28 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmada Ped/Bez Kullanımı | | | | | |
| Hiç kullanmıyorum | 13 (36.1) | 5 (13.9) | 18 (50.0) | 36 (100.0) | 1.285; 0.535 |
| Günde 1 adet ve üzeri | 8 (27.6) | 7 (24.1) | 14 (48.3) | 29 (100.0) | |
| Toplam | 21 (32.3) | 12 (18.5) | 32 (49.2) | 65 (100.0) | |

EK 9:**ÇALIŞMA GRUBUNDA SUBJEKTİF VERİLER SONUCU ELDE EDİLEN İSTEM DIŞI İDRAR KAÇIRMA TİPLERİNİN; İNKONTİNANS ÖYKÜSÜ VE İNKONTİNANS ÖZELLİKLERİNE, SİSTOMETRİ SONUÇLARINA, GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE DİNİ YAŞAMA ETKİLERİNE GÖRE DAĞILIMI****EK 9.1. Çalışma Grubunda Subjektif Veriler Sonucu Belirlenen İstem Dışı İdrar Kaçırma Tiplerinin İnkontinans Öyküsüne Göre Dağılımı**

| İnkontinans Öyküsü | İstem Dışı İdrar Kaçırma Tipleri | | | | İstatistiksel Analizi X ² ; P |
|---|---|--|--|-------------------|---|
| | Fiziksel aktivite sırasında (Stres İ.) n (%) | Ani idrar yapma hissi ile (Urge İ.) n (%) | Her iki durumda birden (Mikst İ.) n (%) | Toplam n (%) | |
| İdrar Kaçırma Probleminin Varlığı | | | | | |
| 5 yıldan ↓ | 18 (36.7) | 7 (14.3) | 24 (49.0) | 49 (100.0) | 3.090; 0.221 |
| 5 yıl ve ↑ | 3 (18.8) | 5 (31.3) | 8 (50.0) | 16 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Probleminin Sürekliliği | | | | | |
| Hayır | 4 (44.4) | 2 (22.2) | 3 (33.3) | 9 (100.0) | 1.093; 0.631 |
| Evet | 17 (30.4) | 10 (17.9) | 29 (51.8) | 56 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Tedavisine Başvurma Süresi | | | | | |
| 1 yıldan ↓ | 10 (32.3) | 5 (16.1) | 16 (51.6) | 31 (100.0) | 0.243; 0.950 |
| 1 yıl ve 1 yıldan ↑ | 11 (32.4) | 7 (20.6) | 16 (47.0) | 34 (100.0) | |
| Gebe-Lohusalık Döneminde İdrar Kaçırma* (n=64) | | | | | |
| Hayır | 15 (30.6) | 10 (20.4) | 24 (49.0) | 49 (100.0) | 0.377; 0.864 |
| Evet | 5 (33.3) | 2 (13.3) | 8 (53.3) | 15 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmaya Neden Olan Durumlar | | | | | |
| Hamilelik ve Doğum Sonrası | | | | | |
| Hayır | 18 (36.7) | 8 (16.4) | 23 (46.9) | 49 (100.0) | 1.911; 0.441 |
| Evet | 3 (18.8) | 4 (25.0) | 9 (56.2) | 16 (100.0) | |
| Tıbbi Hastalık ve İlaç Kullanımı | | | | | |
| Hayır | 14 (30.4) | 10 (21.8) | 22 (47.8) | 46 (100.0) | 1.150; 0.669 |
| Evet | 7 (36.8) | 2 (10.6) | 10 (52.6) | 19 (100.0) | |
| Ameliyat | | | | | |
| Hayır | 17 (35.4) | 10 (20.8) | 21 (43.8) | 48 (100.0) | 2.228; 0.392 |
| Evet | 4 (23.5) | 2 (11.8) | 11 (64.7) | 17 (100.0) | |
| Menopoz | | | | | |
| Hayır | 18 (32.7) | 10 (18.2) | 27 (49.1) | 55 (100.0) | 0.036; 1.000 |
| Evet | 3 (30.0) | 2 (20.0) | 5 (50.0) | 10 (100.0) | |
| Stres/Psikolojik Travma | | | | | |
| Hayır | 17 (30.9) | 9 (16.4) | 29 (52.7) | 55 (100.0) | 1.957; 0.431 |
| Evet | 4 (40.0) | 3 (30.0) | 3 (30.0) | 10 (100.0) | |
| Diğer Faktörler | | | | | |
| Hayır | 17 (33.3) | 9 (17.6) | 25 (49.0) | 51 (100.0) | 0.164; 1.000 |
| Evet | 4 (28.6) | 3 (21.4) | 7 (50.0) | 14 (100.0) | |
| Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma | | | | | |
| Hayır | 16 (31.4) | 10 (19.6) | 25 (49.0) | 51 (100.0) | 0.235; 0.928 |
| Evet | 5 (35.7) | 2 (14.3) | 7 (50.0) | 14 (100.0) | |
| Sık Üriner Enfeksiyon Geçirme Durumu | | | | | |
| Hayır | 12 (36.4) | 9 (27.3) | 12 (36.4) | 33 (100.0) | 5.414; 0.071 |
| Evet | 9 (28.1) | 3 (9.4) | 20 (62.5) | 32 (100.0) | |
| Toplam | 21 (32.3) | 12 (18.5) | 32 (49.2) | 65 (100.0) | |

