

**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ**

**GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE 20 YAŞ VE ÜZERİ
EVLİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM
KALİTESİ VE CİNSEL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE ÖZDEMİR

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN**

EKİM 2009

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

**GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE 20 YAŞ VE ÜZERİ
EVLİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM
KALİTESİ VE CİNSEL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE ÖZDEMİR

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

KABUL VE ONAY SAYFASI

Emine ÖZDEMİR'in Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi**” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “**KABUL**” kararı verilmiştir.

06 Ekim 2009

Prof.Dr.İlhami ÜNLÜOĞLU
JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr.Ömer Tarkan YALÇIN
ÜYE

Doç.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU
ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE

Yrd.Doç.Dr.F.Deniz SAYINER
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
.....12.10.2009..... tarih ve800/3733..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr.Ferruh YÜCEL
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

ÖZET

Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi

Üriner inkontinans tüm insanların ama özellikle orta ve ileri yaş kadınların yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da bireylerin sıkıntı yaşamalarına, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine, fiziksel, ekonomik ve emosyonel sorunlara neden olabilmektedir.

Bu çalışma, Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın prevalansını, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon durumuna etkisini belirlemek amacı ile yapıldı.

Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 20 yaş ve üstü evli 1968 kadından, tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 610 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplama aracı olarak; kadınların sosyo-demografik özelliklerinin, obstetrik ve jinekolojik öyküsünün, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarının yer aldığı soru formu ve Short Form-36 (SF- 36), Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (Index of Female Sexual Function-IFSF), Urinary Distres Inventory-6 (UDI- 6) ve Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ- 7) ölçekleri kullanıldı. Veriler 25.05.2008- 28.08.2008 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan kadınların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplaması, ANOVA, Chi- square, Student T, Tukey HSD, Pearson korelasyon, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınların %22.6'sında üriner inkontinans olduğu saptandı. Üriner inkontinansı olan kadınların %58.3'ünün 2-5 yıldır idrar kaçırdığı , %26.9'unun hekime başvurduğu, %7'sinin bu soruna yönelik ilaç kullandığı, %29.6'sının haftada 1-2 ped kullandığı belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda üriner inkontinans ile yaş, eğitim durumu, doğum sayısı, doğum şekli, menopoz durumu arasında anlamlı ilişki saptandı. Gelir durumu ve sigara ile inkontinans durumu arasında ilişki belirlenmedi. Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyleri inkontinans olmayanlardan daha düşük olarak belirlendi.

Cinsel disfonksiyon görülme oranı üriner inkontinansı olan kadınlarda %61.6 iken, üriner inkontinansı olmayanlarda %28.4 olarak bulundu.

Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon durumlarının olumsuz etkilendiği belirlendi. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre gerekli önerilerde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, Yaşam kalitesi, Kadın cinsel disfonksiyonu

SUMMARY

Effect of urinary incontinence on quality of life and on sexual function of 20-years-old and older married women in Gülveren Primary Health Care Service area

Urinary incontinence is a medical and social problem which effects quality of life and sexual function of whole people especially middle-aged and geriatric women. Although it does not effect the life-time expectancy, it causes disturbance, decrease in quality of life and effects physical, social and emotional status of the person.

This study is performed to find out the prevalence of urinary incontinence and the effect of urinary incontinence on quality of life and on sexual function of 20-years-old and older married women in Gülveren primary health care service area.

610 of 1968 20-years-old and older married women are chosen by the method of stratified sampling technigue in Gülveren primary health care service area as the sample group of the study. Data is observed through the questionnaire form and Short Form (SF-36) for learning socio-demographic characteristics, obstetric and gynecologic history, general health status and habits, and Index of Female Sexual Function-IFSF, Uriner Distres Inventory-6 (UDI- 6) and Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ- 7). Data is observed from these 610 women by applying a questionnaire form in their house by face to face comunication between the dates of 25.05.2008- 28.08.2008. In the data analysis, persentile calculation, ANOVA, Chi- square, Student T, Tukey HSD, Pearson correlation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests are used.

According to the data analysis, the results show that %22.6 of the women have urinary incontinence. %58.3 of women who have urinary incontinence are incontinant for 2-5 years, %26.9 applied to a medical doctor, %7 is taking medicine for urinary incontinence and %29.6 use 1-2 ped per week due to urinary incontinence. Results of the statistical assessment show that there is a meaningful relationship between urinary incontinence and age, status of education, number of births, way of the births, menapouse status of these women. There is not a defined relationship between urinary incontinence and smoking, income level according to the statistical assessment.

Life quality of women with urinary incontinence is worse than the women with no urinary incontinence. Ratio of sexual dysfunction is %61.6 through women with urinary incontinence and %28.4 through women with no urinary incontinence.

It is determined that urinary incontinence in women causes decreased quality of life and impaired sexual function. According to the results of the study, offers which necessary are implied.

Keywords: Urinary incontinence, Quality of life, Sexual dysfunction in women.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO DİZİNİ	viii
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Alt Üriner Sistem Embriyoloji ve Anatomisi	5
2.2. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması	9
2.3. Üriner İnkontinans	11
2.3.1 Üriner İnkontinans Tipleri	12
2.3.2. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Maliyeti	15
2.3.3. Üriner İnkontinansın Prevalansı	17
2.3.4. Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri	18
2.3.5. Üriner İnkontinansın Tedavisi	21
2.4. Yaşam Kalitesi	25
2.4.1. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi	27
2.5. Kadın Cinsel Sağlığı	29
2.5.1. Cinsellik ve Tarihi	30
2.5.2. Cinsel İşlev Fizyolojisi	31
2.5.3. Cinselliği Etkileyen Faktörler	33
2.5.4. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları	35
2.5.5. Cinsel Sağlıkta Değerlendirme ve Tanı	38
2.5.6. Tedavi	39
2.5.7. Üriner İnkontinans ve Cinsel Sağlık	40

3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Şekli	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	43
3.4. Verilerin toplanması	45
3.4.1. Veri Toplanmasında Kullanılan Araçlar	45
3.4.1.1 Anket Formu	45
3.4.1.2. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi	46
3.4.1.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form- 36)	47
3.4.1.4. Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) ve Urogenital Distress Inventory (UDI-6)	57
3.4.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	57
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	57
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi	57
3.4.5. Araştırmanın Etik Yönü	58
4. BULGULAR	59
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	60
4.2. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Varlığı, Sıklığı, Şiddeti, Tıbbi Yardım Alma Durumu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular	65
4.3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	70
5. TARTIŞMA	84
5.1. Kadınların Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık Durumları ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması	84
5.2. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Varlığı, Sıklığı, Şiddeti, Tıbbi Yardım Alma Durumu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	86
5.3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması	91

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	96
6.1. Sonuçlar	96
6.2. Öneriler	100
KAYNAKLAR DİZİNİ	101
EKLER DİZİNİ	112
EK 1:	112
EK 2:	118
EK 3:	122
EK 4:	124
EK 5:	127
EK 6:	129
EK 7:	134
ÖZGEÇMİŞ	135

TABLolar	Sayfa
Tablo 2. 1. FUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırılması	36
Tablo 3. 1. Yaş Grupları Ve Yerleşim Yerlerine Göre Örneklem Sayıları	44
Tablo 3. 2. Seçilen Sokaklara Göre Örneklem Sayılarının Dağılımı	45
Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	60
Tablo 4.1.2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri	63
Tablo 4.1.3. Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları	64
Tablo 4.2.1. Kadınlarda Üriner İnkontinans Durumu	65
Tablo 4.2.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Ped Kullanımı, Hekime Başvurmave İnkontinansa Yönelik İlaç	66
Tablo 4.2.3. KadınlardaYaş, EvlilikYaşı, Evlilik Süresi ve Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinansın Dağılımı	67
Tablo 4.2.4. Kadınlarda Eğitim Durumu, Gelir, Doğum Şekli, Menapoz, Kronik Hastalık, İlaç Kullanımı ve Sigara İçme Durumuna Göre Üriner İnkontinansın Dağılımı	68
Tablo 4.3.1. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Gruplarda SF-36 Puan Ortalamalarının Dağılımı	70
Tablo 4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı	71
Tablo 4.3.3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların SF-36, IIQ-7' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	72
Tablo 4.3.4. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda UDI-6 Yaşam Kalitesi Ölçeğine Göre Semptomların Dağılımı ve Derecesi	73
Tablo 4.3.5. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda SF-36 Puan ortalamalarının Dağılımı	74
Tablo 4.3.6. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı	76
Tablo 4.3.7. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Ped Kullanımına Göre IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı	77
Tablo 4.3.8. İrritative, Stres ve Obstruktif Semptomları olan Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Tablo 4.3.9. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınlarda Cinsel	

Disfonksiyon Görülme Durumu	80
Tablo 4.3.10. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı	81
Tablo 4.3.11. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı	82

KISALTMALAR DİZİNİ

ICS: International Continence Society /Uluslararası Kontinans Derneği

SUI: Stres Üriner İnkontinans

MESA: The Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Aging

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

DM: Diyabetes Mellitus

AFUD: American Foundation of Urologic Disease/Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kurumu

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition/ Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-4

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

KCD: Kadın Cinsel Disfonksiyonu

KCFB: Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

LH: Lutein Yapıcı Hormon

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

FDA: Food and Drug Administration/Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

IFSF: Index of Female Sexual Function/Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi

SF-36: Short Form-36/Kısa form -36

IIQ-7: Incontinence Impact Questionnaire

UDI-6: Urogenital Distress Inventory

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Grubu (ICS) tarafından; sosyal ve hijyenik problemlere yol açan istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmıştır. Ancak mevcut tanımın epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmayışı, araştırmacılar tarafından farklı inkontinans tanımlarının kullanılması ve buna bağlı araştırma sonuçlarının karşılaştırılmayışı nedeniyle standart bir tanım oluşturma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaçtan yola çıkarak ICS, 2002 yılında üriner inkontinansı semptom olarak “miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti” bir bulgu olarak da “muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı” olarak tanımlamıştır (40, 41, 58).

Dolum ve işeme fazı olmak üzere iki bölümde incelenen alt üriner sistem fonksiyonu; mesanede depolanan idrarın istemli olarak uygun yer ve zamanda üretradan dışarı atılmasıdır. Normal üriner kontinans mekanizmasında; santral ve periferik sinir sistemi, mesane, üretra, pelvik taban kas ve bağ dokusunun yapı ve işlevinde bozukluk olmaması ve bu yapıların uyum içinde çalışması gereklidir (40).

Üriner inkontinans tipleri semptomlarına göre değerlendirildiğinde; stres, urge, miks, overflow, fonksiyonel ve total olarak sıralanabilir (40, 43, 78). Semptom olarak, stres inkontinans; “hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı şikayeti”, urge inkontinans; “sıkışma hissinden hemen önce ya da sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı şikayeti” olarak tanımlanmaktadır. Miks inkontinans her iki inkontinans durumunun birlikte bulunması olup, semptom olarak; “hapşırma, öksürme ve efor sırasında ve sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı şikayeti” olarak ifade edilmektedir (78). Kadınlarda en yaygın görülen inkontinans tipi stres üriner inkontinanstır (40, 78).

Üriner inkontinans kadınlarda sık görülen, genç yaşlı tüm kadınları yaşamları boyunca etkileyen bir durumdur. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansının 30 yaş civarında %10 iken, 64 yaşında %30’a çıktığı bulunmuştur (40). ABD’de yapılan MESA çalışmasında (The Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Aging) bir yıllık inkontinans hızı, 60 yaş ve üzeri kadınlarda %20’dir. Bakım ve huzur evlerinde kalan hastalarda bu oran %21.3 ile %65.2 arasında değişmektedir (40). Kadınlarda 80

yaşına kadar inkontinans şikayeti erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmekle beraber bu yaştan sonra eşitlenmektedir (40).

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha yaygındır ve yaşla birlikte prevalans oranları da yükselir (29, 64). Üriner inkontinansın prevalansı ile ilgili oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Bunun nedenleri araştırmalarda kullanılan üriner inkontinans tanımlarındaki farklılıklar ve çalışma gruplarının farklı özelliklerde olmasıyla açıklanabilir (78). Danforth ve ark. Amerika'da 25-42 yaşları arasındaki kadınlarda yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %43, Peyrat ve ark. Fransa' da yaşları 20-62 arasında değişen 1700 kadınla yaptıkları çalışmada bu oranı %27.3 olarak bulmuşlardır (24, 86). Araki ve ark. Japonya'da yaşları 20-64 arasında değişen kadınlarla yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %16.7, Dolan ve ark. İrlanda'da 35-74 yaşları arasında kadınlardaki prevalansı %57 olarak belirtmişlerdir (4, 28).

Ülkemizde üriner inkontinansın prevalansını belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalardaki prevalans oranları benzerlik göstermektedir. Turan ve arkadaşları 1250 Türk kadınında yaptıkları çalışmada 307 kadında (% 24,5) istem dışı idrar kaçırma saptamışlardır (104). Koçak ve arkadaşları 18 yaş ve üzeri 1012 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %23.9, Özerdoğan 20 yaş ve üzeri 625 kadındaki prevalansı %25.8 olarak saptamıştır (59, 78).

Üriner inkontinansın risk faktörleri; yapısal, ürojinekolojik, nörolojik ve davranışsal olarak sınıflandırılabilir. Obezite, beyaz ırk, ileri yaş ve kadın cinsinden olmak yapısal risk faktörleri, sistosel, uterus prolapsusu, menopoza, histerektomi gibi operasyonlar, doğum ve gebelik, ürojinekolojik enfeksiyonlar inkontinans gelişiminde ürojinekolojik risk faktörleri, felç durumu, immobilité, spinal kord yaralanmaları ve diyabet gibi kronik hastalıklarla gelişen nörolojik hasarlar ve kognitif bozukluklar nörolojik risk faktörleridir. Üriner inkontinans için davranışsal risk faktörleri; aşırı alkol, kafein ve tütün kullanımı, düşük fiziksel aktivite, psikososyal bozukluklar ve sosyal tuvalet alışkanlıklarıdır (78).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve irritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir

durumdur. Üriner inkontinanslı kadınlar özgürlüklerinin ve doğallıklarının kaybolduğunu düşünürler. Kadın üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendisini kusurlu, eksik ve aşağılık olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünür (19).

Üriner inkontinans tüm yaşlardaki kadınların %15-30'unun seksüel, fiziksel, mesleki, psikolojik, ailevi ve sosyal yaşantısını etkilemektedir (8). Kadınların özellikle ev işlerini, fiziksel eğlence ve hobilerini etkiler. Kadınlar potansiyel utandırıcı durumların oluşmasından kaçınırlar ve tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize ederler. Yapılan çalışmalarda kadınların 2/3' ünün evden çıkarken koruyucu ped kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite ve elbise seçimi gibi faaliyetlerde sınırlamalar getirdiği, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde zorluklar yaşadığı saptanmıştır (8).

Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitesinin bir bileşeni olan cinsel fonksiyonları üzerinde de olumsuz etkiler gösterir. Kadınlarda alt üriner ve genital bölge embriyolojik ve anatomik olarak yakın ilişki içindedir. Bu nedenle üriner semptomlara bağlı seksüel disfonksiyon görülebilmektedir. Seksüel aktif kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu seksüel disfonksiyon yaşanabilmektedir. Seksüel yakınmalar; vaginal kuruluk, disparoni, azalmış seksüel istek ve anorgazmi şeklinde ortaya çıkmaktadır (78).

Bir çalışmada üriner inkontinansın cinsel yaşam üzerinde %68 oranında olumsuz etkisi olduğu rapor edilmiştir. Üriner inkontinansla idrar kaçırma korkusuna bağlı benlik saygısında azalma ve libido kaybı cinsel disfonksiyon gelişmesinde majör etkenlerdir. Kadınlar cinsel ilişkiden kaçınma nedenlerini ıslaklık, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, utanma ve depresyon olarak belirtmişlerdir (8). Handa ve arkadaşlarının 2003 yılında üriner inkontinansı olan 495 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada, kadınların %44.5' inin seksüel yakınmaları bulunduğu belirtilmiştir. Kadınların %27.8'i disparanoya, %16.6'sı vajinal kuruluk, %14.3' ü libido kaybı, %10.8'i yetersiz orgazm yaşadıklarını ifade etmişlerdir (46). Hilton ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ilişki sırasında idrar kaçırma şikayetine urge inkontinansı olanların %19'unun, stres inkontinansı olanlarınsa %23'ünün sahip olduğu, urge inkontinanslıların daha çok orgazm, stres inkontinanslıların ise daha çok penetrasyon sırasında idrar kaçırdıkları belirtilmiştir (78).

Kadınların bu konuyu mahrem kabul ederek sağlık kuruluşuna başvurmaması üriner inkontinansın belirlenmesine yönelik olarak yapılacak tarama programlarının önemini daha da artırmaktadır. Hemşireler cinsiyet avantajları nedeni ile kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzey sağlık kuruluşunda görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler. Bu yüzden toplumda üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (60).

Üriner inkontinans sağlığın sadece fiziksel boyutunu değil, sosyal ve emosyonel boyutlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle tedavide multidisipliner ekip yaklaşımında bulunulması ve hizmetlerin bütüncül bakım anlayışı ile sunulması önemlidir. İyi bir tedavide başarı ölçütü sadece fiziksel değil, psikososyal yönden de hastanın kendisini iyi hissetmesi olmalıdır (86).

Ülkemizde ve uluslararası literatürde üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkisini gösteren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (29, 43, 50). Bu konuyla ilgili olarak ülkemizde Arslan, Yıldırım, Atan, Ayyıldız ve Döndar'ın çalışmaları bulunmaktadır. Bu saptamadan yola çıkılarak çalışmamız; Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadın nüfusunda üriner inkontinansın prevalansını, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. İnkontinans durumunun kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin bilinmesi, daha nitelikli sağlık hizmeti sunulması ve kadınların yaşam standartlarının yükseltilmesi için gereklidir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. ALT ÜRİNER SİSTEM EMBRİYOLOJİ VE ANATOMİSİ

Alt Üriner Sistem Embriyolojisi

Üriner ve genital sistem farklı işlevlere sahip olsalar da embriyolojik gelişimleri iç içe olan organlardır. Başlangıçta ortak bir açılım yerine (kloaka) sahip bu iki sistem erkeklerde birbirine daha yakın kalırken, kadınlarda daha farklı bir yapılanma gösterir. kloaka embriyonun yedinci haftasında anorektal kanal ve ürogenital sinüs olarak adlandırılan iki ayrı boşluğa bölünür. Endodermal kökenli olan ürogenital sinüs; ventral, pelvik ve fallik bölüm olmak üzere üç kısımdan oluşur. Ventral kısımdan mesane ve üretranın üst kısmı, fallik bölümünden periüretal bezler, üretranın ana bölümü ve vajinanın alt beşte birlik kısmı gelişir (78).

Alt Üriner Sistem Anatomisi

Mesane: Erişkin bir kadında kapasitesi 400- 500 ml olan idrar rezervuarıdır. Boş iken symphysis pubisin hemen arkasındadır. Tepesi periton ile örtülü olup arka ve üst tarafında uterus ile komşuluğu vardır. Endodermal kaynaklı düz kas yapısında detrüsör adalesi ve tabanında mesodermal kaynaklı trigon bölümünden oluşur (40). İç yüzeyi transisyonel epitel ile döşelidir. Bu epitelyum kıvrımlıdır ve mukozaya buruşuk bir görünüm kazandırır. Mesane dolup genişlerken kıvrımlar açılır ve tek sıralı bir epitele dönüşür. Mesane duvarı detrüsör adı verilen düz kas demetlerinden oluşur. Mesane boynu dışında bu kas tabakası belirli bir katmanlaşma göstermez. Kas lifleri aynı katman içinde her doğrultuda dizilerek bir ağ oluşturur. Böylece bu ağ ile kontraksiyonlar sırasında mesane lümeninin tüm boyutları ile birlikte küçülmesi sağlanır. Mesane boynunda kas tabakası üç katmandan oluşur. İçteki longitudinal kas tabakası trigon boyunca ilerleyerek üretranın iç longitudinal kas katmanı ile birleşir. Ortadaki sirküler kas tabakası mürküler bir halka oluşturur ve bu katman üretraya ek devam eder. Dıştaki longitudinal kas tabakası önde pubovezikal kası oluşturacak biçimde pubis kemiğine yapışır. Bu kas işeme sırasında mesane boynunun açılışını kolaylaştırır (78).

Trigon, mesane tabanında üzerini örten düz kas katmanı ile nispeten daha yassı görünen iki üreteral orifis ve internal üretral orifis arasında üçgen bir yapıdır.

Mesanein iç, ön, alt yüzünde bulunur. Trigonda iki kas katmanı vardır. Bunlar detrusörden farklıdır. Yüzeyel katman distal üreterin longitudinal kas tabakasının devamıdır. Bu katmandaki liflerde çok sayıda adrenarjik nöronlar bulunur. Derin katman ise detrusör kas lifleri ile ilişkilidir. Lifleri de kolinerjik nöronlardan zengindir. Trigonun; idrar depolanmasında idrar çıkışını önlemek, boşaltım sırasında huni biçimini alarak mesanein etkin boşaltımını sağlamak işeme sırasında veziko üretral reflüye engel olmak gibi görevleri vardır (78).

Üreterovezikal Bileşke: Üreterovezikal bileşke, idrarın üreterden mesaneye akışını sağlayan ve mesaneden üretere reflüyü önleyen kompleks bir yapıdan oluşmuştur. Detrusörün üreterin geçişine izin verdiği bölüm mesanein en zayıf bölgesi durumunda olup, üreteral hiatus adını alır (78).

Üreterovezikal bileşkenin en önemli işlevi, böbrekten gelen idrar akımını (eflüks) 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 (40, 78).

Mesane Boynu: Sfinkter yapısı yoktur. Ancak doku tonüsünü yükselterek mesaneden idrar kaçışını önler. Detrusör kasıldığında mesane boynu gevşer ve açılır (40, 78).

Üretra: Kadın üretrası 3- 4 cm uzunluğunda, ortalama 6 mm çapında olan bir organdır. 2/3 proksimal kısımda çok katlı transisyonel epitel ile dış orifise yakın 1/3 distal kısımda vulvaya kadar devam eden çok katlı yassı epitel ile döşelidir. Yassı epitel östrojen etkisi altındadır ve menopoz sonrası östrojenin çekilmesine bağlı olarak birtakım değişikliklere uğrar (78).

Üretranın submukoza tabakasında ise paraüretral skene bez yapıları ve zengin bir venöz yapı yer alır. Bunun üzerinde içte longitudinal, dışta ise sirküler şekilde yerleşmiş olan ve istemsiz olarak çalışan düz kas lifleri bulunur. Sağlıklı bir kadında normal düz kas kılıfı ve venöz spongioz doku birlikte üretranın kapalı olmasında ve pasif üriner kontinansta önemli rol oynarlar (40).

Üretral sfinkter internal ve eksternal olmak üzere iki kısımda incelenmektedir. İnternal sfinkter tam olarak üretrovezikal birleşim yerinde yer almaktadır ve bugün için buradaki kas liflerini, detrüsr liflerinin devamının oluşturduğu kabul edilmektedir. Detrüsrün bu kısmında daha çok alfa inervasyon hakimdir. Bu bölgedeki fonksiyon bozukluğunun kadınlarda açık mesane boynuna yol açtığı düşünülmektedir. Üretranın 1/3 orta bölümünü saran istemli olarak çalışan çizgili kas yapısında eksternal sfinkter yapısı mevcuttur. Eksternal sfinkter üç farklı yapı içermektedir. Bunlar proksimal kısmında sirküler band yapısında kas, distal kısmında kasın vajinal duvara bağlandığı üretrovajinal sfinkter, ve en distal kısmında perineal membrana bağlı kompresör üretradır (40).

Pelvik Taban ve Destek Dokular

Genital ve üriner traktuslar gelişimlerinin en erken evrelerinden itibaren embriyolojik ve anatomik olarak yakın ilişkiindedirler. Mesane doğrudan ön vajen duvarının üstünde yerleşmiştir ve üretra ona birleşiktir. Bu yapıların her ikisi de, pelvik tabandaki diğer yapılar gibi, gebelik ve doğum sırasında risk altındadır. Pelvik tabandaki her organ sistemi (üriner, genital, intestinal) pelvisi geçer ve kendine ait delikten çıkarlar. Bu nedenle bu sistemler fonksiyonlarında ve anatomik desteklerinde birbirlerine karmaşık olarak bağlıdır (40, 96).

Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafında symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırladığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiadicaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır. Pelvik tabandaki çizgili kaslar kendi fasial bağlantıları ile birlikte çalışarak tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsusunu önlerler ve kontinansı sağlarlar. Kemik pelvisin koruyucu rolü belirgin iken, pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve bunların ligament

bağlantıları ile desteklenmektedir. Pelvik kaslar rijit ve sert bir yapı olmaktan çok değişen durumlarda değişen cevaplar verebilen dinamik bir destek görevi görmektedirler. Pelvik taban kaslarının fonksiyonel anatomisi uzun zamandan beri çalışılmakla beraber çok az anlaşılmıştır. Pelvik taban kasları üriner ve fekal kontrolü sürdürmek için kasılır, barsak ve mesane boşaltımına izin vermek için gevşerler. Normal kadın seksüel cevabında rol oynarlar. Pelvik taban miadında doğan bir bebeğin doğumuna izin vermek için çok fazla gerilmek, ancak postpartum dönem sırasında değişik fonksiyonlarını sürdürmek için tekrar kasılmalıdır (96, 106).

Üretra, mesane, rektum ve pelvisin destek yapılarının hepsi pelvik tabanın parçaları olduğundan bu organların fonksiyonları pelvis kas yapısı kavranmadan gerçekten anlaşılabilir. Pelvik taban iki temel kas yapısı ve bunların zarlarından oluşur. Bunlar pelvik diyafram ve ürogenital diyaframdır (40, 78, 106).

Pelvik diyafram pelvik organların ve endopelvik fasianın hemen altında yer alan ve abdominopelvik kaviteye primer destek görevi gören çizgili kas tabakasıdır. Bu kısımda Musculus Coccygeus ve Musculus Levator Ani olmak üzere iki kas yer alır. Musculus Coccygeus spina ischiadica ile sacrococcygeal bölge arasında yer alır. Arka pelvik segmente olan desteğe yardımcı olur. Musculus Levator Ani ise pelvik organ desteğinde önemli rolü üstlenen kas grubudur. Diyafragmatik (iliococcygeus) ve daha önemli olan pubovisseral (pubococcygeus) kısımlarından oluşmaktadır. İliococcygeus diğer tarafa göre daha ince bir kas yaprağı şeklinde olup, her iki tarafta pelvik yan duvar ve arcus tendineusun olduğu bölgeden başlar ve sacrococcygeal bölgede sonlanır. Pubococcygeal kısım ise daha kalın ve U şeklinde bir kas olup pubik kemikten başlayarak vajina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Pelvik organlara destek yapının sağlanmasında oldukça önemli bir role sahiptir. Pubovisseral kas kontrakte olduğu zaman rektum, vajina ve üretrayı öne doğru çekerek bu pelvik organların lümeninde daralma oluşturur. Kontinansın sağlanmasında ve genital organlara destek olunmasında kasın oluşturduğu esas mekanizma bu kontraktil özelliğidir (40, 78, 106).

Ürogenital diyafram, beş çift kastan oluşmuştur. Bunlar Musculus Transversus perinei superficialis, bulbospongiosus, ischiocavernosus, transversus perinei profundus ve sfinkter üretra kaslarıdır (78).

Pelvik Ligamentler: Sıklıkla yanlış olarak çeşitli pelvik ligamanların pelvik destekteki en önemli faktör olduğuna inanılır. Ligamanlar uzun süre destek sürdürmek için uygun değildir. Çünkü fibröz doku sürekli gerilmeye maruz kaldığında gevşer. Pelvik ligamanlar kendileri ağırlık taşıyan yapılar olmaktan çok, kas aktivitesince desteklenen yapıları yerlerinde tutmaya yararlar. Normal kas desteğinin kaybı ürogenital hiatusun gevşemesine ve genişlemesine yol açar ve hastaları pelvik organ prolapsusuna yatkınlaştırır. Pelvik ligamentler areolar dokunun gevşek yoğunlaşmaları, kan damarları ve kas lifleridir. Kendilerinin çok az destek kuvvetleri vardır ancak uterus ve vajinayı yerinde tutmak için palamar gibi görev yaparlar (106).

Bağ Dokusu: Vücudun yapıştırıcısıdır. Esas olarak polisakkarit zemin maddesi içinde elastin ve kollagen liflerinden oluşur. Bağ dokusunun bileşimi sabit değildir ve vücut boyunca farklı yerlerde değişir. Bağ dokusu organların yapısal bütünlüklerini sürdürmelerine yardım için kapsüller oluşturur ve kasları kaplayan fasyayı ve tendonları oluşturur ve vücutta onların diğer yapılara bağlanmalarının sağlar. Eğer bağ dokusu yetersiz olursa kas desteği zayıflar, çünkü kaslara görevlerini yapmalarına izin veren bağlantılar güvenilir hale gelir. Bağ dokusu değişmez değildir, strese cevap olarak sürekli değişim ve yeniden şekillenme geçiren dinamik bir dokudur. Hormonal değişimler, beslenme, yaşlanma kollagen doku sentezinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Stres üriner inkotinanslı kadınların fasyasında hem kollagen içeriği hem de kollagen kuvveti azalmış gibi görünmektedir (40, 78, 106).

2. 2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ VE KONTİNANS MEKANİZMASI

Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi

Alt üriner sistem inervasyonu otonom sinir sisteminde sempatik ve parasempatik sistemler ve eksternal üretral sfinktere ait somatik sinir sistemi olmak üzere üç kaynak tarafından sağlanmaktadır. Otonom sinir sisteminin bütün efferent yolları santral sinir sisteminin dışında yer alan ganglionik sinapslardan gelmektedir. Otonom sinir sisteminin nörofizyolojisi tam olarak anlaşılammış olmakla beraber sempatik sinir sistemi primer olarak mesane doluşunu, parasempatik sinir sistemi ise mesane

boşalmasını kontrol etmektedir. Somatik sinir sisteminin ise alt üriner sistemin nörolojik kontrolünde, pelvik taban ve eksternal üretral sfinkterin innervasyonu ile periferik bir rolü vardır (40).

Alt üriner sistemi oluşturan düz kaslar, S2-4 spinal segmentlerden pelvik sinir yoluyla gelen parasempatik ve T10-L2 spinal segmentlerden hipogastrik sinir yoluyla gelen sempatik sistem tarafından inerve edilir. Parasempatik uyarı pre ve postganglionik nöronlarda nörotransmitter olarak asetil-kolini kullanarak muskarnik tipteki kolinerjik reseptörlerden zengin olan detrusör kasında kontraksiyona yol açar. Mesane kontraksiyonunda asetil-kolin asıl nörotransmitter olduğu için detrusörün aşırı aktivitesinin kontrolü için kullanılan ilaçların tümünde antikolinerjik özellik bulunmaktadır. Sempatik uyarı nörotransmitter olarak preganglionik nöronlarda asetil-kolini, postganglionik nöronlarda norepinefrini kullanarak, alfa adrenerjik reseptörler aracılığı ile üretra ve mesane tabanı düz kaslarında kontraksiyon, beta adrenerjik reseptörler aracılığı ile detrusör kasında relaksasyona neden olur. Mesane bir beta adrenerjik, üretra ise bir alfa adrenerjik organdır (40, 78, 94, 106).

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 pudendustur (40).

Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistemin dolun fazı ve işeme fazı olmak üzere iki bölümde incelenen kontinans fonksiyonu; mesanede depolanan idrarın istemli olarak uygun yer ve zamanda üretradan dışarı atılmasıdır. Normal üriner kontinans mekanizmasında santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonlarının, mesane duvarı, detrusör, üretra ve pelvik taban kas ve bağ dokusunun normal olması gereklidir (78).

Kadınlarda gerek istirahat gerekse karın içi basıncını artıran stres durumlarında kontinansı sağlamak için üretra içi basıncın, mesane içi basınçtan yüksek olması gerekir. Dolun sırasında mesane basıncı, mesane duvarının pasif viskoelastik özelliği ve kortikal kontrol ile detrusör kasının relaksasyonu sonucu, minimal düzeylerde artış gösterir. Kontinansın sağlanabilmesi için stres ile artan karın içi basınç, mesane ve proksimal üretraya eşit olarak aktarılmalıdır (78).

İşeme fazının oluşabilmesi için pelvik taban ve çizgili kasların gevşemesi, üretral kapanma basıncının negatif değerlere düşmesi gerekir. Bunu sağlamak için, mesanedeki gerginlik ve doluluk hissinin başlattığı nörolojik aktivite ile kortikal kontrol altında sfinkterler istemli olarak gevşerken, detrusör kası kontrakte olur. Mesanedeki idrar boşaldıktan sonra, taban ve üretral çizgili kaslar kasılır. Sfinkterik yapıların kontraksiyonu ile üretra içi basınç artarken, eş zamanlı detrusör kasının relaksasyonu ile mesane içi basınç azalır (78).

2. 3. ÜRİNER İNKONTİNANS

Kadın alt üriner sistem bozuklukları ile ilgilenen ürojinekoloji biliminin konusu olan üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından 1976 yılında “sosyal ya da hijyenik sorun haline gelen istem dışı idrar kaçırma” olarak tanımlanmıştır (44, 74). Ancak mevcut tanımın epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmayışı, araştırmacılar tarafından farklı üriner inkontinans tanımlarının kullanılması ve buna bağlı araştırma sonuçlarının karşılaştırılmayışı nedeniyle, standart bir tanım oluşturma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yeni bir tanım geliştirme çalışması yapan ICS, 2002 yılında 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 (28).

Soru formu kullanılarak yapılan pek çok araştırmada üriner inkontinans bir semptom olarak kabul edilmekte ve inkontinans varlığı hasta öyküsünden elde edilen verilerle saptanmaktadır (34).

2. 3. 1. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ

1. Stres İnkontinans

Fizik aktivite sırasında karın içi basınç artışı ile birlikte üretradan idrar kaçırmadır. ICS gerçek stres inkontinansı “detrusör kontraksiyonu olmadan mesane içi basınç maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman, istem dışı idrar kaçıma” şeklinde tanımlamıştır. Detrusör kas faaliyeti normal olup yetersiz üretra söz konusudur (55).

ICS 2002 yılında yayınlandığı raporda stres üriner inkontinansı; semptom olarak “hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı” bulgu olarak “hapşırma, öksürme, güç harcama ve egzersiz anıyla uyumlu olarak üretradan istemsiz olarak oluşan idrar kaybının gözlenmesi” olarak tanımlamaktadır (78).

Stres üriner inkontinansın bir çok sınıflaması yapılmıştır. Bu sınıflamalar içerisinde en sık kullanılanlar Blavias ve Olsson (1998), Mc Guire ve Raz sınıflamalarıdır (55, 58).

Blavias ve Olsson’a göre :

Tip 0: Hasta tipik inkontinans semptomlarından şikayetçidir, ancak klinik ve ürodinamik olarak idrar kaçıışı gözlenmez.

Tip I: Dinlenme esnasında mesane boynu kapalıdır ve simfizisin alt kenarı üzerinde yer alır. Stres durumunda mesane boynu ve proksimal üretra 2 cm’ den daha az desensus gösterir ve artmış abdominal basınç esnasında üriner inkontinans belirgindir. Sistosel çok azdır yada yoktur.

Tip II A: Mesane boynu istirahat durumunda kapalıdır ve simfizisin alt sınırının üzerinde yer alır. Stres durumunda mesane boynu ve proksimal üretra açılır, rotasyonel desensus ile karakterize sistoüretrosel vardır. Artmış abdominal basınç esnasında üriner inkontinans belirgindir.

Tip II B: Mesane boynu istirahat durumunda kapalıdır ve simfizis pubisin alt kenarının altındadır. Stres anında II A’ ya ek olarak daha fazla desensus olabilir ya da olmayabilir, fakat proksimal üretra açıktır ve inkontinans oluşur.

Tip III: Mesane boynu ve proksimal üretra istirahatte detrusör kontraksiyonu olmaksızın açıktır. Proksimal üretra sfinkter olarak fonksiyon görmez. Yerçekimi veya minimal intravezikal basınçla bile belirgin idrar kaçıışı vardır (55, 58).

Stres inkontinans ayrıca anatomik inkontinans ve iç sfinkter yetmezliği diye ikiye ayrılabilir. Tip III' e kadar olanlar anatomik inkontinans, Tip III ise iç sfinkter yetmezliği ile aynıdır (55).

Anatomik Stres Üriner İnkontinans

Gerçek stres inkontinans olarak adlandırılan anatomik stres inkontinans, tüm stres üriner inkontinans olgularının yaklaşık % 90-95'ini oluşturur. Genellikle ileri yaş obez ve multipar kadınlarda görülür.(55). Mesane ve üretranın intrinsek sfinkterik fonksiyonu normal olup, istirahat halinde üretra duvarı kapalıdır ve kontinans devam eder. Öksürme, ağır kaldırma gibi intraabdominal basınç artışlarında üretra kapanma basıncı negatif olur ve idrar kaçağı görülür. İdrar kaybı, proksimal üretra ve mesane boynu desteğinin zayıflaması ve bu yapıların stres anında posterior rotasyonla aşağıya sarkması ve karın içi basınç artışının mesane tabanı ve üretraya yeterince iletilmemesi sonucu gelişir (78).

Green, stres üriner inkontinansın (SUI) sınıflandırmasını yapan ilk araştırmacılardan biridir. SUI' nin posterior üretrovezikal açının bozulması sonucu olduğunu belirtmiştir. Hastaları üretrovezikal yapının anatomik desteğine göre iki kategoriye ayırmıştır. Tip 1 SUI da posterior üretrovezikal açı artmıştır. Mesane boynu arkaya ve aşağıya doğru hafifçe yer değiştirmiştir. Tip 2 SUI' da posterior üretrovezikal açı kaybı ile proksimal üretra ve mesane hipermobilitesi mevcuttur. Üretra da normal açı ve pozisyonunu kaybetmiştir. Green tarafından önerilen bu sınıflandırma inkontinansın şiddetinden çok çevre anatomik destek yapıdaki hasarın büyüklüğü hakkında fikir vermektedir. Bu sınıflamanın amacı operasyon tipi seçimine yardımcı olmaktır. Tip 1 hastalarda vaginal onarım %90 kür oranı vermektedir. Tip 2 de vaginal onarım başarısı %50 iken, retropubik süspansiyonlar %90 kür sağlamaktadır (7).

İntrinsik Sfinkter Yetmezliği

Üretra sfinkterik fonksiyonunu kaybetmiştir. Üretra duvarı kapanamaz ve üretra içi basınç genellikle çok düşüktür. Etyolojisinde pelvik relaksasyon yoktur. Önceki pelvik cerrahi, travma ve radyasyon ile ilişkilidir (55, 58).

2. Urge İnkontinans

Dolum fazında istemsiz gelişen ve inhibe edilemeyen detrusör kontraksiyonları ve bunun sonucunda gelişen üriner yakınmalarla ilgili klinik durumdur. Urge inkontinansı olan kişi ani ve aşırı işeme hissi ile birlikte istemsiz idrar kaybından yakınır. Genellikle tuvalete gidene kadar idrar kaçırılır ve ciddi miktarda idrar kaybı olur. Mesaneyi irite edici enfeksiyonlar, cerrahi girişimler, serebrovasküler sorunlar urge inkontinansa neden olmaktadır. Stres inkontinansın sonra en sık görülen inkontinans tipidir. Herhangi bir nörolojik bozukluğa bağlı olmadan gelişen urge inkontinansa “detrusör instabilitesi”, nörolojik bozukluklar sonucu gelişen mesane kontraksiyonlarının varlığı durumuna “hiperrefleks mesane” denir (29, 55).

3. Miks İnkontinans

Urge ve stres inkontinansın birlikte görüldüğü inkontinans tipidir. Urge ya da stres inkontinans belirtileri daha belirgin olabilir (7, 29, 78).

4. Overflow (taşma) İnkontinansı

Düşük aktivitede detrusör kası ve overaktif üretra varlığı söz konusudur. Mesanede aşırı idrar birikmesine bağlı basınç artışı, ardından oluşan idrar kaçağı ile karakterize olan bu tip inkontinans, boşaltım fazındaki mesane ya da üretra disfonksiyonu sonucu gelişir. Boşaltım fazında detrusör kontraktilesini azaltan veya sfinkterik yapıların tonüsünü artırarak spazmına neden olan nörolojik, farmakolojik ve psikojenik etkenler yanında, üretral obstrüksiyon yapan mekanik nedenler de taşma inkontinansına yol açabilir. Hastada sık sık yada sürekli damlama ve idrar kaçırma şikayetlerine yol açar (55, 78).

5. Total (devamlı) İnkontinans

Bağlantısız sürekli istemsiz idrar kaçırma durumudur. Total inkontinans; şiddetli üretral sfinkter yetmezliği, üriner sistem fistülleri, konjenital anomaliler, spinal kord

yaralanmaları, zor doğumlar ve üriner sistemin nörolojik işleyişini bozan cerrahi girişimler, radyoterapi ve overflow inkontinans sonucu görülebilir (7, 78).

6. Transient (geçici) İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans olarak bilinen geçici inkontinans üriner sistem dışındaki fiziksel bozukluklar yada psikolojik nedenlere bağlı olarak gelişen idrar kaybıdır. Hareket sınırlamaları, yabancı bir ortamda bulunma, eklem anomalileri, kas güçsüzlükleri ve üriner sistem enfeksiyonları bunların arasında yer almaktadır. Fonksiyonel inkontinansın nedenlerini kolay anımsayabilmek için Resnick “DIAPPERS” kısaltmasını geliştirmiştir. Bu kısaltma şu şekildedir:

Delirium: Deliryum yada konvüzyon durumu

Infection: Enfeksiyon

Atrophic urethritis or vaginitis: Atrofik üretritis yada vaginitis

Pharmacology: Farmakoloji

Psychology: Psikolojik nedenler

Excessive uriner output: Aşırı idrar çıkışı

Restricted mobility: Hareket kısıtlılığı

Stool impaction: Fekal tıkaç (78).

2. 3. 2. ÜRİNER İNKONTİNANSIN EPİDEMİYOLOJİSİ VE MALİYETİ

Üriner inkontinansın epidemiyolojik çalışmaları inkontinanslı nüfusu ve bunlarda etken olan risk faktörlerini belirlemek için yapılmaktadır. İdrar kaçırmak insanlar tarafından kabul edilmesi zor bir durum olarak görüldüğü için yapılan çalışmaları sınırlamakta ve dolayısı ile bu sıkıntı verici sorunun gerçekte ne kadar çok kişi tarafından yaşandığı saptanamamaktadır (7, 29, 64, 111).

Üriner inkontinans her yaştaki kadında özellikle orta yaştan sonra sık görülen, mortalite riski taşımasa da hijyenik, sosyal ve psikolojik problemlere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik seyirli bir durumdur. Üriner inkontinans yaşlanma ve doğum yapmanın bir sonucu olarak gelişebilir veya başka birçok predispozan faktör

vardır. İnkontinans yaşlılarda çok görüldüğünden yalnızca yaşlılığa özgü bir rahatsızlık olarak algılanmamalıdır, orta ve genç yaş gruplarında da sıklıkla görülür. Yapılan araştırmalarda yaşlı kadınların akrabaları tarafından evden uzaklaştırılıp, bir bakım kurumuna bırakılıp bırakılmayacağına karar verilmesinde önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (78).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve iritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durumdur. Üriner inkontinans tüm yaşlardaki kadınların %15-30' unun seksüel, fiziksel, mesleki, psikolojik, ailevi ve sosyal yaşantısını etkilemektedir. Kadınların özellikle ev işlerini, fiziksel eğlence ve hobilerini etkiler. Kadınlar potansiyel utandırıcı durumların oluşmasından kaçınırlar ve tuvalet bölgesinde yeni bir yaşam organize ederler. Yapılan çalışmalarda kadınların 2/3' ünün evden çıkarken koruyucu ped kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite ve elbise seçimi gibi faaliyetlerde sınırlamalar getirdiği, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde zorluklar yaşadığı saptanmıştır. Üriner inkontinansı olan kadınlar sağlık kuruluşuna başvurmak yerine bu sorunu emici pedlerle çözmeye çalışırlar. Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların üriner inkontinansa yönelik bakım ürünlerine yılda ortalama 900 dolar harcadığı belirtilmiştir. Özetle üriner inkontinans sağlık kaynaklarının yanında ekonomik kaynaklara da büyük bir yük oluşturmaktadır (20, 74, 78, 95). Coyne ve arkadaşları çalışmalarında Amerika'da üriner inkontinansın maliyetini yılda 10 milyon dolar, Margalith ve arkadaşları ise 7 milyon dolar olarak belirtmişlerdir (20, 70).