*Nullipar 1 hasta olduğu için (n=64) alınmıştır.

EK 10:**ÇALIŞMAMIZDA İDRAR KAÇIRMANIN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE DİNİ YAŞAMA ETKİLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI****Ek 10.1. İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı**

| Bazı Özellikler | İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi | | | İstatistiksel Analizi X^2 ; P |
|--|--|--|-----------------|------------------------------------|
| | Hiç etkilemiyor yada az ölçüde etkiliyordur n (%) | Günlük aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyordur n (%) | Toplam n (%) | |
| Mevcut Kronik Hastalık | | | | |
| Hayır | 9 (81.8) | 2 (18.2) | 11 (100.0) | 5.626; 0.018 |
| Evet | 23 (42.6) | 31 (57.4) | 54 (100.0) | |
| Sürekli İlaç Kullanma | | | | |
| Hayır | 16 (66.7) | 8 (33.3) | 24 (100.0) | 4.628; 0.031 |
| Evet | 16 (39.0) | 25 (61.0) | 41 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Probleminin Sürekliliği | | | | |
| Hayır | 8 (88.9) | 1 (11.1) | 9 (100.0) | X^2_F : 0.013 |
| Evet | 24 (42.9) | 32 (57.1) | 56 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Sıklığı | | | | |
| Haftada, ayda bir ya da birden fazla | 12 (85.7) | 2 (14.3) | 14 (100.0) | 9.502; 0.002 |
| Günde bir ya da birden fazla | 20 (39.2) | 31 (60.8) | 51 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmayı Durdurabilme | | | | |
| Her zaman | 25 (67.6) | 12 (32.4) | 37 (100.0) | 11.555; 0.001 |
| Hiç durduramıyorum | 7 (25.0) | 21 (75.0) | 28 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma İle Birlikte AUS Semptomlarının Varlığı | | | | |
| Hayır | 4 (100.0) | 0 (0.0) | 4 (100.0) | X^2_F : 0.053 |
| Evet | 28 (45.9) | 33 (54.1) | 61 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Kısıtlılık Yaratması (n=64) | | | | |
| Hayır | 15 (78.9) | 4 (21.1) | 19 (100.0) | 10.071; 0.002 |
| Evet | 16 (35.6) | 29 (64.4) | 45 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Yarattığı Kısıtlılık (n=64) | | | | |
| Abdesti uzun süre tutamıyorum | | | | |
| Hayır | 17 (77.3) | 5 (22.7) | 22 (100.0) | 10.463; 0.001 |
| Evet | 15 (34.9) | 28 (65.1) | 43 (100.0) | |
| Namaz Kılmıyorum | | | | |
| Hayır | 23 (54.8) | 19 (45.2) | 42 (100.0) | 1.453; 0.228 |
| Evet | 9 (39.1) | 14 (60.9) | 23 (100.0) | |
| Kuran okuyamıyorum ve camiye gidemiyordur | | | | |
| Hayır | 30 (56.6) | 23 (43.4) | 53 (100.0) | 6.244; 0.012 |
| Evet | 2 (16.7) | 10 (83.3) | 12 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini Yaşama Etkisi (n=64) | | | | |
| Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyordur | 21 (63.6) | 12 (36.4) | 33 (100.0) | 6.301; 0.012 |
| Dini yaşamla ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyordur | 10 (32.3) | 21 (67.7) | 31 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Problemi İle Baş Etmede Kullanılan Yöntemler | | | | |
| Sık Abdest Alıyorum | | | | |
| Hayır | 7 (70.0) | 3 (30.0) | 10 (100.0) | X^2_F : 0.185 |
| Evet | 25 (45.5) | 30 (54.5) | 55 (100.0) | |