Üriner inkontinans kişilerin ve ülkelerin sağlık harcamalarında diyabet ve hipertansiyon kadar olmasa da önemli bir maliyet oranına sahiptir. İdrar kaçığını önleme amaçlı kullanılan emici ürünler ve tedavi harcamaları, hem kişilerin ev ekonomilerini olumsuz etkilemekte hem de ülkenin sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırmaktadır. Amerika ve İsveç'te yapılan araştırmalarda üriner inkontinans için yapılan harcamaların, sağlık giderleri için ayrılan bütçenin %2'sini oluşturduğu belirlenmiştir (78).

2. 3. 3. ÜRİNER İNKONTİNANSIN PREVALANSI

Toplum içerisinde üriner inkontinansın prevalansının bilinmesi, bu rahatsızlığa sahip olan kişiler için alınacak tıbbi ve mali önlemlerin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu güne kadar yapılan üriner inkontinans prevalansı ile ilgili çalışmalarda kesin bir değer verilmemektedir. Bu durum çalışmanın yapıldığı popülasyona, kullanılan metoda, toplanılan bilgi ve hastalığın tanımlanmasının farklı olmasına, tanı yöntemlerinin ve istatistiksel kayıtların yetersizliğine bağlanmaktadır (7, 58, 101).

Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansının 30 yaş civarında %10 iken, 64 yaşında %30'a çıktığı bulunmuştur. ABD'de yapılan MESA (The Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Aging) çalışmasında bir yıllık inkontinans hızı, 60 yaş ve üzeri kadınlarda %20' dir. Bakım ve huzur evlerinde kalan hastalarda bu oran % 21.3 ile %65.2 arasında değişmektedir. Kadınlarda 80 yaşına kadar inkontinans şikayeti erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmekle beraber bu yaştan sonra eşitlenmektedir (43). Bazı araştırmacılar % 10 kadında devamlı inkontinans olduğunu ve %50 kadarında da zaman zaman inkontinans olabileceğini ileri sürmektedir. (16). Genel olarak kadınların tümü için üriner inkontinans prevalansı %25 olarak kabul edilmektedir.(58). Üriner inkontinans prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 20-59 yaş grubu kadınlarda prevalans %39.6 iken, postmenopozal dönemdeki kadınlarda bu oran %56' ya kadar yükselmektedir (64).

Ülkemizde Üriner İnkontinansın Prevalansı

Ülkemizde üriner inkontinansın prevalansını belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalardaki prevalans oranları farklılık göstermektedir. Turan ve arkadaşları (104) 1250 Türk kadınında yaptıkları çalışmada 307 kadında (% 24,5) istem dışı idrar kaçırma saptamışlardır. İnkontinanslı kadınların %50' den fazlasının haftada en az bir kere, %27'sinin günde bir kere, %21'inin ise elbiselerini değiştirecek ölçüde idrar kaçırma şikayeti yaşadığını saptamışlar. Ayrıca üriner inkontinans prevalansı en düşük 18-29 yaş grubunda %12, en yüksek 40-44 yaş grubunda %29 olarak bulunmuştur. Koçak ve arkadaşları (59), 18 yaş ve üzeri 1012 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %23.9, Özerdoğan 20 yaş ve üzeri 625 kadınla gerçekleştirdiği çalışmasında prevalansı %25.8 olarak belirtmiştir (78).

2. 3. 4. ÜRİNER İNKONTİNANSIN RİSK FAKTÖRLERİ

Üriner inkontinansın risk faktörleri; yapısal, ürojinekolojik, nörolojik ve davranışsal olarak sınıflandırılabilir. Obezite, beyaz ırk, ileri yaş ve kadın cinsinden olmak yapısal risk faktörleri olarak belirtilse de bazı araştırmacılar yaş ile üriner inkontinans arasındaki direkt korelasyonu reddetmektedir (78).

Sistosel, uterus prolapsusu, menopoz, histerektomi ve diğer ürojinekolojik operasyonlar, doğum ve gebelik, ürojinekolojik enfeksiyonlar inkontinans gelişiminde risk faktörleridir. Felç durumu, immobilité, spinal kord yaralanmaları ve diyabet gibi kronik hastalıklarla gelişen nörolojik hasarlar ve kognitif bozukluklar nörolojik risk faktörleri olup, stres inkontinansın çok urge inkontinansa neden olurlar (78).

Üriner inkontinans için davranışsal risk faktörleri; aşırı alkol, kafein ve tütün kullanımı, düşük fiziksel aktivite, psikososyal bozukluklar ve sosyal tuvalet alışkanlıklarıdır (78).

Yaş ve Cinsiyet

Yaşlanma ile birlikte mesane fonksiyonları zayıflamakta ve inkontinans riski artmaktadır. Yaşlanma ile kadınlarda sık görülen hastalıklar inkontinans mekanizmasını bozarak, üriner inkontinansa yol açabilmektedirler. Bunlar; demans, üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyon, azalan mobilite, akut hastalıklar, ilaçlar (diüretik ve hipnotikler gibi), çevre değişikliği (hospitalizasyon gibi), kalp yetmezliği, östrojen yetersizliği, metabolik bozukluklar, endokrin bozukluklar (diyabet gibi) ve renal problemlerdir (64, 78).

Yapılan bazı çalışmalar artan yaşın minimal düzeyde risk faktörü olduğunu ve genç kadınlarda daha yüksek prevalans gösterse de Güneş ve ark. (41) 20 yaş üzeri kadınlarla, Peyrat ve ark. (86) 20-60 yaşları arasındakilerde, Koçak ve ark. (59) 18 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmalarda yaş ile birlikte üriner inkontinans prevalansının arttığını belirtmişlerdir.

Irk

Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinansın gelişiminde rol oynadığını, stres inkontinansın beyaz ırkta; zenci, Çin ve Eskimo kadınlarından daha sık görüldüğünü göstermişlerdir. Bu kadınların pelvik taban kaslarının ve ligamentlerinin beyaz kadınlara göre daha güçlü olduğu düşünülmektedir (7, 48, 64, 78).

Obezite

Obezite üriner inkontinansı olan kadınlarda, olmayanlara göre daha sık olarak görülmektedir. Obezite nedeniyle karın içi basıncındaki artmanın, kontinans mekanizmasını bozduğu düşünülmektedir (78).

Dwyer ve arkadaşları detrüsör instabilitesi ve stres inkontinansı olan kadınların normal popülasyondan daha obez olduğunu bildirmişlerdir . Bump yaptığı bir çalışmada cerrahi olarak kilo kaybeden 13 inkontinent kadında subjektif iyileşme saptamıştır. Operasyondan 1 yıl sonra sadece 3 kadında inkontinans şikayetinin devam ettiğini ve 1 kadının da tedavisi için cerrahi girişimin gerekli olduğunu belirtmiştir (64).

Obstetrik Risk Faktörleri

Üriner inkontinansın gelişiminde çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır. Bunlar; gebelik, doğum, doğum tipi (vajinal, aletli doğum, sezeryan), epizyotomi uygulamasının yapılması ya da yapılmaması, çoğul gebelik, iri bebek doğumu gibi faktörlerdir (44, 78, 83, 99).

Danforth ve ark. (24) 2'den daha fazla doğum yapanlarda nulliparlara göre üriner inkontinans riskinin %67 oranında arttığını rapor etmişlerdir. Groutz ve ark. (39) multipar kadınlarda üriner inkontinans prevalansının nullipar kadınlara göre daha yüksek olduğunu, nullipar ve primiparlar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşın Buchsbaum ve arkadaşları nullipar ve onların multipar kardeşleri üzerinde yaptıkları çalışmalarında paritenin üriner inkontinans görülmesinde etkisi olmadığını belirtmişlerdir (15).

Bağ Dokusu

Stres inkontinans ve pelvik taban yetmezliği durumlarında, bağ dokusunda bulunan kollajen oranlarında düşme olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Araştırmalarda stres inkontinanslı hastaların karın duvarı kollajen yapılarının, kontinant olanlara göre daha sert yapıda olduğu, stres inkontinans hastalarında pubovezikal fasyadaki kollajen fibrinlerin, anormal çapraz bağlar nedeniyle daha zayıf olduğunu belirtilmiştir (64).

Menopoz

Üretra epitel, vajina epitel ile ortak embriyolojik kökene sahip olduğu için, seks steroidlerinden benzer şekilde etkilenir. Yapılan çalışmalarda pubokoksigeus kası, üretra ve mesane trigonunda östrojen reseptörlerinin çok yoğun olarak bulunduğu görülmüştür. Gebelik, menopoz ve menstrüel siklus dönemlerinde steroid hormonların düzeylerindeki değişim, alt üriner sistemde semptomatik, sitolojik ve ürodinamik değişikliklere neden olmaktadır (78).

Histerektomi

Genellikle inkontinans operasyonunun bir komplikasyonu olarak ortaya çıkar (7). Histerektomi sonrasında üriner inkontinans riski; pelvik sinir hasarına, overlerin alınması durumu varsa östrojen yetmezliğine ve mesane desteğinin bozulması gibi durumlara bağlı olarak artmaktadır (78).

Prolapsus ve Anterior Onarım

Genital prolapsus ve üriner inkontinans sık görülen şikayetler olup, aynı hastada birlikte bulunabilmektedirler (58, 64, 78). Fekal inkontinans, rektal ve genital prolapsusu olan hastalarda, üriner inkontinansın daha sık görüldüğü bulunmuştur (78).

Sigara Kullanma

Sigara içmek mesane basıncını artırmakta ve öksürükle üriner inkontinansın oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Özerdoğan, Bump ve McClish'in yaptıkları çalışmalarında sigaranın kadınlarda stres üriner inkontinans riskini 2,5 kat artırdığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada günde 1 paketten fazla sigara içen kadınlarda stres üriner inkontinans riskinin 5 kat arttığı belirtilmiştir. Nedenini ise; şiddetli öksürmeden

dolayı sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonunun bozulması, sigara içenlerde kollajen sentezinin az olması ve östrojen seviyesi üzerinde olumsuz etkilerinin olması olarak ifade etmişlerdir (78).

Üriner Sistem Enfeksiyonu

Üriner sistem enfeksiyonları, kadınların sağlık kurumlarına başvurma nedenlerinin en yaygın olanlarından. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon, istemsiz detrusor kontraksiyonlarına yol açmakta ve endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterik yetmezlik gelişmektedir. Çok sayıda araştırma, üriner sistem enfeksiyonlarının özellikle urge inkontinans gelişiminde rol oynadığını göstermektedir (78).

Diğer Risk Faktörleri

Üriner inkontinansa ait bildirilen başka risk faktörleri de bulunmaktadır. Bunlar; kronik konstipasyon, diüretik ilaçların kullanımı, radyasyon, ağır egzersizler, spinal kord yaralanmaları, fonksiyonel yetersizliğe ve bilişsel bozukluğa neden olan hastalıklar, enürezis, 20 yaşından önce doğum yapma, diyabettir (64).

2. 3. 5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ

Kadın üriner inkontinansının tedavisi davranışsal, farmakolojik ve cerrahi olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir.

Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Bu tedavi yöntemleri; ucuz, yan etkisi az, evde, işyerinde ve klinikte kolay uygulanabilir olmaları açısından avantajlıdır (7, 78).

Diyetle İlgili Değişiklikler

Öncelikle kişinin diyet, sıvı alımı, tuvalet alışkanlıkları ile ilgili uygulamalarında basit değişiklikler yapılması, inkontinans şikayetinin azalmasına yardımcı olabilir. Mesaneyi irite edebilen içecek ve yiyeceklerin belirlenerek, bunların tüketilmemesi gerekir. Kahve, çay, soda, çikolata, asitli içecekler, domatesten yapılan salça ve soslar, baharatlı yiyecekler ve yapay tatlandırıcılar mesanede iritasyona neden olabilen yiyecek

ve içeceklerin sadece bazılarıdır. Denenerek yiyeceklerden hangisinin zararlı olduğu belirlenmelidir. Gün boyunca yeterli sıvı alımı yapılmalıdır. İnkontinans epizodlarının azaltılması için yeterli miktarda sıvı alınmaması idrarı daha konsantre hale getirir, mesane ve üretra mukozasını irite ederek daha sık idrar kaçığına neden olur. Aynı zamanda konsantre olan idrar daha kötü kokar ve deride tahrişlere yol açar. Eğer gece sık idrara çıkma problemi varsa, akşam saatlerinden sonra sıvı alımı sınırlandırılmalıdır (78).

Konstipasyon durumu üretranın kısmen tıkanmasına neden olur ve mesaneyi irite edebilir. Yeterli sıvı ile birlikte lif oranı yüksek besinlerin alınması, konstipasyonu önleyebilir. Eğer konstipasyon gelişmiş ise lavman uygulaması ve laksatif kullanımından kaçınılmalıdır. Bu uygulamaların düzenli kullanımı, barsakların spontan fonksiyonlarını engellemektedir. Kilo fazlalığı varsa, fazla kiloların verilmesi sağlanmalıdır. Yapılan egzersizler ve diyetle kilo verilmesi, karın içi basıncında düşme ve semptomlarda önemli oranda iyileşme sağlayabilmektedir. Sigara kullanımı hem içindeki nikotin ile mesaneyi irite eder hem de öksürüğe neden olarak karın içi basıncının artmasına neden olur. Bu nedenlerle sigaranın bırakılması gerekir (78).

Mesane Eğitimi

1966 yılında Jeffcoate ve Francis tarafından geliştirilen mesane eğitimi, urge inkontinanslı hastalarda yarar sağlayan, bu hastalarda ilk sırada uygulanması gereken davranışsal tedavi girişimidir (7).

Öncelikle hastanın üriner günlük ile işeme şeması çıkartılır ve işeme aralıkları değerlendirilir. Mesane eğitiminde hedef, mesane volümü ve uyumunu artırarak inkontinansın olmadığı 3-4 saatlik işeme aralıklarına ulaşmaktır. İşeme aralığı her hafta ortalama 30 dakika artırılır ve bu artırma 6 hafta süreyle devam eder. Hastanın işeme aralıklarını uzatabilmesi için sıkışma hissini baskılaması gerekir (7, 58, 78).

Pelvik Taban Egzersizleri

Kegel egzersizleri olarakta bilinen pelvik taban egzersizleri, stres üriner inkontinansın tedavisinde konservatif bir yaklaşım olarak, 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. Bu egzersizi yaparken doğru kasların kasılıp gevşetilmesi, bunun içinde kasların yerinin ve kasılma şeklinin hastaya öğretilmesi tedavinin başarısı

için önemlidir (78).

Doğru kasların kasılıp kasılmadığını hastaya öğretmek için stop testi (işeme sırasında idrar akımını durdurarak, bu sırada kullandıkları kasları kasma ile) vajinal kon, perineometer, biofeedback vb. yöntemler kullanılabilir. Literatürde pelvik taban egzersizlerinin düzenli olarak yapan stres üriner inkontinanslı kadınlarda %60-80 oranında iyileşme belirtilmiştir (37, 58, 78).

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. İnkontinans sorunu olan hasta, biofeedback aracılığı ile pelvik taban kaslarını belirlemeyi ve seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. Yapılan çalışmalarda biofeedback uygulanan hastaların % 50' sinde anlamlı bir iyileşme olmuştur (7, 29, 58, 78).

Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu (FES)

Stres ve urge olmak üzere her iki inkontinans tipinde de uygulanan bu tedavi yönteminde, hastanın intravajinal ve intraanal bölgesine yerleştirilen elektrodlarla verilen elektrik akımıyla, pudental sinirin stimülasyonu sağlanır. Elektriksel stimülasyon internal üretral sfinkterik fonksiyonun artmasını, mesane kontraktilesinin azalmasını ve detrusör inhibisyonunu sağlayarak, kontinansın gelişmesine katkıda bulunur (78).

Vajinal Konlar

Ağırlıkları 20-100 gr arasında olan bu araçlar, vajinaya yerleştirilirler ve pelvik taban kaslarının aktif ve pasif kontraksiyonları ile orada tutulurlar. Hem pelvik taban egzersizlerinin öğretilmesinde, hem de kas gücünün artırılmasında kullanılırlar (58, 78).

Mekanik Araçlar

Üriner inkontinansa diğer yöntemlere cevap vermeyen, cerrahi tedavi uygulanamayan hastalarda ya da geçici koruma sağlamada kullanılan araçlardır. Bunlar;

Destekleyici araçlar: İhtiyaç duyulduğunda ya da egzersiz süresince, mesane boynunun kaldırılması amacıyla kullanılırlar (Vajinal tamponlar, vajinal peser, mesane boynunu destekleyici protezler)

Bariyer araçlar: Kontinans pedleri, üretral tıplar,intraretral araçlardır (78).

Üriner İnkontinansta Farmakolojik Tedavi

Antikolinerjik Ajanlar

İstemsiz mesane kontraksiyonlarını inhibe ederek mesane uyumunu ve kapasitesini artırırlar. Etken maddeleri oxybutynin, flavoxate, propantheline, dicyclomine olan ilaçlar bu grupta yer almaktadır. Ağız kuruluğu, cilt kuruluğu, görme bozuklukları yapabilirler (7, 26, 78).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Mesane düz kasının gevşemesinde intrasellüler kalsiyum salınımına veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki ederler. Bu grupta yer alan bazı ilaçların etken maddeleri nifedipin ve terodilin'dir. dem, hipotansiyon, bulantı, halsizlik, taşikardi yapabilirler (26, 78).

Trisiklik Antidepresanlar

Mesane kontraksiyonlarını azaltıp, mesane boynu direncini artırırlar. Bu grup etken madde olarak imipramin hidroklorür ve doxepin'i içerir (78).

Prostaglandin İnhibitörleri

Mesane kontraksiyonlarının inhibe edilmesinde rol oynarlar. İndometazin ve mefenemik asit etken maddelerindendir (78).

Alfa-adrenerjik Ajanlar

Üretra basıncında artma sağlayarak hafif şiddetteki stres inkontinansta etkili olabilirler. Anksiyete, huzursuzluk, solunum güçlüğü, terleme, ritm bozuklukları, hipertansiyon gibi yan etkileri vardır (7, 78).

Östrojen Replasman Tedavisi (HRT)

Östrojen yokluğunda gelişen atrofi nedeniyle üriner sistemin duysal iritabilitesi artmakta ve nöromodülatör denge bozulmaktadır. HRT tedavisi inkontinansın bütün tiplerinde uygulanır. Bu tedavi ile alt üriner sistem iritasyonuna bağlı görülen yakınmalarda belirgin bir iyileşme sağlanmasına rağmen (%70-80), inkontinans yakınmasında aynı oranda bir azalma olmamaktadır (%40-50) (78).

Üriner İnkontinans Tedavisinde Cerrahi Yöntemler

Üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı öykü, fiziksel muayene, klinik ve ürodinamik testleri içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrasında verilmelidir. Hastanın inkontinans patofizyolojisi çok iyi değerlendirilmeli ve en uygun operasyon seçilmelidir. Üriner inkontinans için uygulanacak cerrahi prosedürler:

Vaginal operasyonlar

-Kolporafi anterior-Kelly-Kennedy plikasyonu

Retropubik operasyonlar

-Marshal Marchetti Krantz

-Burch

-Paravaginal tamir

Kombine yaklaşımlar

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

-Sling

-Subüretral sling

-Vaginal duvar sling

TVT

Periüretral enjeksiyonlar (intra, paraüretral)

Laparoskopik yaklaşımlar (26).

2. 4. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. 1960’ lı yıllarda ABD’ de yaşam kalitesinin yükseltilmesi birinci hedef olarak kabul edilmiş, daha iyi bir yaşam kalitesi için gelir, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam koşullarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır (7, 78).

Psikologlar yaşam kalitesi kavramının yaşam koşullarının ötesinde yaşam koşullarından doyum bulup bulmama ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır. Yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanımlamalar yapılmış olsa da, genel anlamda, bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden memnun olmasıdır (7).

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlarda yaşam kalitesi kavramı sık olarak gündeme gelmektedir. Bireylerin beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşamdan beklentilerinin artması yaşam kalitesinin önemini artırmaktadır. Yaşam kalitesiyle ilgili çalışmaların yoğunluğuna rağmen tanımında hala belirsizlikler vardır. Scmacher ve arkadaşları yaşam kalitesini “bireylerin yaşamları ile ilgili genel doyumları ve iyilik durumlarını algılayışları” olarak tanımlamaktadır. Cella “Fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Patrick ve Erikson’ a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, özürülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığın algılanması ve sosyokültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır (7).

Yaşam kalitesinin çok boyutlu, kompleks ve büyük oranda subjektif bir kavram olduğuna yönelik fikir birliği vardır ve bu boyutlar: fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlık ana başlıkları altında gruplandırılmaktadır (78).

Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Yaşam kalitesi; kişisel ve kültürel değerler, inançlar, kendi kendinin algılama, hedefler ve yaşam beklentisinin etkisi ile şekillenir. Hastalıklar, kazalar, tedaviler, kişiler arası ilişkiler ve sosyal desteği içeren insan deneyimleri yaşam kalitesini etkiler. Soyut bir kavram olan yaşam kalitesi, kişilerin kendi durumları ve kendi yaşam alanlarındaki sınırlılıklar ölçülerek değerlendirilebilir. Yaşam kalitesini belirlemek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (78).

Yaşam kalitesi ölçeklerinin genel ve hastalığa özgü olmak üzere iki tipi vardır. Genel ölçekler farklı klinik durumlara ve kişilere uygulanabilir ve hastalığa, tedaviye ve yaş grubuna özel değildir. Hastalığa özel ölçekler daha karmaşık durumları ve belirli bir tıbbi ve cerrahi hastalığın etkisini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (7, 8).

Üriner inkontinansla ilgili çalışmalarda kullanılan genel yaşam kalitesi ölçeklerinden örnekler:

- Nottingham Sağlık Profili (Hunt ve diğ.,1985)
- SF 36 Health Status Questionnaire (Jackson ve diğ., 1985)
- Sickness Impact Profile (Bergner ve diğ., 1981) (278).

Üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden örnekler:

- Incontinence Impact Questionnaire (Wyman, 1987)
- Urogenital Distress Inventory (Shumaker, 1994)
- The York Incontinence Perceptions Scale (Lee ve diğ., 1995)
- Symptom Impact Index (Black ve diğ., 1996)
- The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (B- FLUTS) (Jackson ve diğ.,1996)
- Incontinence Quality of Life (I-QOL) (Wagner ve diğ., 1996)
- King' s Health Questionnaire (Kelleher ve diğ., 1997)
- Urge Incontinence İmpact Questionnaire (U-IIQ)
- Urge Impact Scale (URIS) (DuBeau ve diğ., 1999) (78).

2. 4. 1. ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak kalma ve iritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durumdur ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır (8, 36, 60, 92, 113).

Hastalıktan yakınanlar alıştıkları yaşam tarzının pek çok yönünü bırakmak zorunda kalırlar ve onların sosyal etkileşimleri kişiler arası ilişkileri, kariyerleri ve psikolojik durumları zarar görür. Özellikle günlük ev işleri, fiziksel eğlence ve hobi aktiviteleri olumsuz etkilenir ve potansiyel utandırıcı durumların oluşmasından kaçınılan tuvaletlere yakın yerlerde yeni bir yaşam şekli organize edilir (8, 38, 78).

Yapılan çalışmalarda kadınların % 3'ünün evden çıkarken koruyucu ped kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite, elbise seçimi gibi faaliyetlerine sınırlamalar getirdiği, aile ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde zorluklar yaşadığı saptanmıştır (8, 63).

Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinansı olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları belirtilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle eş ve iş ilişkilerinde ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (60).

Üriner inkontinans ve beraberindeki urgency, frequency, dizüri, nokturi ve suprapubik rahatsızlıklar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kadın üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendini kusurlu ve eksik olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hisseder. Kadınlar üriner inkontinansı genellikle yaşlanmanın doğal bir parçası, tedavi edilemez bir durum ve çocuk doğurmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak görürler (7, 8, 50).

Üriner inkontinanstaki gösterilen emosyonel tepkiler:

Utanma	Anksiyete
Kırgınlık	Depresyon
Damgalanma	Koku korkusu
Beden imajında bozulma	İnkar
Seksüel istekte azalma	Sosyal izolasyon
Suçluluk	Kendini kirli ve yetersiz hissetme
Toplumun alaycı tavrına karşı	
Kızgınlık (8, 50, 78).	

Üriner inkontinans semptomları geliştikten sonra kadınlar bunları saklamaya ve hayatlarını normal olarak sürdürmeye yönelik davranışlar geliştirirler. Sağlık kuruluşuna başvurmak yerine emici pedler ve çocuk bezleri ile durumu engellemeye çalışırlar. Dünyada çoğu kadın üriner inkontinansın yarattığı tüm bu sorunlara rağmen üriner inkontinans görüldükten ortalama 5 yıl sonra herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmakta veya hiç başvurmamaktadır (60).

Hastaların tedaviye başvurmayı geciktirme nedenleri:

- 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 isteği
- Operasyon korkusu
- Tedaviden ümitsizlik
- Çok meşgul olma
- Maliyet

Kadınların bu konuyu mahrem kabul ederek sağlık kuruluşuna başvurmaması üriner inkontinansın belirlenmesine yönelik olarak yapılacak tarama programlarının önemini daha da artırmaktadır. Hemşireler cinsiyet avantajları nedeni ile kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzey sağlık kuruluşunda görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler. Bu yüzden toplumda üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (60).

2. 5. KADIN CİNSEL SAĞLIĞI

İnsan yaşamak ve çoğalmak gibi iki biyolojik olayın etkisi altındadır. Hem üremeyi sağlayan, hem de yaşamın psikolojik, sosyolojik ve kültürel yönünü etkileyen cinsel yaşam, toplumlarda önemsenmekle birlikte konuşulmayan konular olma özelliğini korumaktadır. Fizyolojik süreçlerle karmaşık ruhsal süreçlerin etkileşimi sonucu belirlenen insan cinsel davranışı, iki bireyi birbiri ile son derece yakın ilişkiler içine sokarak, yoğun duygular gelişmesine ve bu ortam içinde bireyin mutluluk ya da mutsuzluk duygusunu yaşamasına neden olmaktadır (29).

Yetişkin yaşamının doğal bir parçası olarak kabul edilen cinsellik açıkça konuşulup tartışılmaktan kaçınılan bir konudur. Kadın cinselliğinin baskılanması kadın sağlığını olumsuz etkileyen cinsel sorunları gizlese bile yaşanmasına engel olamamaktadır (29).

2. 5. 1. Cinsellik ve Tarihi

İnsanlık tarihini incelediğimizde üremenin giz dolu işleyişi karşısında ilk toplumlar çok yönlü etkilenmiş, seks efsaneleştirilmiş, tabulaştırılmış ya da bereket ve üreme tanrıçalarından da anlaşılacağı gibi dinsel bir olguya dönüştürülmüştür (99). Anadolu'da yaşayan Hitit, antik Yunan ve Roma medeniyetlerine ait pek çok eser ve yazılı metinlerde Androloji ile ilgili rituellere rastlanılmaktadır. Bu dönemlerde cinsellik tanrısal bir güç olarak irdelenmiştir (29).

İnsan davranışı ve cinselliği bedensel, psikolojik ve sosyal koşullardan etkilenir. Cinsellik denince ilk akla gelen iki kişinin sevişmesidir, oysa cinsellik çok boyutludur (119). Cinsellik cinsel doyumunu ve iki insanın bir armoni içerisinde beraberliklerini içeren, sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan özel bir yaşantı olarak tanımlanabilir (29). Cinselliğin amacı sadece üreme değil, aynı zamanda kişilik, kişisel ilişkiler ve yaşamın güçlendirilmesidir. Cinselliği karşılıklı saygıya dayalı, mutlu ve güvenli ilişkiler ağında yaşamak bireyleri zenginleştirir (119).

Cinsellikle ilgili ilk bilgiler araştırıldığında MÖ 2000'li yıllara kadar uzandığı ve erektil disfonksiyonun ilk tanımının Mısır papirüslerinde yazılı olduğu görülür. Bu belgelerde, insanlar arası cinsel ilişki toplumsal bir kurala bağlanmıştır ve halk evlenme özgürlüğüne kavuşmuştur (29). Tıbbi yazılarında klitorisi ilk kez tanımlayan ve cinsel uyarılmanın odağı olduğunu söyleyen Hipokrat'tır. Daha sonraki dönemde Clodius Galen beyin faaliyetlerinin ve temel bedensel salgılar dengesinin önemini vurgulayarak üreme ve cinsel sağlık üzerine çarpıcı kuramlar geliştirmiştir. Kısaca eski Yunan ve Roma'da insanın her türden cinsel kapasitesini tam anlamıyla dışa vurabilmesine izin verildiğini söyleyebiliriz. Eski dünyada cinsel isteğin nesnesi üzerine değil, bizzat kendisi üzerinde durulması, bedensel aşkın dinsel bir tablo içinde yüceltilmesi, cinsel perhizin taraftar bulamaması döneme özgü cinsel değerler sistemini oluşturmuştur (99).

Hıristiyanlığın görülmeye başlamasıyla Helenistik dönemde ölümsüz ruh uğruna, maddi ve dünyevi zevklerden vazgeçme öğretisi ile cinsellikteki perhizci tutum önce düşünürler, sonra da toplum tarafından benimsenmiştir. 7. yüzyıl'ın başlarından itibaren yayılan İslamiyet geçici evliliklerin yanı sıra poligami ve boşanmaya da yer vermiştir (99).

Geçmişte olduğu gibi günümüzde de toplumların cinsel standartları çoğu zaman dinsel öğretilerin etkisinde kalmıştır. Tüm toplumlarda erkek ve kadın arasındaki biyolojik fark, davranış ve tutumları sınırlandıran, biçimlendiren, farklı rolleri haklı gösteren zorlayıcı bir öge olarak kullanılmaktadır. Toplumlar cinsiyetin doğal farkına kültürel bir cinsiyet farkı da eklemekte ısrar etmektedir (99).

Cinsellik, konuşulması sadece bizim toplumumuzda değil birçok toplumda güç olan, ancak insan yaşamına önemli katkıları, bazen de engelleri olan bir konudur. Öyle ki, binlerce yıl birçok toplumda tabu olarak kabul edilmiş, ama insanların yaşamını alttan alta etkilemiştir. Cinsellik kavramının literatüre girişi başta Freud olmak üzere daha çok psikiyatristlerin çalışmaları ile olmuştur (29).

2. 5. 2 CİNSEL İŞLEV FİZYOLOJİSİ

İnsan cinsel yanıtı, normal durumda aktif olmayan genital organları karşıt cinsle birleşmeye hazırlayan, ileri derecede organize olmuş düzenli, biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik bir süreçtir (29, 99).

Cinsellik konusunda ilk kapsamlı toplum araştırması 1938–1952 yılları arasında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplumun her kesiminden kadın–erkek 16.000 kişi ile doğrudan görüşme yoluyla elde edilen bilgiler o dönem bilim dünyasında büyük yankı uyandırmıştır. Bu araştırma kişilerin cinsel alışkanlıklarını ve cinsel davranışlarını ortaya koyan epidemiyolojik bir çalışmadır (96).

Masters ve Johnson ise 1954–1966 yılları arasında yaptıkları araştırmalarında, cinsel eylem sırasında cinsel fizyolojiyi açıklamışlardır. 1966 yılında “İnsanda Cinsel Davranış” adlı kitapta yayınlanan bu çalışma cinsel fizyoloji ile ilgili bugünkü bilgilerin temelini oluşturmaktadır (96). Masters ve Johnson cinsel yanıtı birbirini izleyen 4 faz olarak tanımlamıştır. Kaplan ise 1974 yılında yeni bir bakış açısı getirerek “bifazik modeli” ortaya atmıştır, Kaplan’a göre erkekte ereksiyon, kadında vajinal konjesyon ve lubrikasyona yol açan genital vazokonjesyon ile karakterize birinci faz, büyük oranda parasempatik sinir sisteminin etkisindedir. Orgazmı oluşturan refleks kas kontraksiyonlarının görüldüğü ikinci fazda ise sempatik sinir sistemi etkindir. Dolayısı ile iki faz ilaç, travma ve yaşla farklı olarak etkilenmektedir. Kaplan 1977–1979 yıllarında bifazik modele “cinsel istek” adını verdiği üçüncü bir bölüm eklemiştir. Bu

kavramla Kaplan'ın modeli daha çok cinsel disfonksiyonların tanımlama ve sınıflamasında önem taşımaktadır (96).

Masters ve Johnson insanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi 4 evreye ayırmıştır:

1. Uyarılma evresi
2. Plato evresi
3. Orgazm evresi
4. Çözülme evresi (29, 96, 99).

Uyarılma evresi

Uyarılma evresi cinsel ilgi, düşünce ve fantezileri kapsar. Erkeklerde ereksiyonun, kadında ise lubrikasyonun ortaya çıkması ve bedende yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir. Bu evrede kadında cinsel organlara kan akışında artma ve buna bağlı olarak ıslanma, kabarma gibi değişikliklerle, memelerde büyüme ve meme uçlarında dikleşme ortaya çıkar. Cinsel uyarının süre ve yoğunluğuna göre gösterilen tepkinin şiddeti hızlı yada yavaş bir biçimde artar. Kişiye uygun düşen yeterli süre ve yoğunlukta devam eden bir cinsel uyarı karşısında uyarılma evresi çok kısa sürebileceği gibi, kişiye fiziksel ya da psikolojik açıdan uygun olmayan cinsel uyarı durumunda ya da cinsel uyarı aralıklarıyla sürdürülmüşse uzayabilir veya kaybolabilir (1,29).

Plato evresi :

Cinsel uyarının sürmesiyle birlikte cinsel heyecan giderek artar ve plato evresine girilir. Kadında bu evrede areolalarda belirgin bir büyüme gözlenir. Göğüs büyüklüğü %25 oranında artar. Cinsel organlardaki yerel kanlanma artışının dışında genel olarak kan dolaşımı hızlanır. Vajinanın 1/3'lük bölümünde ileri derecede vazokonjesyon oluşur ve bu bölüm genişler. Ciltte makülopapüler tipte eritemli kızartılar, myotoni, hiperventilasyon, kan basıncında artma, dış rektal sfinkter ve gluteal bölge kaslarında belirgin kasılmalar gözlenir (29, 99, 119).

Orgazm evresi:

Evreler arasında süre açısından en kısa, ancak cinsel haz açısından en yoğun olanıdır. Orgazm kadında klitoral bölgede ve vajinada yoğunluk kazanır. Orgazm sırasında vajinanın 1/3'lük dış kısmında ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmaların şiddetli ve sayısı kişiden kişiye değişir. Başlangıçta çok güçlü ve kısa aralıklarla olan bu kasılmaların şiddeti ve aralık süresi giderek uzar. Plato evresinin sonunda görülen hızlı nefes alıp verme, taşikardi, kan basıncının artması orgazm sırasında da sürer (29, 35, 99, 119).

Çözülme evresi:

Bu evrede genital organlarda oluşmuş fizyolojik değişiklikler aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi duruma dönerler. Kadınlar çözülme evresinin herhangi bir aşamasında uyararla yeniden uyarıldıklarında, başka bir orgazm evresine girme potansiyeline sahiptirler. Erkekler ise süresi kişiye göre değişen bir çözülme evresine zorunlu olarak girerler. Bu dönem sona erene kadar uygun uyarı olsa da yeniden ereksiyon sağlayabilmeleri, yeniden orgazm evresine girebilmeleri fizyolojik olarak olası değildir. Bu dönem "refrakter dönem" olarak adlandırılır (29, 99).

2. 5. 3. CİNSELLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İnsan cinselliği insanın biyolojisi, psikolojisi, ait olduğu alt kültür ve içinde yaşadığı toplumsal koşulların hepsi tarafından etkilenen karmaşık bir bütündür (79).

Psikolojik Faktörler

Bireylerin cinsel tutumları doğru yada yanlış olabilen bilgilere dayanır. Öğrenilen yetersiz ve yanlış bilgiler, gerçek dışı beklentiler bireyin cinselliğini yaşamasını sınırlayan cinsel mitlerin, fobilerin ve kalıp yargıların oluşmasına neden olur. Gelişme çağındaki baskıcı ortam, toplumsal ve dinsel baskılar, geçirilmiş cinsel travmalar (ensest, tecavüz), olumsuz cinsel deneyimler cinsel ilişkiyle ilgili beklentileri kaygıya dönüştürecek ve cinsel istek, uyarılma ya da orgazm sorunlarına neden olacaktır (42, 109).

Biyolojik Faktörler

Bireyin fizik görünümünün ve doku bütünlüğünün hastalık ya da tedavi nedeniyle değişmesi ve bozulması benlik saygısını tehdit edici bir unsurdur. Ağrı, halsizlik ve anksiyete cinsel ilgiyi belirgin olarak azaltır (99). Literatürde cinsel işlev

bozukluğu yakınması ile başvuran 50 yaş ve üzeri kadınların %40'ında cinsel sorun nedeni olabilecek fiziksel hastalık veya ilaç kullanımı olduğu belirtilmiştir (99).

Kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalığına sahip olan bireyler, cinsel eylem sırasında dolaşım ve solunum sisteminde olan değişiklikleri tolere etmede güçlük çekebilirler. Bu durum kullandıkları ilaçlardan ya da hastanın cinsel yaşamla ilgili endişelerinin giderilmemiş olmasından kaynaklanabilir (43, 68). DM sürekli tedavi ve bakım gerektiren komplikasyonları ile kişinin yaşamını etkileyen kronik bir hastalıktır. DM erkeklerin %50'sinde nöropatiye bağlı olarak ereksiyon sorunlarına, kadınlarda ise halsizlik, pruritus vulva, genital organ enfeksiyonları nedeni ile cinsel isteksizliğe yol açar (29, 68, 77, 99). Karaciğer yetmezliği ve hemodiyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezliği hastalıklarında hormonal dengenin değişmesine bağlı olarak çeşitli cinsel sorunlar görülebilmektedir (99). Cinsel yaşamı olumsuz etkileyen sağlık sorunlarından birisi de genital kanserlerdir. Genital kanser nedeni ile radyoterapi uygulanan hastalarda cinsel isteksizlik, orgazma ulaşmada güçlük saptanmıştır (13, 16, 29, 68, 99).

Operasyonlar doğrudan ya da ruhsal yansımaları bağlı olarak bireyin cinsel yaşamını etkilemektedir. Cerrahi girişimler kadınların beden imajlarını olumsuz, etkileyerek cinsel işlevlerini bozabilmektedir. Kuzey Amerika bölgesinde yaşayan kadınların prolapsus ve inkontinans nedeni ile ameliyat olma riski hayat boyunca %11'dir. Eti'nin araştırmasına göre histerektomi ameliyatı olan 42 kadının %61,94'ü uterusu, %16,66'sı memeleri en önemli kadınlık organı olarak görmektedir ve %33,34'ü cinsel yaşamlarının etkilenebileceği kaygısı taşımaktadır (14, 99).

Genital desensus veya üriner inkontinans gibi toplumda yaygın olarak görülen pelvik taban hastalıkları da kadın cinsel yaşamını olumsuz etkileyen faktörlerdir (29). Kadın hayatının ortalama üçte birini oluşturan menopoza dönemi de kadın cinsel fonksiyonlarını olumsuz etkiler. Yapılan bir çalışmada menopoza döneminde kadınların %86'sının genellikle vajına kuruluğu, cinsel birleşme sırasında acı hissetme, vajına kaslarında ağrılı kasılmalar, klitoris duyarlılığının yok olması gibi konularla bağlantılı olarak cinsel sorun yaşadıkları belirtilmiştir (18, 61).

Kullanılan ilaçlara bağlı olarak ta kadın cinsel fonksiyonu olumsuz etkilenmektedir. Hipnotikler, sedatifler, narkotikler, hormon preparatları, kardiyak ilaçlar, antihistaminikler, antiemetikler, antineoplastikler cinsel fonksiyonu olumsuz etkileyen ilaçlardır (77, 99, 118).

Sosyal Faktörler

Kadının yetiştirildiği ortamla ilgili sorunlar, cinsellikle ilgili her şeyin hayatın dışında tutulduğu, ayıp ve günah kabul edildiği, kadını her anlamda ve cinsel kimliği ile varlığını kabul etmeyen bir ortam cinsel sorunların gelişiminde oldukça etkilidir. Sosyal nedenler içerisinde sayılabilecek en önemli sorunlardan biri kadınlarda cinsel eğitimin yetersizliğidir. Kadınların pek çoğu kendi cinsel kimliklerinin farkında değildirler. Çoğu kendi cinselliğini ve bedenini tanımamaktadır (99, 118).

2. 5. 4. KADINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Gerek cinsel işlev bozukluklarının tanımlanmasında gerekse sınıflandırılmasında henüz fikir birliğine varılamamıştır. Cinsel işlev bozuklukları oldukça genel bir tanımla cinsel uyarılara verilen yanıtların “normal” biçiminin uzun süreli olarak bozulması olarak düşünülebilir. Ancak bu tanımın bile yeterince uygun olduğunu söylemek zordur. Her şeyden önce cinsel yanıtların normal biçimlerinin tanımını yapmakta güçlükler vardır ve bu yüzden hangi cinsel yanıtların normal sınırlar içinde kabul edilebileceğini belirlemek her zaman kolay olmamaktadır.

AFUD (American Foundation of Urologic Disease) tarafından 1998 yılında beş ülkeden cinsel işlev bozukluğu üzerine uzman 19 bilim adamı toplanmış, toplanan bilim adamları DSM-IV'ün (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition/ Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-4) mevcut çerçevesi üzerinde çalışarak, özellikle tanımlamalarda bazı değişiklikler yapmışlar, güncel kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasını oluşturmuşlardır. Bu çalışma 2000 yılında ortak bildiri şeklinde yayımlanmıştır. Bu sınıflandırma tablo I'de gösterilmiştir (56).

Tablo 2. 1. AFUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırılması

1. Cinsel İstek Bozukluğu
a. Hipoaktif (azalmış) Cinsel İstek Bozukluğu
b. Cinsel Tiksinti Bozukluğu
2. Cinsel Uyarılma Bozukluğu
3. Orgazm Bozukluğu
4. Cinsel Ağrı Bozuklukları
a. Disparoni
b. Vajinismus
c. Diğer Cinsel Ağrı Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluklarının türü ne olursa olsun her türlü sınıflandırmada göz önünde bulundurulması gereken iki nokta vardır. Bunlardan biri cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkış yani başlangıç zamanı, diğeri ise cinsel işlev bozukluğunun oluştuğu ortam ve durumlardır (96).

Cinselliğin ve sorunlarının dolaşım ve solunum sistemi sorunları gibi tıbbileştirilemeyeceği, basit kategorilere indirgenemeyeceğini pek çok araştırmacı ileri sürmüştür. Konunun önde gelen savunucularından biri olan seksolog Leonora Tiefer'in başını çektiği bir grup tarafından hazırlanan "Kadın Cinsel Sorunlarının Yeni Sınıflaması (Women's Sexual Problems: A New Classification)" giderek daha geniş bir çevre tarafından benimsenmekte ve Amerikan Psikiyatri sınıflamalarının güncelleştirilen çalışmalarında yer alması önerilmektedir (118).