| Yanımda Sürekli Temiz Çamaşır Bulunduruyorum | | | | |
|---|------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Hayır | 13 (59.1) | 9 (40.9) | 22 (100.0) | 1.294; 0.255 |
| Evet | 19 (44.2) | 24 (55.8) | 43 (100.0) | |
| Sürekli Oturarak Namaz Kılıyorum | | | | |
| Hayır | 30 (55.6) | 24 (44.4) | 54 (100.0) | 5.107; 0.024 |
| Evet | 2 (18.2) | 9 (81.8) | 11 (100.0) | |
| İbadet Yapmak İçin Cami vb. Yerlere Gitmiyorum | | | | |
| Hayır | 30 (51.7) | 28 (48.3) | 58 (100.0) | $X^2_F : 0.427$ |
| Evet | 2 (28.6) | 5 (71.4) | 7 (100.0) | |
| Duadan Önce Sıvı Alımımı Kısıtlıyorum | | | | |
| Hayır | 23 (60.5) | 15 (39.5) | 38 (100.0) | 4.670; 0.031 |
| Evet | 9 (33.3) | 18 (66.7) | 27 (100.0) | |
| Duadan Önce Tualete Gidiyorum | | | | |
| Hayır | 12 (66.7) | 6 (33.3) | 18 (100.0) | 3.028; 0.082 |
| Evet | 20 (42.6) | 27 (57.4) | 47 (100.0) | |
| Toplam | 32 (49.2) | 33 (50.8) | 65 (100.0) | |

Ek 10.2. İdrar Kaçırmanın Dini Yaşama Etkisinin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

| Bazı Özellikler | İdrar Kaçırmanın Dini Yaşama Etkisi (n=64) | | | İstatistiksel Analizi X^2; P |
|--|--|--|-------------------|--|
| | Hiç etkilemiyor ya da az ölçüde etkiliyordur n (%) | Dini yaşama ilgili aktivitelerimi ciddi ölçüde etkiliyor n (%) | Toplam n (%) | |
| Yaş | | | | |
| < 60 yaş | 28 (52.8) | 25 (47.2) | 53 (100.0) | 0.198; 0.656 |
| ≥ 60 yaş | 5 (45.5) | 6 (54.5) | 11 (100.0) | |
| Mevcut Kronik Hastalık | | | | |
| Hayır | 6 (60.0) | 4 (40.0) | 10 (100.0) | $X^2_F : 0.734$ |
| Evet | 27 (50.0) | 27 (50.0) | 54 (100.0) | |
| Sürekli İlaç Kullanma | | | | |
| Hayır | 16 (69.6) | 7 (30.4) | 23 (100.0) | 4.659; 0.031 |
| Evet | 17 (41.5) | 24 (58.5) | 41 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Probleminin Varlığı | | | | |
| 5 yıldan ↓ | 29 (59.2) | 20 (40.8) | 49 (100.0) | 4.862; 0.027 |
| 5 yıl ve ↑ | 4 (26.7) | 11 (73.3) | 15 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Ped/Bez Kullanımı | | | | |
| Hiç kullanmıyorum | 24 (68.6) | 11 (31.4) | 35 (100.0) | 8.947; 0.003 |
| Günde 1 adet ve üzeri | 9 (31.0) | 20 (69.0) | 29 (100.0) | |
| Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma | | | | |
| Hayır | 28 (56.0) | 22 (44.0) | 50 (100.0) | 1.802; 0.179 |
| Evet | 5 (35.7) | 9 (64.3) | 14 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmaya Yönelik Tedavi Alma | | | | |
| Hayır | 28 (51.9) | 26 (48.1) | 54 (100.0) | $X^2_F : 1.000$ |
| Evet | 5 (50.0) | 5 (50.0) | 10 (100.0) | |
| Namaz Kılma Durumu | | | | |
| Hayır | 9 (81.8) | 2 (18.2) | 11 (100.0) | 5.227; 0.075 |
| Düzensiz/Vakit bulduğumda | 8 (40.0) | 12 (60.0) | 20 (100.0) | |
| Düzenli olarak | 16 (48.5) | 17 (51.5) | 33 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Kısıtlılık Yaratması (n=64) | | | | |