KADINLARIN CİNSEL SORUNLARINDA YENİ BİR SINIFLAMA (L. TIEFER 2001)

Sosyokültürel, politik, ekonomik etkenlere bağlı cinsel sorunlar

- A. Yetersiz cinsel bilgi, sağlık hizmetlerine ulaşamama / diğer sosyal yetersizliklere bağlı ihmal ve kaygı (doğum kontrolü, düşük, cinsel yolla

bulaşan hastalıklar (CYBH)'dan korunma, tedavi, cinsel travma ve aile içi şiddetle ilgili yetersiz servis ve bilgi azlığı ve benzeri).

- B. Kadının kendisini kültürel normlara göre doğru veya ideal olarak algılamaması ve cinsellikten kaçınma ve huzursuzluk (bedeni, cinsel cazibesi / deneyimleri veya deneyimsizliği ile ilgili kaygı / utanç veya kişinin kendi cinsel yönelimi / kimliği / cinsel fantezi ve isteğine bağlı olarak yaşadığı şaşkınlık/ utanç).
- C. Yaşadığı toplumun geçerli egemen kültürüne denk düşmeyen ve onunla çatışan kendi alt kültür cinsel normlarının çatışmasına bağlı olarak yaşanan inhibisyon.
- D. Aile, iş sorumluluklarına ve zamansızlığa bağlı ilgi azlığı, yorgunluk.

Eşinden veya ilişkisinden kaynak alan cinsel sorunlar:

- A. İhanet, sevmeme, korku, istismardan doğan sorunlar veya çiftin eşitsiz güç ilişkisi veya çiftin olumsuz iletişim kalıbından doğan kaçınma ile bağlantılı kaygı ve inhibisyon sorunları.
- B. Seçilen cinsel aktiviteler arasından veya cinsel aktiviteye istekle ilgili uyumsuzluk.
- C. Para, akrabalar, travmatik deneyim vs. konusunda çatışma sonucu cinsel ilgi azlığı.
- D. Eşinin genel sağlık sorunları veya cinsel sorun nedeniyle uyanılma zorluğu, kendini engelleme.

Psikolojik etkenlere bağlı cinsel sorunlar:

- A. Farklı nedenlerle cinsel hazdan korku, cinsellikten kaçınma, güvensizlik (geçmişinde duygusal, cinsel, fiziksel istismar deneyimi; bağlanmakla ilgili genel kişilik sorunları, depresyon-kaygı ve benzeri).
- B. Cinsel eylemin olası bazı sonuçlarından korkarak kaçınma, kendini engelleme (ağrı, gebelik, şerefini kaybetme, eş kaybetme ve benzer korkular).

Tıbbi etkenlerle olan cinsel sorunlar:

Destekleyici ve güvenli kişiler arası ilişki, yeterli cinsel bilgi, cinselliğe olumlu tutum olmasına karşın cinsel aktivitede ağrı/ fizik yanıt yoksunluğu.

- A. Nörolojik, nörovasküler, endokrin gibi sistemlerde tıbbi sorunlar.
- B. Hamilelik, CYBH vb.
- C. İlaç tedavilerinin yan etkisi.
- D. İlaçların yarattığı durumlar.

Cinsel disfonksiyon anatomik, fizyolojik ve ruhsal birçok faktör içeren kompleks bir fenomendir. Yaşa bağımlıdır, sıklıkla ilerleyecidir ve prevalansı sanılandan daha yüksektir (29).

ABD’de kadınların %30-50 sinde Kadın Cinsel Disfonksiyonu (KCD) olduğu belirtilmektedir (67). Ülkemizde Öksüz ve ark. (79) ise 18-55 yaş grubu bayanlarda cinsel işlev bozukluğu prevalansını %48.3 olarak belirtmişlerdir. Cinsel tavır ve davranışların global çalışması (GSSAB), orta ve ileri yaştaki kişilerde cinsellikle ilgili davranışlar, inanışlar ve sağlık konusunda pek çok ülkede yapılan ilk geniş sistematik çalışmadır. Çalışma; 20 ülkede 40–80 yaş arasındaki 13882 kadın ve 13618 erkeği içermektedir. Kadınlarda en sık görülen sorun seksüel ilgide kayıp (%26-43) ve orgazma ulaşmada güçlük (%18–41) iken erkeklerde en sık görülen sorun erken boşalma (%31) olarak belirtilmiştir (66).

2. 5. 5. CİNSEL SAĞLIKTA DEĞERLENDİRME VE TANI

Kültürel, etnik değişiklikler ve yaş kadınların problemlerini sağlık personeline açıklamasında önemli farklılık yaratmaktadır. Birçok kadın cinsel problemlerini sorulmadan gönüllü olarak anlatamamaktadır. Bu açıdan sağlık ekibi hastalardan bu yükü alıp toplumdaki cinsel problemler hakkında bilgilendirici ve hastaya karşı sorunlarını anlatmaya teşvik edici bir tutum içinde olmalıdır (77).

Hastanın medikal, cerrahi, obstetrik, jinekolojik, psikiyatrik, cinsel ve sosyal öyküsü alınmalıdır. Hastanın geçmiş cinsel deneyimleri, konuyla ilgili bilgisi değerlendirilmelidir. Sigara kullanıma, alkol ve ilaç bağımlılığı sorgulanmalıdır. Depresyon, anksiyete gibi cinsel disfonksiyon açısından ayırıcı tanı gerektiren durumlar değerlendirilmelidir. Nörolojik ve kardiyovasküler hastalıklar, cerrahi doğum, epizyotomi, endometriozis, enfeksiyon, prolapsus, üriner inkontinans varlığı, pelvik travma ve yaralanma öyküsü araştırılmalıdır. Bazı ilaçlar cinsel disfonksiyona neden olduğu için ilaç kullanımı detaylı olarak sorgulanmalıdır (77). KCİB (Kadın Cinsel

İşlev Bozukluğu) yakınması olanlarda psikolojik değerlendirme önem taşır. Hastaların ilişkileriyle ilgili durumlar, stres faktörü olabilecek durumlar tanımlanmalıdır. Travmatik ilişkiler ve cinsel istismarlar hastaları travmatize etmeden sorgulanmalıdır. (77).

Kadın cinsel disfonksiyonu nedeniyle değerlendirilen kadınların dış genital organlarının muayenesi özellikle ağrı sorunu olanlarda önem taşımaktadır. Hastaların klitorisleri ve vestibuler glandları değerlendirilmeli, pelvik duvar kasları hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (29, 77).

KCFB değerlendirilmesinde doppler ultrasonografi, vajinal pH ölçümleri, duyuşsal algılama testleri gibi spesifik testlerde kullanılabilir. Hormonal yetmezlik ve menopoş düşünölen hastalarda FSH, östradiol, LH' yi içeren hormon profili, troid disfonksiyonu açısından TSH tanıda değerli olabilir (29, 77).

KCFB değerlendirilmesinde önemli bir basamakta kişilerin cinsel davranış ve problemlerini değerlendirmeyi sağlayan cinsel formlardır. Bu formların içerisinde en sık kullanılanlar şunlardır.

Brief index sexual function of women (BISF-W): Seksüel fonksiyonun yedi değışik yönünü inceleyen 22 sorudan oluşmuş bir formdur (29).

Index of female sexual function (IFSF): Kaplan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen 9 sorudan oluşturulan bu form ile ilişkinin istek, doyum, uyarılma, orgazm ve ağrı alanları araştırılmaktadır (29).

Female sexual function index (FSFI): Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, 19 sorudan oluşan cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, cinsel doyum ve ağrıyı sorgulayan bir formdur (80).

Sexual function questionnaire (SFQ): Cinsel uyarılma bozukluğu olan kadınların tedavisinde sildenafilin etkisini araştıran klinik çalışmalar için geliştirilmiş 31 sorudan oluşan bir formdur (29).

Female sexual distress scala (FSDS): 12 sorudan oluşan bu form cinsel fonksiyonla birlikte olan subjektif stres ve psikolojik etkilenmeyi değerlendiren, cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan kadınları iyi ayırabilen, güvenilirlik testleri yüksek olan bir formdur (29).

2. 5. 6. TEDAVİ

Tedavide öncelikle hasta ve partneri konuyla ilgili bilgilendirilmeli ve tedaviden ne beklenildiği ortaya konulmalıdır. Davranışsal ve ilaç dışı tedaviler ile olumlu sonuçlar alınmasına rağmen bu sonuçlar kontrollü değildir ve bu kazanımlar uzun sürmemektedir (77).

Disparoni ve vajinal kuruluk durumunda topikal lumbrikanlar ve vajinal nemlendiriciler kullanılabilir. Antidepresan kullanımına bağlı libido kaybı ve uyarılma bozukluklarında kullanılan ilaç değiştirilebilir (77).

Östrojen replasman tedavisi, postmenopozal kadınlardaki KCFB'da tek başına yeterli görülmemektedir. Androjen replasmanının da kadınlarda kullanılması tartışılmalıdır. Androjen replasmanı ile cinsel fonksiyon bozukluğunda düzelmeye görülmesine rağmen uzun dönem etkileri konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır ve androjen tedavisi FDA tarafından onaylanmamıştır (77).

Cinsel ağrı bozukluklarında bilişsel davranış terapileri ve eş terapileri tedavide önemli rol oynamaktadır. Pelvik duvar kaslarındaki gevşeklik ve güçsüzlükten kaynaklanan KCFB'da pelvik taban egzersizleri ve biofeedback yararlı olabilir (77).

2. 5. 7. ÜRİNER İNKONTİNANS VE CİNSEL SAĞLIK

Kadınlarda alt üriner ve genital sistem, embriyolojik ve anatomik olarak birbirleriyle ilişkilidir. Bu nedenle cinsel aktivite üriner semptomları, üriner semptomlar ise cinsel aktiviteyi etkiler (8, 22, 66, 95).

Cinsel ilişki sırasında idrardan kaynaklanan ıslaklık ilişkisi olumsuz etkiler. Kadınlar kendilerini kirli, suçlu ve yetersiz hissederler. Üriner inkontinansı olan kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu cinsel disfonksiyon görülmektedir. Çoğu hasta cinsellikle ilgili konuşmaktan sıkıntı duyduğu için insidans normalin altında bulunmaktadır. İnkontinan kadınlarda cinsel disfonksiyon % 21-71 arasında değişir ve urge inkontinansı olan kadınlarda daha sıktır (59). Yapılan çalışmalarda stres üriner inkontinansı olanların penetrasyon sırasında, urge inkontinansı olanların orgazm sırasında idrar kaçırdıkları rapor edilmektedir (29, 78). Üriner inkontinansı olan hasta psikolojik baskı, ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu, koku, ıslaklık nedeni ile utanma, azalmış libido, azalmış uyarılma, istek gibi cinsel

disfonksiyona neden olabilecek sorunlardan biri ya da birkaçı ile karşı karşıya kalmaktadır (2, 29, 47, 54, 62, 67, 85, 97, 105).

Üriner inkontinansın cinsel disfonksiyona yol açma nedenleri şöyle sıralanabilir:

1. Cinsel Aktivitede Değişiklik

- Depresyon
- Libidoda azalma
- Benlik saygısında azalma
- Ped vb araç kullanımı
- İlişkinin genel olarak gelişmesinde değişiklik

2. Performans Anksiyetesi

- Koku nedeniyle endişe duyma
- Penetrasyon ya da orgazm sırasında idrar kaçırma korkusu

3. Ağrı

- Üriner dermatit
- Prolapsus veya kontinans cerrahisine bağlı disparoni

4. Partnerin Olumsuz Reaksiyonu

- Cazibeli, çekici olma duygusunda azalma
- Erektile disfonksiyon

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yirmi yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın prevalansını, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel (cross sectional), tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Gülveren Sağlık Ocağı'nda gerçekleştirilmiştir.

Bölgede sağlık hizmetlerinin sunumuna 1966 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Ana ve Çocuk Sağlığı merkezi kurması ile başlanmıştır. Bu merkez çocuk ve kadın poliklinikleri ile doğum kliniği şeklinde çalışmalarını sürdürmüş, 1975 yılında "Gülveren Şehir Tipi Sağlık Ocağı" adı altında Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölge Başkanlığı'na, 1977 yılında ise Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü' ne bağlanmıştır. Gülveren Sağlık Ocağı, 1980 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsü arasında yapılan ve 1996 yılında da güncelleştirilen protokol ile oluşturulan Gülveren-Hasköy Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı olarak çalışmalarını yürütmüştür. Gülveren-Hasköy Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'nın 2006 yılında faaliyetine son verilmesi üzerine, o tarihten itibaren Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı birimler içerisinde yer almaktadır (117).

Mamak kırsal bölgeden yoğun göç almış ilçelerden birisidir. Aynı durum Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde de gözlenmektedir. Ancak bölgenin tamamen kent merkezinde kalması ve bölge imar planlarına işlerlik kazandırılması kaçak yapılaşmayı olanaksız hale getirmiş, dolayısıyla göç olayını durdurmuştur (117).

Bölge halkı genellikle vasıfsız işçi, memur, küçük esnaf ve ticaret mensubu olarak hayatını sürdürmektedir. Bölgede işsizlik oranı %6 düzeyindedir. İşçilerin büyük bir bölümü Siteler' de mobilya ve kerestecilik ile ilgili iş yerlerinde, bir bölümü ise bölgede kurulu bulunan Aselsan Anonim Şirketine ait çeşitli iş yerlerinde çalışmaktadırlar. Çalışanların geliri düşük, ancak düzenlidir. Halkın bir bölümü bağlı

oldukları sosyal güvence kuruluşları, bir bölümü ise yeşil kart olanaklarından yararlanmaktadır (117).

Son yıllarda uygulanan imar planları dikey yapılanmayı hızlandırmıştır ancak, konutların büyük bir bölümü hala gecekondudur. Konutların tamamında şehir şebeke suyu, kanalizasyona bağlı bir tuvalet, %90'ında mutfak, banyo ya da bu amaçla kullanılan bir bölüm mevcuttur (117).

Bölgenin 2007 yıl ortası nüfusu 8733 kişi, ortalama hane büyüklüğü 3.7 civarındadır. Bölge 7 ve üzeri yaş grubunun okuryazar oranı ortalama %94'tür. Nüfusun yüksek öğrenim düzeyi ortalama %4.5'tir (117).

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gülveren Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan, 20 yaş ve üzeri olan evli kadınlar oluşturdu. Gülveren Sağlık Ocağı kayıtlarına göre 20 yaş ve üzeri evli kadınların 2007 yıl ortası nüfusu 1968 olarak saptandı (Bkz.Ek 1). Araştırmanın tüm evren üzerinde yapılması uzun zaman, fazla sayıda araştırmacı, geniş bütçeyi gerektireceği için evrenden, evreni temsil edecek bir örneklem grubu seçildi. Örneklem seçiminde evrendeki birey sayısı belli olduğu için; $n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$ formülü kullanıldı. Hesaplamaların sonucunda örneklem büyüklüğü 724 kişi olarak belirlendi. Örneklem grubunun evreni temsil etme gücünün artırılması için bölge yaş grupları ve yerleşim yerlerine (Altınevler Mahallesi ve Gülveren Mahallesi) göre tabakalandırılarak örneklem seçimi yapıldı (Tablo 1). Bu yöntem uygun olarak her yaş ve yerleşim yeri nüfusundan çalışma evrenindeki oranına göre örneklem sayısı alındı. Rastgele sayılar tablosundan basit rastgele yöntemle her üç sokaktan bir tanesi araştırma bölgesi olarak belirlendi. Altınevler Mahallesi'nden toplam 27 sokaktan Dutluk, Ayrılan, Koruluk, Dallı, Bodur, Yakalı, İncelen, Sazlı, Meydancık; Gülveren Mahallesi'nden toplam 17 sokaktan Orhaneli, Gazelhan, Denizli, Caner ve Osmaniye sokakları seçildi (Tablo 2). Sokaklarda kapı numarası çift sayı olan evler araştırma kapsamına alındı. Soru formu uygulanmadan önce kişiler; gebelik, üriner ya da genital sisteme yönelik cerrahi operasyon geçirme, genital ve üriner sistem enfeksiyonu, genital sistem anomalisi, prolapsus, algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlık açısından değerlendirilerek bu sorunları olanlar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Bu durumlar kadın cinsel fonksiyonunu olumsuz etkileyeceğinden bu kişiler çalışma kapsamına

alınmamıştır. Örneklem içerisinde alınan 724 kişiden 12'si gebe olduğu, 8'i üriner ve genital sisteme yönelik operasyon geçirdiği, 3'ü algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığı olduğu, 7'si üriner ve genital sistem enfeksiyonu olduğu, 84'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem dışında bırakılarak toplam 610 kişi ile araştırma gerçekleştirildi.

Tablo 3. 1. Yaş Grupları ve Yerleşim Yerlerine Göre Örneklem Sayıları

Yaş Grupları	Yerleşim Yerleri					
	Altınevler Mahallesi			Gülveren Mahallesi		
	Yıl Ortası Nüfusu	Hesaplanan Örneklem Sayısı	Alınan Örneklem Sayısı	Yıl Ortası Nüfusu	Hesaplanan Örneklem Sayısı	Alınan Örneklem Sayısı
20-29	255	93	85	287	105	91
30-39	247	90	84	275	101	90
40-49	198	73	60	213	78	59
50-59	94	35	35	141	51	45
60-69	72	27	21	67	24	16
70-79	51	19	15	50	20	8
80-80+	10	3	1	10	5	0
Toplam	927	340	301	1043	384	309

Tablo 3. 2. Seçilen Sokaklara Göre Örneklem Sayılarının Dağılımı

Sokaklar	Sokak Nüfusu	Alınan Örneklem Sayısı	Mahalle
Meydancık	396	107	Altnevler
Ayrılan	53	14	Altnevler
Dutluk	159	43	Altnevler
Koruluk	131	36	Altnevler
Dallı	47	13	Altnevler
Bodur	32	9	Altnevler
Yakalı	341	92	Altnevler
İncelen	75	20	Altnevler
Sazlı	23	6	Altnevler
Orhaneli	311	77	Gülveren
Gazelhan	495	123	Gülveren
Denizli	174	43	Gülveren
Caner	260	65	Gülveren
Osmaniye	307	76	Gülveren
Toplam	2804	610	

3. 4. Verilerin Toplanması

3. 4. 1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

3. 4. 1. 1. Anket Formu

Çalışmanın verilerini elde etmek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen 26 sorudan oluşan formdur (Bkz. Ek 2). Bu formda kadınların sosyo-demografik özelliklerine, obstetrik ve jinekolojik bilgilerine, genel sağlık durumlarına ilişkin soruların yanı sıra üriner inkontinansın risk faktörleri, sıklığı, üriner inkontinansa koruyucu ped kullanma, cinsel ilişki sırasında idrar tutamama, tıbbi yardım için başvurma durumu ile ilgili sorulara da yer verildi. Demografik özelliklerle ilgili bölümde kendilerinin ve eşlerinin yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları, gelir düzeyleri, hane kişi sayısı, evlenme yaşı, evlilik süresi, sağlıkla ilgili harcamaların karşılanması gibi sorular yer aldı. Üriner inkontinansın risk faktörlerini belirlemek için doğum sayısı, doğum şekli, sigara kullanımı, menopoz, kronik hastalık varlığı ve

düzenli olarak ilaç kullanımı ile ilgili sorulara yer verildi. Anket formunda üriner inkontinans varlığı Thomas kriterlerine göre üç alt gruba bölünerek tanımlandı (103). Ayda bir yada daha az idrar kaçırma durumu “nadir inkontinans”, iki yada ikiden daha sık idrar kaçırma durumu “düzenli inkontinans”, sürekli ped kullanmayı gerektirecek kadar idrar kaçırma durumu “ciddi inkontinans” olarak açıklandı. Üriner inkontinansın sıklığı ve şiddeti inkontinans epizodlarının sayısı ve kullanılan ped sayısına göre belirlendi. Üriner inkontinansın ICS’ in tanımında belirtildiği gibi ne ölçüde sosyal yada hijyenik problem oluşturduğu yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan puanlarla değerlendirildi. Araştırmada tıbbi hastalıkların varlığı, hekim tarafından tanılanmış olması koşulu aranarak sorgulandı.

3. 4. 1. 2. Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF)

1999 yılında Kaplan, Reis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkiye’ de Yılmaz ve Eryılmaz tarafından geçerlilik-güvenilirliği yapılmıştır. IFSF’in cronbach alpha güvenilirlik katsayısı analizi sonucunda cronbach alpha=0.82 olup güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. IFSF’in yapı geçerliliğinde faktör analizi istatistik tekniklerinden en yaygın olan Varimax Rotation Faktör Analizi kullanılmıştır. IFSF’in geçerliliği için yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen üç alt boyutta kadın cinsel fonksiyonunun “cinsel doyum”, “cinsel ilişki sıklığı/libido”, “cinsel ilişkide rahatsızlık” alanlarının incelenmesine olanak sağladığı geçerlilik çalışmasının sonucuyla da belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha değeri 0.95 olarak bulunmuştur.

IFSF ülkemizde de birçok araştırmada cinsel işlevlerin belirlenmesinde kullanılmış, uygulanması kolay ve güvenilir 9 sorudan oluşan bir ölçektir (Bkz. Ek 3). Kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri (cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon ve klitoral duyarlılık) değerlendirmek için tasarlanmıştır. Cevapların derecelendirilmesi 1’ den (neredeyse hiç ya da hiç), 5’e kadar (hemen hemen her zaman ya da her zaman), son 1 ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlarda sıfır olarak puanlanır. Soruların analizi ve alt başlıkların puanı birbirinden farklıdır. Soru 1, cinsel ilişkide rahatsızlık (0–5 puan); soru 2 lubrikasyon (0–5 puan), soru 3 cinsel ilişki sıklığı (0–5 puan), soru 4, 5 cinsel istek (2–10 puan); soru 6, 7 cinsel ilişki tatmini (2–10 puan); soru 8 orgazmik fonksiyon (0–5

puan); soru 9 klitoral duyarlılık (1–5 puan) hakkında bilgi verir. En yüksek puan 45, en düşük puan 5'tir. Total skor arttıkça cinsel fonksiyonda artma, azaldıkça cinsel fonksiyonda azalma olarak değerlendirilir. Genel olarak total skorunun 30 ve 30' un altında olması cinsel disfonksiyon açısından riskli kabul edilmektedir (32, 33, 49, 111, 112).

3. 4. 1. 3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form- 36): Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware ve Sherbourne 1992). Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçeye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, cronbach alpha değeri 0.73-0.76 olarak bulunmuştur. Pınar'ın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında SF-36'nın test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da ölçeğin cronbach alpha değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Pınar'ın çalışmasında yaşam kalitesi üç ana boyut (genel sağlık anlayışı, fonksiyonel durum, esenlik) ve global olarak değerlendirilmiştir. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. SF- 36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır (Bkz. Ek 4). Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta gözönünde bulundurulmaktadır. SF 36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (Pozitif puanlama). Alt ölçekler sağlığı, 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilmesi bildirilmektedir. SF-36'da ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir (12, 60).

Skalanın Yapısı: SF 36 ile yapılacak yaşam kalitesi araştırmalarında her bir alt skala puanlamasının nasıl yapılacağı Tablo 1 ve Tablo 9 arasında gösterilmiştir. Bütün başlıkların sözel içerikleri ve her bir başlıkta kullanılan yanıt seçenekleri tablolarda ifade edilmiştir; böylece hangi başlık ve yanıt seçeneklerinin katıldığına ilişkin şüpheler bırakılmamıştır.

Tablo 1: Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar:

- 3a Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi çaba gerektiren aktivitelerde
- 3b Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi hafif/orta aktivitelerde
- 3c Paket veya çanta taşırken
- 3d Birkaç kat merdiven çıkarken
- 3e Bir kat merdiven çıkarken
- 3f Eğilirken, ömelirken
- 3g Bir kilometreden fazla yürürken
- 3h Birkaç yüz metre yürürken
- 3i Yüz metrelik mesafeyi yürürken
- 3j Giyinirken veya yıkanırken

Puanlama

<u>Yanıt seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 2:Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar:

10 Geçen ay boyunca sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?

6 Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>10</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
<u>6</u>		
Pek etkilemedi	1	1
Çok az	2	2
Orta	3	3
Oldukça	4	4
Aşırı	5	5

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 3: Fiziksel İşlev Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar:

- 4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
4b İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
4c İş ve diğer aktivitelerinizi zahmetsiz olanlarla sınırladınız mı?
4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?

Puanlama

<u>Yanıt seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 4: Mental İşlev Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar:

- 5a Sağlık sorunları yüzünüzden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanını azalttınız mı?
5b İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
5c İşlerinize veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 9b Çok sinirli biriydiniz
9c Hiç bir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar canınız sıkıldı
9d Sakin ve huzurluydunuz
9f Moralsiz ve kederli hissettiniz
9h Hiç mutlu oldunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Değerlendirme</u>
<u>9d ve 9h</u>		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
<u>9b, 9f, 9c</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır

Tablo 6. Enerji (zindelik) / Yorguluk Başlıkları Puanlaması

Başlıklar

- 9a Tam enerjik hissettiniz.
9e Fazla enerjiniz vardı
9g Çok yorgun hissettiniz
9di Yorgun hissettiniz

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Değerlendirme</u>
<u>9a ve 9e</u>		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
<u>9g, 9I</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır

Tablo 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 7 Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?
8 Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Değerlendirme</u>
<u>(7)</u>		
Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Fazla	5	2
Çok fazla	6	1
<u>(8)</u>		
Çok değil	1	5
Az	2	4
Orta	3	3
Oldukça fazla	4	2
Aşırı	5	1

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır

Tablo 8. Genel Sağlık Anlayışı Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 1 Genelde sağlığımız için ne söylersiniz?
11a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
11b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
11c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum
11d Sağlığım mükemmel

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Değerlendirme</u>
(1)		
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1
(11a ve 11c)		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle Yanlış	5	5
(11b ve 11d)		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle Yanlış	5	1

Skala puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 9. Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması

Başlıklar

- 2 Geçen yıl ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınıza nasıl buluyorsunuz?
11a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
11b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
11c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum
11d Sağlığım mükemmel

Puanlama

Yanıt Seçenekleri

İlk Değerlendirme

Son Değerlendirme

Geçen yıldan çok daha iyi	1	5
Geçen yıldan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen yıldan biraz daha kötü	4	2
Geçen yıldan çok daha kötü	5	1

Skala puanlaması: Bu skala tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır.

Tablo 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF 36'nın Her bir Alt Başlığının Son Puanlaması ve Değerlendirilmesi

<u>Skala Adı</u>	<u>Toplam Başlık Puan</u> (Tablo 2 ve 9'daki Puanlamalardan sonra)	<u>Beklenen (olası en düşük ve en yüksek puan)</u>	<u>Olası Puan</u>
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f 3g+3h+3i+3j	10- 30	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2- 21	9
Rol Fonksiyonu (fiziksel)	4a+4b+4c+4d	0- 4	4
Rol Fonksiyonu (emosyonel)	5a+5b+5c	0- 3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5- 30	25
Zindelik /Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4- 24	20
Ağrı	7+8	2- 11	9
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5- 25	20
Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişiklik	2	1- 5	4

Ham Skala Puanının Dönüştürülmesi:

Dönüştürülmüş Puan: Ham Skala Puanı-En Düşük Olası Puan/Olası Puan.100

Örnek; Fiziksel Fonksiyon Puanı 21 ise,

$$\left(\frac{21-10}{20} \right) \cdot 100 = \%55$$

3. 4. 1. 4. Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) ve Urogenital Distress Inventory (UDI-6): 1994 yılında Shumaker ve arkadaşları tarafından üriner inkontinansın yaşam kalitesine üzerine etkisini belirlemek amacıyla 30 ve 19 soruluk geliştirilen formlar, 1995 yılında Uebersax ve arkadaşları tarafından 7 ve 6 soruluk short formlara dönüştürülmüştür (Bkz. Ek 5). 2004 yılında Çam ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (21) . Her iki skala için de test retest analizinde Spearman's rho 0.99 ($P<0.001$) olarak saptanmıştır. IIQ- 7 ve UDI- 6 için cronbach alpha değerleri sırası ile 0.87 ve 0.74 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar yüksek düzeyde iç tutarlılığı göstermektedir. Bizim çalışmamızda ölçeklerin cronbach alpha değerleri ise 0.98 ve 0.97 olarak bulunmuştur. UDI-6 ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 18, IIQ-7 ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 21'dir. Alınan puanlar 100'e çevrilerek skorlar belirlenir. Ölçeklerden alınan puanların artması yaşam kalitesi düzeyinin bozulduğunu gösterir (21).

3. 4. 2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Anket formunun ön uygulaması 15.05.2008-20.5.2008 tarihleri arasında Gülveren Sağlık Ocağı' na poliklinik hizmeti almak için başvuran 15 kişi ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

3. 4. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulanması 25.5.2008–28.8.2008 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama formları uygulanmadan önce çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu kişilere okundu, kişilerin izinleri alındı. Veri toplama formları ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Veri toplama aşamasında bir kişiyle görüşme ortalama 20 dakika sürdü.

3. 4. 4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, genel sağlık durumları ve alışkanlıklarını

belirtmek için frekanslar ve yüzdelik hesaplaması, üriner inkontinansın risk faktörleri ile ilişkisini belirlemek için Chi-Square testi, üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon düzeyi arasındaki farkları saptamak için Student T Testi kullanıldı. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan gruplar arasında yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon durumundaki farklılıkları belirlemek ve yine kadınların kullandıkları ped sayılarına göre yaşam kalitesi düzeylerindeki farklılıkları belirlemek için Varyans analizi, farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi kullanıldı. Üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanları karşılaştırmak için Pearson Korelasyon, üriner inkontinans tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlemek için Kruskal Wallis testi kullanıldı.

3. 4. 5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'na başvurulmuş ve 2008/295 nolu etik kurul onayı alınmıştır (Bkz.Ek 6).

Ayrıca Gülveren Sağlık Ocağı bölgesinde araştırma yapılabilmesi için Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'ndan gerekli izin alınmıştır (Bkz. Ek 7).

Anket formları uygulanmadan önce araştırmaya katılacak kişilerin de izinleri alındı (Bkz. Ek 2).

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular üç bölüme ayrılarak verildi. İlk bölümde; kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, genel sağlık durumları ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer aldı. İkinci bölümde; üriner inkontinansın varlığı, sıklığı, şiddeti, tıbbi yardım alma oranı ve inkontinansın risk faktörlerine yönelik bulgulara yer verildi. Üçüncü bölüm ise üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon durumları üzerine etkisini gösteren bulgulardan oluşturuldu.

4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 610)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yerleşim Yeri		
Altnevler Mahallesi	301	49.3
Gülveren Mahallesi	309	50.7
Yaş (X=39,08±13,88)		
20-29	176	28.8
30-39	174	28.5
40-49	119	19.5
50-59	80	13.1
60-69	37	6.1
70-79	23	3.7
80-80+	1	0.2
Eşin Yaşı (X=42,95±13,83)		
20-29	110	18.0
30-39	171	28.0
40-49	145	23.4
50-59	96	15.9
60-69	88	8.8
70-79	30	4.9
80-80+	5	0.82
Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	25	4.1
Okur Yazar	54	8.9
İlkokul	235	38.5
Ortaokul	80	13.1
Lise	180	29.5
Yüksekokul	36	5.9
Eşin Öğrenim Durumu		
Okur-yazar Değil	5	0.8
Okur-yazar	20	3.3
İlkokul	212	34.8
Ortaokul	54	8.9
Lise	275	45.1
Yüksekokul	44	7.2

Tablo 4. 1. 1' in devamı

Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	429	70.3
Memur	70	11.5
İşçi	65	10.7
Serbest Meslek	46	7.5
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	40	6.6
Memur	166	27.2
İşçi	198	32.5
Serbest Meslek	206	33.8
Gelir		
Geliri Giderinden Az	161	26.4
Geliri Giderine Denk	438	71.8
Geliri Giderinden Fazla	11	1.8
Hane Kişi Sayısı		
2-3	264	43.3
4-5	283	46.4
6-7	52	8.5
8	11	1.8
Sağlıkla İlgili Harcamaların Karşılanması		
Diğer*	26	4.3
Sosyal Güvenlik Kuruluşları	531	87.1
Yeşilkart	53	8.7
Evlenme Şekli		
Aile Düzenlemesi	401	65.7
Anlaşarak	209	34.3
Evlilik Yaşı (20.17±2.28)		
20 Yaş ↓	209	34.2
20-24	371	60.9
25-29	28	4.6
30-30↑	2	0.3
Evlilik Süresi (X=18,76±14,44)		
1-5 Yıl	138	22.7
6-10 Yıl	86	14.1
11-20 Yıl	154	25.3
21-30 Yıl	105	17.2
31-40 Yıl	71	11.6
41-50 Yıl	33	5.5
50 Yıl ↑	23	4.0

*Harcamaları kendileri karşılayanlar, yurt dışından emekli olanlar

Tablo 4.1.1’de araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %49.3’ü Altınevler Mahallesi, %50.7’si Gülveren Mahallesi’nde ikamet etmekteydi. Kadınların yaş ortalaması 39.08 ± 13.88 ’ di. Kadınların %28.8’i 20-29 yaşları arasındaydı. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 42.95 ± 13.83 ’tü. Eşlerin %28’i 30-39 yaşları arasındaydı.. Kadınların, %38.5’i ilkokul mezunu, eşlerinin %45.1’i lise mezunuydu. Kadınların %70.3’ünün çalışmadığı, eşlerin ise %33.8’inin serbest meslek sahibi olduğu saptandı. Kadınların %71.8’i gelirlerini giderlerine denk olarak ifade etti. Ailelerin %46.4’ü 4-5 kişiden oluşmaktaydı. Ailelerin %41’inin sağlıkla ilgili harcamalarının sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılandığı belirlendi. Kadınların %65.7’sinin aile düzenlemesi ile evlendiği, %60.9’unun evlilik yaşının 20-24 arasında olduğu ve %25.3’ünün 11-20 yıl arasında evli olduğu görüldü. Ortalama evlilik süresi 18.76 ± 14.44 yıldır.

Tablo 4. 1. 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri (n= 610)

Doğum Sayısı (X=2,2±1,2)	Sayı	%
Hiç Doğum Yapmamış	47	7.7
1-2	235	54.9
3-4	199	32.6
5-6	28	4.6
7-8	7	0.2
Doğum Şekli		
Vajinal	384	63.0
Sezaryen	105	17.3
Vajinal+sezaryen	73	12.0
Menopoz		
Evet	153	24.1
Hayır	457	75.9

Tablo 4.1.2’de kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri verilmektedir. Kadınların %54.9’unun doğum sayısının 1-2 olduğu belirlendi. Ortalama doğum sayısı 2.2±1.2 idi. Kadınların %63’ünün normal doğum yaptığı, %24.1’inin menopoza girdiği belirlendi.

Tablo 4. 1. 3. Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları (n= 610)

	Sayı	%
Kronik Hastalık		
Var*	66	10.8
Yok	544	89.2
İlaç Kullanımı		
Var**	64	10.5
Yok	546	89.5
Sigara		
İçiyor	165	27.0
İçmiyor	445	73.0

*Kadınların %3.8' inde DM, %3.3' ünde HT, %2' sinde kalp hastalıkları, daha az oranlarda romatizmal hastalıklar, hipotiroid-hipertiroid, ülser, KOAH vardı.

**Kullanılan ilaçlar oral antidiyabetikler, insülin, antihipertansifler, kalp ilaçları, proton pompa inhibitörleri, kas gevşeticiler, tiroid ilaçları, oral kontraseptiflerdir.

Tablo 4.1.3'te kadınların genel sağlık durumları ve alışkanlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Kadınların %10.8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %10.5'inin düzenli olarak ilaç kullandığı belirlendi. Kadınların %27'si sigara içmekteydi.

4. 2. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Varlığı, Sıklığı, Şiddeti, Tıbbi

Yardım Alma Durumu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. 2. 1. Kadınlarda Üriner İnkontinans Durumu

	Sayı	%
Üriner İnkontinans Varlığı*		
Evet	138	22.6
Hayır	472	77.4
İdrar Kaçırma Sıklığı**		
Ayda bir kez yada birden az (nadir)	40	29.17
Ayda iki kez yada ikiden fazla (düzenli)	67	48.62
Düzenli olarak ped kullanmayı gerektirecek kadar (ciddi)	31	22.54
İdrar Kaçırma Süresi** (X=3.8±2.5)		
1 yıl ve 1 yıldan ↓	26	19.00
2-5 yıl	81	58.34
6-10 yıl	29	21.21
10 yıl ↑	2	1.32
Cinsel İlişkide İdrar Kaçırma*		
Evet***	63	10.3
Hayır	547	89.7

*Bu soruları 610 kadın cevaplamıştır.

**İlgili soruları 138 kişi cevaplamıştır, yüzdeler 138 kişi üzerinden alınmıştır.

***Evet cevabı verenlerin tamamı üriner inkontinansı olan grupta yer almaktadır.

Tablo 4.2.1’de kadınlarda üriner inkontinans durumuna yönelik bulgular görülmektedir. Kadınlarda üriner inkontinans prevalansının %22.6 olduğu belirlendi. Nadir inkontinansı olan (ayda bir yada birden az) kadınların oranı %29.17, düzenli inkontinansı olan (ayda iki yada ikiden fazla) kadınların oranı %48.62, ciddi inkontinansı olan (düzenli olarak ped kullanmayı gerektirecek kadar) kadınların oranı %22.54 olarak saptandı. Kadınların %58.34’ü 2-5 yıldır idrar kaçırmaktaydı. Kadınların ortalama idrar kaçırma süreleri 3.8±2.5 yıldır. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranların oranı %10.3’tü.

Tablo 4. 2. 2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Ped Kullanımı, Hekime Başvurma ve İnkontinansa Yönelik İlaç Kullanımı (n= 138)

Ped Kullanımı	Sayı	%
Ped kullanmıyor	43	30.94
Haftada 1-2	41	29.61
Haftada 3-5	24	17.23
Günde 1-2	13	9.28
Günde 3-5	14	10.16
Günde 5↑	3	2.21
Hekime Başvurma		
Evet	37	26.96
Hayır	101	73.37
Üriner İnkontinansa Yönelik İlaç Kullanımı		
Evet	10	7.07
Hayır	128	92.82

Tablo 4.2.2’de üriner inkontinansı olan kadınlarda ped kullanımı, hekime başvurma ve üriner inkontinansa ilaç kullanımına yönelik bulgular yer almaktadır. Üriner inkontinansı olan kadınların %30.94’ünün ped kullanmadığı, %29.61’inin haftada 1-2 adet ped kullandığı belirlendi. Üriner inkontinansı olan kadınların %26.96’sının hekime başvurduğu ve %7.07’sinin bu soruna yönelik ilaç kullandığı saptandı.

Tablo 4. 2. 3. Kadınlarda Yaş, Evlilik Yaşı, Evlilik Süresi ve Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinansın Dağılımı

	Üriner İnkontinansı Olan n= 138 X±SS	Üriner İnkontinansı Olmayan n= 472 X±SS	İstatistiksel Analiz Sonucu
Yaş	47.95±10.44	36.48±13.70	t= 10.524 P<0.001
Evlilik Yaşı	19.37±2.09	20.40±2.28	t= -4.728 P<0.001
Evlilik Süresi	28.18±11.51	16.01±14.05	t= 10.369 P<0.001
Doğum Sayısı	3.33±1.20	1.87±1.10	t= 13.432 P<0.001

Tablo 4.2.3’de kadınlarda yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi ve doğum sayısına göre üriner inkontinansın dağılımı görülmektedir. Üriner inkontinansı olan grupta yaş ortalaması 47.95±10.44, olmayan grupta 36.48±13.70’ti. Üriner inkontinans varlığı ile yaş arasında ileri derecede anlamlı ilişki vardı (P<0.001). Üriner inkontinansı olan grubun evlilik yaş ortalaması daha düşüktü. Üriner inkontinansla evlilik yaşı arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı (P<0.001). Üriner inkontinansı olan grupta evlilik süresi ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi. Üriner inkontinansla evlilik süreleri arasında ileri derecede anlamlı ilişki vardı (P<0.001). Üriner inkontinansla doğum sayısı arasında ileri derecede anlamlı ilişki vardı (P<0.001). Doğum sayısı fazla olan grupta üriner inkontinans görülme oranının arttığı belirlendi.

Tablo 4. 2. 4. Kadınlarda Eğitim Durumu, Gelir, Doğum Şekli, Menopoz, Kronik Hastalık, İlaç Kullanımı ve Sigara İçme Durumuna Göre Üriner İnkontinansın Dağılımı (n= 610)

	Üriner İnkontinans							
	Var		Yok		Toplam	χ^2	sd	P
	Sayı	%	Sayı	%				
Öğrenim Durumu								
Okuryazar değil	11	44.0	14	56.0	25	25.362	5	P<0.001
Okuryazar	17	31.5	37	68.5	54			
İlkokul	50	21.3	185	78.7	235			
Ortaokul	27	33.8	53	66.3	80			
Lise	32	17.8	148	82.2	180			
Yüksekokul	1	2.8	35	97.2	36			
Gelir								
Geliri giderinden az	39	24.2	122	75.8	161	0.496	2	P>0.05
Geliri giderine denk	96	21.9	342	78.1	438			
Geliri giderinden fazla	3	27.3	8	72.7	11			
Doğum Şekli								
Vajinal	109	28.4	275	71.6	384	44.838	3	P<0.001
Sezaryen	5	4.8	100	95.2	105			
Vajinal+Sezaryen	24	32.9	49	67.1	73			
Menopoz								
Evet	73	47.7	80	52.3	153	73.439	1	P<0.001
Hayır	65	22.6	392	77.4	457			
Kronik Hastalık								
Var	32	48.5	34	51.5	66	26.645	1	P<0.001
Yok	106	19.5	438	80.5	544			
İlaç Kullanımı								
Var	32	50.0	32	50.0	64	30.615	1	P<0.001
Yok	106	19.4	440	80.6	546			
Sigara İçme								
Var	31	18.8	134	81.2	165	1.900	1	P>0.05
Yok	107	24.0	338	76.0	445			

Tablo 4.2.4’de kadınlarda eğitim durumu, gelir, doğum şekli, menopoz, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve sigara içme durumuna göre üriner inkontinansın dağılımı görülmektedir. Üriner inkontinansı olan ve olmayan grupların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında eğitim düzeyi düşük gruplarda üriner inkontinansın görülme oranının arttığı belirlendi. Eğitim düzeyi ile üriner inkontinans arasında ileri derecede

anlamli iliŖki saptandı ($P<0.001$). Kadınların gelir düzeyi ile üriner inkontinans arasında iliŖki bulunmadı ($P>0.05$). Normal doğum yapan grupta üriner inkontinansın görölme oranı sezaryenla doğum yapan gruptan daha yüksekti. Üriner inkontinansla doğum Ŗekli arasında ileri düzeyde anlamli iliŖki belirlendi ($P<0.001$). Üriner inkontinansla menopoş arasında ileri derecede anlamli bir iliŖki vardı ($P<0.001$). Üriner inkontinans görölme oranı menopoş dönemindeki kadınlarda daha yüksekti. Üriner inkontinans ile kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı arasında ileri derece anlamli bir iliŖki saptandı ($P<0.001$). Üriner inkontinans varlığı ve sigara kullanımı arasında anlamli bir iliŖki bulunmadı ($P>0.05$).

4. 3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4. 3. 1. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Gruplarda SF-36 Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 610)

SF 36 Alt Alanları	Üriner İnkontinansı Olan n= 138 X±SS	Üriner İnkontinansı Olmayan n= 472 X±SS	İstatistiksel Analiz Sonucu
Fiziksel Fonksiyon	64.38±24.47	84.05±21.55	t= -8.525 P<0.001
Sosyal Fonksiyon	51.77±13.11	63.74±15.02	t= -9.117 P<0.001
Fiziksel Rol	41.12±43.22	75.10±34.63	t= -8.474 P<0.001
Emosyonel Rol	50.00±45.96	82.20±31.15	t= -7.728 P<0.001
Mental Sağlık	58.95±10.18	64.61±11.94	t= -5.506 P<0.001
Zindelik	45.90±12.57	55.98±14.32	t= -8.017 P<0.001
Ağrı	58.37±16.99	74.07±18.30	t= -9.001 P<0.001
Genel Sağlık Anlayışı	40.68±16.07	64.69±14.38	t= -15.790 P<0.001

Tablo 4.3.1’ de üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplarda kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımına yer verildi. SF-36’ nın tüm alt alanlarında puan ortalamalarının üriner inkontinansı olan grupta olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlendi. Üriner inkontinansı olan ve olmayan grupların SF-36 alt alan puan ortalamaları arasındaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu saptandı (P<0.001).