| | | | | |
|--|------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Hayır | 18 (94.7) | 1 (5.3) | 19 (100.0) | 20.168; 0.000 |
| Evet | 15 (33.3) | 30 (66.7) | 45 (100.0) | |
| İdrar Kaçırmanın Dini İbadetleri Yerine Getirmede Yarattığı Kısıtlılık (n=64) | | | | |
| Abdesti uzun süre tutamıyorum | | | | |
| Hayır | 19 (90.5) | 2 (9.5) | 21 (100.0) | 18.950; 0.000 |
| Evet | 14 (32.6) | 29 (67.4) | 43 (100.0) | |
| Namaz kılamıyorum | | | | |
| Hayır | 28 (68.3) | 13 (31.7) | 41 (100.0) | 12.786; 0.000 |
| Evet | 5 (21.7) | 18 (78.3) | 23 (100.0) | |
| Kuran okuyamıyor ve camiye gidemiyorum | | | | |
| Hayır | 32 (61.5) | 20 (38.5) | 52 (100.0) | 11.051; 0.001 |
| Evet | 1 (8.3) | 11 (91.7) | 12 (100.0) | |
| İdrar Kaçırma Problemi İle Baş Etmede Kullanılan Yöntemler | | | | |
| Sık Abdest Alıyorum | | | | |
| Hayır | 6 (66.7) | 3 (33.3) | 9 (100.0) | $X^2_F : 0.476$ |
| Evet | 27 (49.1) | 28 (50.9) | 55 (100.0) | |
| Yanımda Sürekli Temiz Çamaşır Bulunduruyorum | | | | |
| Hayır | 14 (66.7) | 7 (33.3) | 21 (100.0) | 2.855; 0.091 |
| Evet | 19 (44.2) | 24 (55.8) | 43 (100.0) | |
| Sürekli Oturarak Namaz Kılıyorum | | | | |
| Hayır | 31 (58.5) | 22 (41.5) | 53 (100.0) | 5.926; 0.015 |
| Evet | 2 (18.2) | 9 (81.8) | 11 (100.0) | |
| İbadet Yapmak İçin Cami vb. Yerlere Gitmiyorum | | | | |
| Hayır | 32 (56.1) | 25 (43.9) | 57 (100.0) | $X^2_F : 0.050$ |
| Evet | 1 (14.3) | 6 (85.7) | 7 (100.0) | |
| Duadan Önce Sıvı Alımımı Kısıtlıyorum | | | | |
| Hayır | 21 (56.8) | 16 (43.2) | 37 (100.0) | 0.947; 0.330 |
| Evet | 12 (44.4) | 15 (55.6) | 27 (100.0) | |
| Duadan Önce Tuvalete Gidiyorum | | | | |
| Hayır | 14 (82.4) | 3 (17.6) | 17 (100.0) | 8.787; 0.003 |
| Evet | 19 (40.4) | 28 (59.6) | 47 (100.0) | |
| Toplam | 33 (51.6) | 31 (48.4) | 65 (100.0) | |

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Şebnem Kurul
Doğum tarihi ve yeri : 13.10.1985-Ankara
Uyruğu : T.C
Medeni durumu : Bekâr
İletişim adresleri : sebokurul@gmail.com

Eğitim Durumu

1991- 1992 Eskişehir M. Fevzi Çakmak İlkokulu
1992- 1996 Uşak Aybey İlkokulu

1996- 1997 Ömer Bedrettin Uşaklı İlköğretim Okulu
1997- 1999 Eskişehir Dr. Halil Akkurt İlköğretim Okulu

1999- 2001 Bilecik Ertuğrulgazi Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi
2001- 2002 Bozüyük Şehit Zafer İpek Lisesi (Y.D.A)
2002- 2003 Eskişehir Prof. Dr. Orhan Oğuz Lisesi (Y.D.A)

2003- 2004 Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu
2004- 2007 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu

2009-2013 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
Yükseklisans Programı

Mesleki Deneyim

Aralık 2008-Nisan 2011: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi ve Kadın Doğum Yoğun Bakım

04.04.2011–14.02.2012: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksek
Okulu Öğretim Elemanı

Katılan Sempozyum, Kurs ve Kongreler

Eskişehir Kadın Sağlığı Çalıştayı (ESKAM-TAPV), 2012, Eskişehir

II.Nörodejeneratif Hastalıklar Sempozyumu “Motor Nöron Hastalıkları” 2011,
Eskişehir

Neonatal Resusitasyon Programına Katılım ve Neonatal Resusitasyon Sertifikası, 2010,
Eskişehir

1.Ulusal Ebelik Kongresi, Temel Obstetrik USG Katılım Sertifikası, 2007, İstanbul

1.Ulusal Ebelik Kongresi, Uygulamalı Fetal Monitorizasyon ve NST Katılım
Sertifikası, 2007, İstanbul

1.Ulusal Ebelik Kongresine Katılım, 2007, İstanbul