Tablo 4. 3. 2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi	n= 138
IIQ-7 Total	46.16±23.95
UDI-6 1+2	20.08±7.95
UDI-6 3+4	19.76±7.16
UDI-6 5+6	11.47±7.57
UDI-6 Total	51.32±17.86

Tablo 4.3.2' de üriner inkontinansı olan kadınların üriner inkontinansa özel yaşam kalitesi ölçekleri olan IIQ-7, UDI-6 genel ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımına yer verilmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların IIQ-7 ölçeği puan ortalaması 46.16±23.95, UDI-6 ölçeği puan ortalaması 51.32±17.86'dır.

Tablo 4. 3. 3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların SF-36, IIQ-7' den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SF-36 Alt Alanları	IIQ-7 Toplam
Fiziksel Fonksiyon	r= -0.580 P<0.001
Sosyal Fonksiyon	r= -0.385 P<0.001
Fiziksel Rol	r= -0.440 P<0.001
Emosyonel Rol	r= -0.442 P<0.001
Mental Sağlık	r= -0.386 P<0.001
Zindelik	r= -0.235 P<0.01
Ağrı	r= -0.302 P<0.001
Genel Sağlık Anlayışı	r= -0.301 P<0.001

Tablo 4.3.3 incelendiğinde üriner inkontinansı olan kadınların SF-36 ve IIQ-7 yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Kadınların IIQ-7 yaşam kalitesi skoru ile SF-36'nın fiziksel ve sosyal fonksiyon, fiziksel rol ve emosyonel rol, mental sağlık, ağrı, genel sağlık anlayışı alt alan puan ortalamaları arasında negatif yönde, orta düzey ve ileri derecede anlamlı korelasyon saptandı (P<0.001). IIQ-7 yaşam kalitesi skoru ile zindelik puan ortalamaları arasında negatif yönde, hafif düzeyde, anlamlı korelasyon olduğu belirlendi. (P<0.01).

Tablo 4. 3. 4. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda UDI-6 Yaşam Kalitesi Ölçeğine Göre Semptomların Dağılımı ve Derecesi (n: 138)

UDI-6	Hiç	Az	Orta	Çok
1	6 (%1.0)	58 (%9.5)	42 (%6.9)	32 (%5.2)
2	8 (%1.3)	35 (%5.7)	59 (%9.7)	36 (%5.9)
3	4 (%0.7)	16 (%2.6)	47 (%7.7)	71 (%11.6)
4	33 (%5.4)	53 (%8.7)	41 (%6.7)	11 (%1.8)
5	44 (%7.2)	65 (%10.7)	25 (%4.1)	4 (%0.7)
6	26 (%4.3)	70 (%11.5)	38 (%6.2)	4 (%0.7)

1. Sık idrara çıkma
2. Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçıрма
3. Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçıрма
4. Damla damla az miktarlarda idrar kaçıрма
5. İdrar torbanızı boşaltmada zorluk (örneğin: ıkınma ihtiyacı)?
6. Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?

Tablo 4.3.4’ de Üriner inkontinansı olan kadınlarda UDI-6 ölçeğine göre semptomların dağılımı ve derecesi görülmektedir. Orta ve çok düzeyde sık idrara çıkma şikayeti olan kadınların oranı %12.1, birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçıranların oranı %15.6 olarak belirlendi. Öksürme ve hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında orta ve çok düzeyde idrar kaçıranların oranı %19.3’tü. Orta ve çok düzeyde damla damla idrar kaçıranların oranı %8.5, idrar torbasını boşaltmada zorluk yaşayanların oranı %4.8, karnın alt kısmında ve cinsel bölgesinde ağrı ve rahatsızlık yaşayanların oranı %6.9 olarak belirlendi.

Tablo 4. 3. 5. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda SF-36 Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 610)

	Nadir İnkontinans n= 40 X±SS a	Düzenli İnkontinans n= 67 X±SS b	Ciddi İnkontinans n= 31 X±SS c	İstatistiksel Analiz Sonucu
Fiziksel Fonksiyon*	75.37±18.82	64.32±22.61	50.32±28.01	F= 10.405 P<0.001
Sosyal Fonksiyon**	57.77±11.58	49.08±12.40	51.77±14.30	F= 6.405 P<0.01
Fiziksel Rol	46.87±15.03	41.41±13.47	33.05±10.33	F= 0.893 P>0.05
Emosyonel Rol	50.83±15.90	50.24±15.82	48.33±17.79	F= 0.026 P>0.05
Mental Sağlık	61.70±8.58	57.55±10.78	58.45±10.36	F= 2.161 P>0.05
Zindelik	49.37±6.63	45.00±11.14	43.33±18.09	F= 2.364 P>0.05
Ağrı***	66.80±15.09	55.35±15.96	54.01±18.08	F= 7.685 P<0.01
Genel Sağlık Anlayışı	43.25±13.80	41.11±15.83	36.45±18.80	F= 1.623 P>0.05

*a-b (P<0.05), b-c (P<0.05), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

**a-b (P<0.01), a-c (P<0.05) grupları arasında fark vardır.

***a-b (P<0.01), a-c (P<0.01) grupları arasında fark vardır.

Tablo 4.3.5’de nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan kadınlarda SF-36 alt alan puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. SF-36 ölçeğinden alınan alt alan puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, emosyonel rol, zindelik, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamalarının en yüksek olduğu grup nadir inkontinansı olanlar, en düşük olduğu grup ise ciddi inkontinansı olanlardı. Sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt alanlarından elde edilen puan ortalamaları değerlendirildiğinde; en yüksek ortalamanın nadir inkontinansı olanlarda, en düşük ortalamanın düzenli inkontinansı olanlarda olduğu belirlendi. İstatistiksel açıdan nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanların fiziksel fonksiyon alt alan puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı (P<0.001), sosyal fonksiyon ve ağrı alt alan puan ortalamaları arasında anlamlı (P<0.01) fark vardı. Bu farkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapıldı (Tukey HSD). Fiziksel fonksiyon puan ortalamalarında farkın nadir-düzenli, düzenli-ciddi, nadir-ciddi

inkontinansı olan gruplardan (ciddi inkontinansı olan grubun fiziksel fonksiyon puanı daha az); sosyal fonksiyon puanında farkın nadir-düzenli, düzenli-ciddi nadir-ciddi inkontinansı olan gruplardan (düzenli inkontinansı olanların sosyal fonksiyon puanı daha düşük); ağrı puanında farkın nadir-düzenli, nadir-ciddi inkontinansı olan gruplardan (ciddi inkontinansı olanların ağrı puanı daha düşük) kaynaklandığı saptandı. İstatistiksel açıdan nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanların fiziksel rol, emosyonel rol, zindelik, genel sağlık anlayışı, mental sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($P>0.05$).

Tablo 4. 3. 6. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Nadir İnkontinans n= 40 X±SS a	Düzenli İnkontinans n= 67 X±SS b	Ciddi İnkontinans n= 31 X±SS c	İstatistiksel Analiz Sonucu
IIQ-7 Total*	32.97±21.63	47.40±21.47	60.52±23.43	F= 13.932 P<0.001
UDI-6 1+2**	15.83±7.60	19.90±6.12	25.98±8.41	F= 17.765 P<0.001
UDI-6 3+4***	15.69±7.74	20,31±6.15	23.63±5.77	F= 13.827 P<0.001
UDI-6 5+6****	8.33±6.41	12.10±7.36	14.15±8.22	F= 6.037 P<0.001
UDI-6 Total*****	36.66±17.19	52.32±15.14	63.97±15.03	F= 20.757 P<0.001

*a-b (P<0.01), b-c (P<0.05), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

**a-b (P<0.05), b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

***a-b (P<0.01), b-c (P<0.05), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

****a-b (P<0.05), a-c (P<0.01) grupları arasında fark vardır.

*****a-b (P<0.001), b-c (P<0.01), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

Tablo 4.3.6' de nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan kadınların IIQ-7 ve UDI-6 puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamalarının ciddi inkontinansı olanlarda en yüksek, nadir inkontinansı olanlarda en düşük olduğu saptandı. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanlar arasında UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklar görüldü (P<0.001). Bu farkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapıldı (Tukey HSD). IIQ-7 total, UDI-6 total, UDI-6 1+2, UDI-6 3+4 puan ortalamaları arasındaki farkın nadir-düzenli, düzenli-ciddi ve nadir-ciddi inkontinansı olan gruplardan (ciddi inkontinansı olanların puanı daha yüksek, nadir inkontinansı olanların puanı daha düşük); UDI-6 5+6 puanları arasındaki farkın nadir-düzenli, nadir-ciddi inkontinansı olan gruplardan (düzenli ve ciddi inkontinansı olanlar arasında puan farkı daha az, nadir inkontinansı olanların puanı daha düşük) kaynaklandığı görüldü.

Tablo 4. 3. 7. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Ped Kullanımına Göre IIQ-7 ve UDI-6 Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ped Kullanmıyor n= 43 X±SS a	Haftada 1-2 n= 41 X±SS b	Haftada 3-5 n= 24 X±SS c	Günde 1-2 n= 13 X±SS d	Günde 3-3+ n= 17 X±SS e	İstatistiksel Analiz Sonucu
IIQ7 Total *	13.89±19.42	52.84±22.98	42.46±21.15	50.54±20.89	68.06±20.06	F= 10.834 P<0.001
UDI6 1+2 **	16.02±7.68	19.64±7.70	21.06±6.75	20.94±9.11	29.41±6.11	F= 11.525 P<0.001
UDI6 3+4 ***	17.18±7.15	19.78±5.78	19.21±8.02	21.79±5.30	25.49±7.09	F= 4.904 P<0.001
UDI6 5+6 ****	6.84±6.39	13.68±6.34	13.65±9.11	10.68±6.19	15.35±6.37	F= 7.852 P<0.001
UDI6 Total *****	40.05±16.01	53.11±13.66	53.93±19.82	53.41±12.32	70.26±13.02	F= 12.446 P<0.001

*a-b (P<0.001), a-d (P<0.05), a-e (P<0.001), c-e (P<0.01) grupları arasında fark vardır.

**a-c (P<0.05), a-e (P<0.001), b-e (P<0.001), e-c (P<0.01), e-d (P<0.05) arasında fark vardır.

***a-e (P<0.001), c-e (P<0.05), b-e (P<0.05) grupları arasında fark vardır.

****a-b (P<0.001), a-c (P<0.01), a-e (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

*****a-b, a-c (P<0.01); a-e, b-e (P<0.001); c-e, d-e (P<0.05) grupları arasında fark vardır.

Tablo 4.3.7 incelendiğinde üriner inkontinansı olan kadınların kullandıkları ped sayılarına göre UDI-6 ve IIQ-7 yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları en düşük grup ped kullanmayanlar, en yüksek grup günde 3 ve 3+ ped kullananlardı. Kadınların kullandıkları ped sayılarına göre UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının tümünde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık vardı (P<0.001). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapıldı. (Tukey HSD). IIQ-7 puan ortalamaları arasındaki farkın ped kullanmayanlar ile haftada 1-2 ped kullananlar, günde 1-2 ped kullananlar ve günde 3 ve 3+ ped kullanan gruplardan (ped kullanmayan grubun puan ortalamaları diğer gruplardan daha düşüktü); haftada 1-2 ped kullananlar ile günde 3 ve 3+ ped kullanan gruplardan (3 ve 3+ ped kullananların puan ortalamaları daha yüksek) kaynaklandığı belirlendi. UDI-6 1+2 puan ortalamaları arasındaki farkın günde 3 ve 3+ ped kullanan grup ile diğer tüm gruplar arasındaki farktan (3 ve 3+ ped kullanan

grubun puan ortalaması tüm gruplardan daha yüksek), hiç ped kullanmayanlar ile haftada 3-5 ped kullananlardan kaynaklandığı belirlendi (haftada 3-5 ped kullananların puan ortalamaları daha yüksekti). UDI-6 3+4 puan ortalamaları arasındaki farkın günde 3 ve 3+ ped kullananlar ile hiç ped kullanmayanlar, haftada 1-2 ve haftada 3-5 ped kullananlar arasında olduğu belirlendi (günde 3 ve 3+ ped kullananların puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksekti). UDI-6 5+6 puan ortalamaları arasındaki farkın ise hiç ped kullanmayanlar ile haftada 1-2, haftada 3-5 ve günde 3-3+ ped kullanan gruplar arasında olduğu belirlendi (hiç ped kullanmayan grubun puan ortalamaları diğer tüm gruplardan daha düşüktü). UDI-6 total puan ortalamaları açısından ise günde 3 ve 3+ ped kullananlar ile diğer tüm gruplar arasında (3 ve 3+ ped kullananların puan ortalamaları daha yüksek); hiç ped kullanmayanlar ile haftada 1-2 ve haftada 3-5 ped kullananlar arasında fark saptandı (hiç ped kullanmayan grubun puan ortalaması diğer iki gruptan daha düşüktü).

Tablo 4. 3. 8. İrritative, Stres ve Obstruktif Semptomları olan Kadınların UDI-6 ve IIQ-7 Puan Ortalamalarının Dağılımı

	İrritative Semptomu Olanlar n=135 X±SS	Stres Semptomu Olanlar n=137 X±SS	Obstruktif Semptomu Olanlar n=122 X±SS	İstatistiksel Analiz Sonucu
IIQ-7 Total	9.82±5.01	9.75±5.00	10.45±4.75	P>0.05*
UDI-6 1+2	3.69±1.33	3.63±1.41	3.80±1.34	P>0.05*
UDI-6 3+4	3.57±1.28	3.58±1.25	3.55±1.31	P>0.05*
UDI-6 5+6	2.10±1.35	2.08±1.35	2.33±1.21	P>0.05*
UDI-6 Total	9.37±3.12	9.29±3.14	9.69±3.07	P>0.05*

* Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Tablo 4.3.8’de irritative (urgency, frequency ve ağrı), stres ve obstruktif semptomları olan kadınların UDI-6 ve IIQ-7’ den aldıkları puanların ortalamaları görülmektedir. İrritative, stres ve obstruktif semptomları olan gruplar karşılaştırıldığında UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (P>0.05).

Tablo 4. 3. 9 Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınlarda Cinsel Disfonksiyon Görülme Durumu

Üriner İnkontinans Varlığı	Cinsel Disfonksiyon Var (IFSF Puanı≤30)	Cinsel Disfonksiyon Yok (IFSF Puanı>30)	Toplam	χ	sd	P
	Sayı	%				
Evet	85	53	138	51.159	1	P<0.001
%	61.6	38.4	100			
Hayır	134	338	472			
%	28.4	71.6	100			
Toplam						
Sayı	219	391	610			
%	35.9	69.1	100			

Tablo 4.3.9’da üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda cinsel disfonksiyon durumu görülmektedir. Araştırma grubundaki kadınlarda cinsel disfonksiyon görülme oranı %35.9 (n:219)’du. Üriner inkontinansı olan kadınların %61.6’ sında cinsel disfonksiyon saptanırken, üriner inkontinansı olmayan grupta bu oran %28.4 olarak belirlendi. İnkontinansı olan grupta cinsel disfonksiyon görülme oranı %33.2 daha fazlaydı. Buna göre üriner inkontinans varlığı ile kadın cinsel disfonksiyonu arasında anlamlı ilişki saptandı (P<0.001).

Tablo 4. 3. 10. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Kadınların IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Üriner İnkontinansı Olan n= 138 X±SS	Üriner İnkontinans Olmayan n= 472 X±SS	İstatistiksel Analiz Sonucu
IFSF Total	27.26±7,87	33.06±7.96	t= -7.554 P<0.001
Cinsel İlişkide Rahatsızlık	3.86±1.26	4.59±1.26	t= -5.886 P<0.001
Lubrikasyon	4.02±1.29	4.75±1.28	t= -5.864 P<0.001
Cinsel İlişki Sıklığı	3.18±1.00	4.09±1.06	t= -8.858 P<0.001
Cinsel İstek	4.61±1.41	5.68±1.59	t= -7.079 P<0.001
Cinsel İlişki Tatmini	5.61±1.88	6,98±2.00	t= -7.143 P<0.001
Orgazmik Fonksiyon	3,35±1.18	3.91±1.01	t= -5.485 P<0.001
Klitoral Duyarlılık	2.59±0.97	3.05±0.95	t= -4.927 P<0.001

Tablo 4.3.10’ da üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların IFSF ölçeğinin genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Üriner inkontinansı olan kadınların IFSF ölçeğinin genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları üriner inkontinansı olmayan gruptan daha düşüktü. Üriner inkontinans varlığı ile IFSF puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı farklılık saptandı (P<0.001).

Tablo 4. 3. 11. Nadir, Düzenli ve Ciddi İnkontinansı Olan Kadınlarda IFSF Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Nadir İnkontinans X±SS a	Düzenli İnkontinans X±SS b	Ciddi İnkontinans X±SS c	İstatistiksel Analiz Sonucu
IFSF Total*	32.47±5.01	27.91±5.87	19.12±8.28	F= 38.812 P<0.001
Cinsel İlişkide Rahatsızlık**	4.65±0.73	3.98±0.97	2.61±1.43	F= 29.085 P<0.001
Lubrikasyon***	4.77±0.73	4.17±0.96	2.70±1.44	F= 29.381 P<0.001
Cinsel İlişki Sıklığı****	3.80±0.72	3.22±0.84	2.32±1.04	F= 39.802 P<0.001
Cinsel İstek*****	5.50±0.93	4.62±1.30	3.45±1.36	F= 28.098 P<0.001
Cinsel İlişki Tatmini*****	6.70±1.45	5.79±1.60	3.83±1.69	F= 31.327 P<0.001
Orgazmik Fonksiyon*****	3.95±1.08	3.44±0.92	2.38±1.25	F= 24.48 P<0.001
Klitoral Duyarlılık*****	3.10±1.00	2.65±0.82	1.80±0.70	F= 19.777 P<0.001

*a-b (P<0.05), b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

**a-b (P<0,05), b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

***a-c (P<0.001), b-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

****a-b (P<0.05), b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

*****a-b (P<0.05), b-c (P<0.01), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

*****b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

*****b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

*****b-c (P<0.001), a-c (P<0.001) grupları arasında fark vardır.

Tablo 4.3.11 incelendiğinde nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanların IFSF ölçeğinin genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Nadir inkontinansı olan grubun IFSF puan ortalamalarının en yüksek, ciddi inkontinansı olan grubun IFSF puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlendi. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan gruplar arasında cinsel ilişkide rahatsızlık, lubrikasyon, cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek, ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon, klitoral duyarlılık ve IFSF total puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark saptandı (ANOVA). Bu farkların hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için çoklu karşılaştırmalar testi (Tukey HSD) yapıldı. IFSF total, cinsel ilişkide rahatsızlık, cinsel ilişki sıklığı puanları arasındaki farkın nadir-düzenli, düzenli-ciddi ve

nadir-ciddi inkontinansı olan gruplardan (ciddi inkontinansı olan grubun tüm puan ortalamaları, nadir ve düzenli inkotinansı olan grupların puan ortalamalarından daha düşük); lubrikasyon puan ortalamaları arasındaki farkın nadir-ciddi, düzenli-ciddi inkontinansı olan gruplar (ciddi inkontinansı olan grubun puan ortalaması daha düşük) arasındaki farklardan ortaya çıktığı görüldü. Cinsel istek puanındaki farkın nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan gruplardan (ciddi inkontinansı olan grubun puan ortalaması daha düşük); cinsel ilişki tatmini, orgazmik fonksiyon, klitoral duyarlılık puan ortalamaları açısından farkın düzenli-ciddi, nadir-ciddi inkontinansı olan gruplar arasındaki farktan (ciddi inkontinansı olanların puan ortalamaları daha düşük) kaynaklandığı görüldü.

5. TARTIŞMA

5. 1. Kadınların Demografik, Obstetrik, Jinekolojik, Genel Sağlık Durumları ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma; Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, 20 yaş ve üzeri 610 evli kadın üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan kadınların %28.8'i 20-29 yaş grubundaydı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) - 2008 (115) verilerine göre ülkemizde 20-29 yaş arasındaki kadınların oranı %29.6 olup çalışmamızla benzerlik göstermekteydi (Tablo 4.1.1).

Çalışma bulgularımıza göre okur - yazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş kadın oranı %3.8 idi (Tablo 4.1.1). TNSA-2008 (115) verilerine göre eğitimi olmayan- ilkokulu bitirmeyen kadınların oranı %18.3 olup bizim bulgumuzdan daha yüksekti. Bu durum araştırma yaptığımız ilin batıda yer alması ve eğitim düzeyinin Türkiye'nin bazı bölgelerindeki illere göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Lise ve üzeri eğitim görenler bizim çalışmamızda %35.4, TNSA-2008 (115) verilerine göre %21.1 idi.

Araştırma bulgularımıza göre kadınların %29.7'si çalışmaktadır. (Tablo 4.1.1). Başbakanlık Nisan 2009 TÜİK (116) verilerine göre ülkemizde çalışan kadın oranı %25.5'dir. Çalışan kadın oranı bakımından bulgularımız TÜİK verileri ile benzerlik göstermektedir.

TNSA-2003 (114) verilerine göre ülkemizde hane halkı büyüklüğü ortalama 4 kişidir. Bizim çalışmamızda da kadınların %46.4'ü hanelerindeki kişi sayısını 4-5 olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.1.1). Bu bakımdan bulgularımız TNSA-2003 (114) verilerine benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların ortalama evlilik yaşı 20.17 ± 2.28 olarak bulundu (Tablo 4.1.1). TNSA-2003 (114) verilerinde de benzer şekilde 25-49 yaş arası kadınlarda ilk evlilik yaşı kentte 20.3'tür.

Evlenme şekillerine bakıldığında çalışmamızda aile düzenlemesi ile evlenen kadınların oranı %65.7 idi (Tablo 4.1.1). Tekin (99)' in İstanbul' da evli kadınların cinsel sorunlarını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında bu oran bizim çalışmamızdan biraz daha düşük olup %51.5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızdaki kadınların ortalama doğum sayısı 2.2 ± 1.2 idi (Tablo 4.1.2). TNSA-2008 (115) verilerine göre ülkemizde bu oran 2.15 olup bizim çalışmamızdaki bulgulara paralellik göstermektedir. Araştırmamızda kadınların %17.3'ü doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirmiştir (Tablo 4.1.2). Sağlık Bakanlığı-2007 (120) verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı %32.8 olup çalışma bulgularımızdan daha yüksek bir değerdir. Bazı araştırmalara göre ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksekliği, annenin öğrenim düzeyinin yüksekliği, anne yaşının ileri olması, kentsel bölgede olmak, özel sigortalı olmak , doğumu özel hastanede yapıyor olmak sezaryen oranını artırıcı yönde etkili olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sezaryen oranının düşük bulunması araştırma bölgesinin kırsal bölgeden yoğun göç almış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların %27'sinin sigara içtiği belirlendi (Tablo 4.1.3). TNSA-2003 (114) verilerine göre ülkemizde kadınların %28'i sigara içmekte olup bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5. 2. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Varlığı, Sıklığı, Şiddeti, Tıbbi

Yardım Alma Durumu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Üriner İnkontinans kadınlarda erkeklerden daha yaygındır ve yaşla birlikte prevalans oranları da yükselir (29, 64). Üriner inkontinansın prevalansı ile ilgili oranlar büyük farklılıklar göstermektedir. Bunun nedenleri araştırmalarda kullanılan üriner inkontinans tanımlarındaki farklılıklar ve çalışma gruplarının farklı özelliklerde olmasıyla açıklanabilir (78). Peyrat ve ark. (86) Fransa’ da yaşları 20-62 arasında değişen 1700 kadınla yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %27.3 olarak belirtmişlerdir. Danforth ve ark. (24) Amerika’da 25-42 yaşları arasında kadınla yaptıkları çalışmada bu oranı %43 olarak bulmuşlardır.

Ülkemizde de üriner inkontinansının prevalansını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Koçak ve ark. (59) Aydın’da 18 yaş üzerindeki 1012 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinansının prevalansını %27.6 olarak belirtmişlerdir. Güneş ve ark. (41) üriner inkontinansın prevalansını %49.7, Özerdoğan (78) 20 yaş ve üzeri kadınlarda %25.8 olarak rapor etmişlerdir. Diğer çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda da 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı %22.5 idi (Tablo 4.2.1).

Araştırma bulgularımıza göre üriner inkontinansı olan kadınların %29.17’ sinde nadir, %48.02’ sinde düzenli, %22.54’ ünde ciddi inkontinans belirlendi (Tablo 4.2.1). Özerdoğan (78) üriner inkontinansı olan 161 kadının % 36.1’inde nadir, % 51.63’ünde düzenli, % 12.42’inde ciddi inkontinans görüldüğünü rapor etmiştir. Bu çalışmalara paralel olarak Güneş ve ark. (41) kadınların %67.92’sinin ara sıra, %32.1’inin sürekli olarak, %58’ inin ise ped kullanmak zorunda kalacak kadar ciddi inkontinans yaşadığını belirtmişlerdir.

Roe ve ark. (90) yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların idrar kaçırma sürelerinin 5 ay ile 46 yıl arasında olduğunu belirtmişlerdir. Koçak ve ark. (59) 5 yıldan daha az inkontinansı olanların oranını %66.5, 5-10 yıl olanların oranını %20.7, 10 yıldan daha uzun süre inkontinans yaşayanların oranını %12.8 olarak rapor etmişlerdir. Döndar (29) çalışmasında 1 yıldan daha az süredir idrar kaçıranların oranını %30, 5 yıldan daha uzun süredir idrar kaçıranların oranını %21.2 olarak belirtmiştir.

Güneş ve ark. (41) Malatya’da 20 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %52’ sinin 1-2 yıldır, %48’inin daha uzun süredir idrar kaçırdığını tespit etmişlerdir. Diğer araştırma bulgularına benzer olarak çalışmamızdaki kadınların %19’u 1 yıldır, %58.34’ü 2–5 yıldır, %22.53’ü ise daha uzun süredir üriner inkontinansa sahiptirler (Tablo 4.2.1).

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaya yakınması olan kadınların oranını Özerdoğan genel popülasyonda %10.6 olarak belirtmiştir. Yeni ve ark. (108) cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans prevalansını %28, Temml ve ark. (102) %25.1 olarak tesbit etmişlerdir. Döndar (29), üriner inkontinansı olan kadınlarda cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını belirtenlerin oranını %47.5 olarak saptamıştır. Bizim çalışmamızda da cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran kadınların oranı genel popülasyonda 10.3, üriner inkontinansı olanlarda % 45.52 olup Özerdoğan ve Döndar’ın çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Tablo 4.2.1).

Ülkemizde üriner inkontinansı olan kadınlarda ped kullanma oranı %41.17- %78.3 arasında değişmektedir (7, 29, 41, 58, 60, 78). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise bu oran %43-%75 arasında belirlenmiştir (17, 95). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak ped kullanma oranını %69.1 olarak saptandı (Tablo 4.2.2).

Çalışmamızda üriner inkontinans nedeni ile kadınların %26.9’u tıbbi yardım almak için sağlık kuruluşlarına başvurmuştu (Tablo 4.2.2). Kök ve ark. (60) üriner inkontinans nedeni ile hekime başvuran kadınların oranını %20, Özerdoğan (78) %27.3, Güneş ve ark. (41) %26,5 olarak belirtmişlerdir. Hagglund ve ark (45) bu oranı %14, Monz (73) %23,4 olarak belirlemişlerdir. Çalışma bulgumuz diğer çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında üriner inkontinansı olan grubun yaş ortalaması ($47,95 \pm 10,44$), üriner inkontinansı olmayan grubun yaş ortalamasına ($36,48 \pm 13,70$) göre daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.2.3). Güneş ve ark (41) 20 yaş üzeri kadınlarla, Peyrat ve ark. (86) 20-60 yaşları arasındakilerde, Koçak ve ark. (59) 18 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmalarda bizim araştırma bulgularımıza benzer olarak yaş ile birlikte üriner inkontinans prevalansının arttığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda evlilik süresi üriner inkontinansı olan grupta olmayan gruba göre daha yüksekti (Tablo 4.2.3). Ancak bu ilişkide belirleyici faktör yaş değişkeni idi. İleri yaşlardaki kadınların evlilik süreleri de yüksekti. Çalışmamızda üriner inkontinansı olan grubun evlilik yaşı ortalaması da olmayan gruba göre daha düşüktü (Tablo 4.2.3). Çalışmamızdan farklı olarak Döndar (29) üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplarda evlilik yaşı ve evlilik süresi ile inkontinans arasında ilişki olmadığını saptamıştır.

Doğum yapmanın pelvik taban kaslarını zayıflattığına inanıldığından parite, üriner inkontinansın oluşumunda bir etken olarak irdelenmektedir. Bu konuda araştırmacıların bulguları farklılık göstermektedir. Bazıları parite artışının kas gücünü zayıflattığını bildirirken bazıları ise ikisi arasında bir ilişki bulamamıştır (64). Çalışma bulgularımıza göre üriner inkontinans görülme sıklığı artan parite ile ilişkili idi (Tablo 4.2.3). Dolan ve ark. (28), Peyrat ve ark. (86), Güneş ve ark. (41) kadınlarda doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının arttığını çalışmalarında belirtmişlerdir. Danforth ve ark. (24) 2'den daha fazla doğum yapanlarda nulliplarlara göre üriner inkontinans riskinin %67 oranında arttığını rapor etmişlerdir. Groutz ve ark. (39) multipar kadınlarda üriner inkontinans prevalansının nullipar kadınlara göre daha yüksek olduğunu, nullipar ve primiparlar arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Bizim bulgularımızla paralellik göstermeyen çalışmalar da vardır. Buchbaum ve ark. (15) nullipar ve onların doğum yapmış kardeşleri üzerinde yaptıkları araştırmada parite ve üriner inkontinans arasında ilişki saptamamışlardır. Elliasson ve ark. (30) nullipar ve multiparlar arasında üriner inkontinans görülme sıklığı bakımından fark olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırma bulgularımıza göre eğitim düzeyi düşük olan grupta üriner inkontinansın görülme oranı daha fazla idi. (Tablo 4.2.4). Ancak bu ilişkideki belirleyici faktör yaş değişkeni idi. İleri yaşta kadınların eğitim düzeyi gençlere göre daha düşüktü. Parazzini ve ark. (84) üriner inkontinans görülme olasılığının eğitim düzeyi düşük kişilerde arttığını belirtmişlerdir. Koçak ve ark. (59) eğitim düzeyinin üriner inkontinansı olan grupta daha düşük olduğunu saptamışlardır. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Kocaöz (58), Döndar (29), June-Oh ve ark. (76) üriner inkontinans ile eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda gelir düzeyi ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.2.4). Çalışmamıza benzer şekilde Oh ve ark. (76), Koçak ve ark. (59) gelir düzeyinin üriner inkontinansın ortaya çıkmasında etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Vajinal doğumun sezaryen doğumla kıyaslandığında, pelvik tabanda hasar oluşturduğu histolojik ve elektromiyografik olarak saptamıştır. Sezaryen doğumlardan sonra benzer hasarların görülmediği ve pelvik kasların postpartum dönemde daha güçlü olduğu, üriner inkontinans insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır (64). Bizim çalışmamızda da kadınların doğum şekli ile üriner inkontinans varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı. Çalışmamızda vajinal doğum yapanlarda sezaryen doğuma göre üriner inkontinans görülme oranı daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.2.4). Bununla birlikte bu sonuçta yaş değişkeninin de etkili olduğu da düşünülmektedir. Çünkü ileri yaşlardaki kadınlarda vajinal doğum oranı sezaryen doğuma oranla daha yüksekti. Peyrat ve ark. (86) sezaryenle kıyaslandığında normal doğumu üriner inkontinans için risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Groutz ve ark. (39) özellikle vajinal aletli doğumların üriner inkontinans için risk faktörü oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Chen ve ark. (17) vajinal doğum yapanlarda üriner inkontinans riskinin arttığını rapor etmişlerdir. Araştırma bulgularımızdan farklı olarak Kocaöz (58) çalışmasında doğum şekli ile inkontinans arasında ilişki olmadığını belirtmiştir.

Üretra epiteli, vajina epiteli ile ortak embriyolojik kökene sahip olduğu için, seks steroidlerinden benzer şekilde etkilenir. Yapılan çalışmalarda pubokoksigeus kası, üretra ve mesane trigonunda östrojen reseptörlerinin çok yoğun olarak bulunduğu görülmüştür. Menopoz döneminde steroid hormonların düzeylerindeki değişim, alt üriner sistemde semptomatik, sitolojik ve ürodinamik değişiklikler sonucu üriner inkontinans gelişmesine neden olmaktadır (64). Araştırmamızda da menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.2.4). Araştırma sonuçlarımıza paralel olarak Danforth ve ark. (24), Yeşiltepe Oskay ve ark. (110), Özerdoğan (78) ve Kocaöz (58) çalışmalarında menopoz döneminde üriner inkontinans görülme sıklığının arttığını belirtmişlerdir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Oh ve ark. (76), Dolan ve ark. (28) çalışmalarında üriner inkontinans görülme sıklığı ile menopoz arasında anlamlı bir ilişki olmadığını

saptamışlardır. Parazzini ve ark. (84) erken menopoz döneminde özellikle urge inkontinansı olan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının azaldığını rapor etmişlerdir.

Çalışma bulgularımıza göre kronik hastalığı olan ve bu hastalıklara yönelik ilaç kullanan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı anlamlı derecede fazla idi (Tablo 4.2.4). Koçak ve ark. (59) kronik hastalığı olanlarda üriner inkontinansın görülme sıklığını yüksek bulmuşlardır. Danforth ve ark. (24) Tip II diyabeti üriner inkontinans için risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Güneş ve ark. (41) Malatya’da yaptıkları çalışmada Tip II diyabeti olanlarda üriner inkontinans görülme sıklığının arttığını rapor etmişlerdir. Yeşiltepe Oskay ve ark. (110) antihipertansif ve antidiyabetik ilaç kullananlarda üriner inkontinans görülme oranının arttığını belirlemişlerdir. Özerdoğan (78) 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptığı araştırmada nörolojik hastalığı ve diyabeti bulunan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının arttığını belirtmiştir.

Yapılan çalışmalarda sigara içenlerde mesane basıncının arttığı ve sigaranın öksürükle üriner inkontinansın oluşumuna katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Şiddetli öksürmenin sfinkterin anatomik ve nörolojik fonksiyonunu bozduğu, sigaranın kollajen sentezi ve östrojen seviyesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ifade edilmektedir (58, 78). Bu sonuçlara karşın bizim çalışmamızda sigara kullanımı ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.2.4). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Parazzini ve ark. (84), Teleman ve ark. (100), Güneş ve ark. (41) sigara kullanımı ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır.

5. 3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili birçok tanımlamalar yapılmışsa da genel anlamda yaşam kalitesi; bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır. Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içerisindedir. Sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır. Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Literatürde üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönünde çalışmalar mevcuttur (3, 19, 34, 65, 82). Araki ve ark. (4), Margalith ve ark. (70), Hagglund ve ark. (45) üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitelerini belirlemek için “Short Form-36 (SF-36)” ölçeği ile yaptıkları çalışmalarda, ölçeğin 8 alt boyutundan alınan puanları değerlendirerek, üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Araki ve ark. (4) Japonya’ da yaşları 20-64 arasında değişen 3734 kadınla yaptıkları çalışmada, üriner inkontinansı olan grubun olmayan gruba göre zindelik ve mental sağlık dışında ölçeğin diğer tüm alt boyutlarından aldıkları puanları daha düşük olarak bulmuşlardır. Hagglund ve ark. (45) 18-72 yaşları arasında 1574 kadınla yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanların daha düşük olduğunu rapor etmişler, üriner inkontinans tipleri içerisinde yaşam kalitesi en düşük grubun ise urge inkontinanslılar olduğunu belirtmişlerdir. Margalith ve ark. (70) 22-65 yaşları arasında üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlarla yaptıkları çalışmada, üriner inkontinansı olan grubun SF-36’nın 8 alt boyutu değerlendirildiğinde aldıkları puanların olmayan gruba göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuçlara paralel olarak Döndar (29), SF-36 ölçeğinin 8 alt boyutundan alınan puanları değerlendirerek, üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi düzeyini daha düşük olarak saptamıştır. Bu sonuçlara benzer olarak çalışmamızda SF-36’nın 8 alt boyutu da değerlendirildiğinde, üriner inkontinansı olanlar olmayanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahiptiler (Tablo 4.3.1).

Lowenstein ve ark. (69) 47 üriner inkontinanslı hastada yaptıkları çalışmada UDI-6 puan ortalamasını 45 ± 22 ve IIQ-7 puan ortalamasını 35 ± 30 olarak

belirtmişlerdir. Bu çalışmalara benzer şekilde preoperatif dönemde üriner inkontinansı olan kadınlarda UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamasını Moore (72) 47.5 ± 23.6 ve 41.0 ± 24.5 , Raalte (87) 43.2 ve 35.2 ve Çopur (22) 52.77 ± 16.66 ve 47.61 ± 14.28 olarak belirtmişler, yaptıkları çalışmalarda kadınların yaşam kalitelerinin üriner inkontinans olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da UDI-6 ve IIQ-7 ölçekleri kullanılarak üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesi değerlendirilmiş, puan ortalamaları sırasıyla 51.32 ± 17.86 ve 46.16 ± 23.95 olarak belirlenmiş ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların, inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeği olan IIQ-7 puan ortalaması ile, genel yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36 alt alan puan ortalamaları karşılaştırıldığında; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon belirlendi (Tablo 4.3.3.). SF-36 da puan ortalamalarının azalması, IIQ-7’de artması yaşam kalitesi düzeyinin kötüleştiğini ifade etmektedir. Sonuç olarak genel yaşam kalitesi ya da hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği ile elde edilen bulgular paralellik göstermekte, yaşam kalitesinin üriner inkontinans olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Benzer şekilde literatürde de genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi düzeyinin üriner inkontinansa sahip kadınlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (4, 29, 45, 70, 78).

Araştırmamızda UDI-6 yaşam kalitesi ölçeğine göre semptomların dağılım ve derecesi incelendiğinde; orta ve çok düzeyde stres inkontinans semptomları olanların oranı ilk sırada, urge inkontinans semptomları olanların oranıysa ikinci sırada gelmekteydi (Tablo 4.3.4). Bu sonuç Parazzini ve ark. (84), Araki ve ark. (4), Hagglund ve ark. (45), Peyrat ve ark.(86) gibi stres inkontinans görülme sıklığını ilk sırada bulan çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde de Koçak ve ark. (59) ile Özerdoğan (78) çalışmalarında stres inkontinanslı kadınların oranını urge inkontinansı olanlardan daha yüksek olarak bulmuşlardır.

Bizim araştırma bulgularımıza göre nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan kadınlar arasında SF-36’nın fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. SF-36’nın fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, zindelik, genel sağlık anlayışı alt boyutlarında yaşam kalitesi bakımından anlamlı farklılık saptanmadı. Yaşam kalitesinde en fazla etkilenme ciddi inkontinansı olan kadınlarda idi (Tablo 4.3.5). Üriner inkontinanslı bireylerde yaşam kalitesinin

belirlenmesinde kullanılan Urogenital Distress Incontinence-6 (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7)” ölçeklerinden elde edilen puanlara göre de nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olan gruplar arasında karşılaştırmalar yapıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık bulundu (Tablo 4.3.6). Gruplar arasında yaşam kalitesi düzeyi en düşük grup ciddi inkontinansı olanlardı. Özerdoğan (78), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanarak yaptığı çalışmasında, nadir inkontinansı olan kadınların düzenli inkontinansı olanlara, düzenli inkontinansı olanların ciddi inkontinansı olan kadınlara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmiştir.

Ped sayısı, araştırmalarda kesin olmamakla birlikte üriner inkontinansın şiddetinin belirlenmesinde bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda IIQ-7, UDI-6 genel ve alt boyutlarından alınan puanlara göre; kadınların kullandıkları ped sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlendi (Tablo 4.3.7). Bulgularımıza paralel olarak Koçak ve ark. (59), Aslan ve ark. (10), Döndar ve ark. (29) da kullanılan ped sayısının artmasıyla yaşam kalitesi düzeyinin düştüğünü belirtmişlerdir.

Araştırma bulgularımıza göre yaşam kalitesinin etkilenmesinde UDI-6 ve IIQ-7 ölçeklerinden alınan puanlara göre; irritatif, stres ve obstruktif semptomları olan kadınlar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.3.8). Bulgularımıza benzer olarak Coyne ve ark. (47) SF-36 ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada üriner inkontinans tipleri ile yaşam kalitesi düzeyi arasında fark olmadığını bulmuşlardır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak literatürde üriner inkontinans tiplerine göre kadınların yaşam kalitesinin farklı düzeylerde etkilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Chen ve ark. (17), Vaart ve ark. (107), Hagglund ve ark. (45) urge inkontinansı olan kadınların stres inkontinansı olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını, Araki ve ark. (4), Koçak ve ark. (59) ise miks inkontinansı olanların diğerlerine göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Literatürde kadın cinsel işlev bozukluğu prevalansının %30-50 arasında olduğu belirtilmektedir (1, 42, 67, 77, 98). Ülkemizde kadın cinsel fonksiyonu ile ilgili çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan çeşitli çalışmalarda sonuçlar bu oranlar arasında bulunmuş, kronik hastalık varlığında, menopoz döneminde ve doğum sonrasında, pelvik tabana yönelik cerrahi operasyonlar sonrasında ve üriner

inkontinansa bu oranın daha da artabileceği vurgulanmıştır (1, 42, 68, 111). Cinsel fonksiyonun Index of Female Sexual Function (IFSF) ile değerlendirildiği çalışmamızda; örneklem grubundaki kadınların tümünde cinsel disfonksiyon görülme oranı %35.9 (IFSF puanı 30 ve altında olanlar) olarak saptandı. Demirezen ve arkadaşları (27) toplum temelli çalışmalarında birinci basamak sağlık merkezine gelen 40 yaş altı 123 kadında cinsel disfonksiyon prevalansını %67.5 olarak belirlemişlerdir. Öksüz ve ark. (79) ise FSFI (Female Sexual Function Index) kullanarak Ankara’ da 518 bayanın alındığı prevalans çalışmasında 18-55 yaş grubu bayanlarda cinsel işlev bozukluğu sıklığını %48.3 olarak bulmuşlardır. Demir ve ark. (25) premenopozal dönemdeki 132 kadınla FSFI ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada cinsel disfonksiyon oranını %28.6 olarak belirtmişlerdir. Aslan ve ark. (9) İstanbul Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine çeşitli sağlık sorunları nedeniyle başvuran 20 yaş ve üzeri kadınlarda FSFI kullanarak yaptıkları çalışmada cinsel disfonksiyon oranını %66.3 olarak bulmuşlardır.

IFSF ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında; Karakoyunlu’ nun (51) 15-49 yaşları arasında 600 kadınla yaptığı çalışmada; kadınların %6.8’inin çok düşük (16 puandan az), %16.5’ inin düşük (16-25 puan), %46.5’ inin orta (26-35 puan), %30.2’ sinin yüksek (35 puandan fazla) IFSF puanına sahip olduğu görülmüştür. Güvel ve arkadaşlarının (42) 98 gönüllü ve sağlıklı kadınla yaptığı çalışmada, kadınların %38’ inin puanın 25 ve altında, %47’ sinin 26-35 arasında, %14’ ünün puanının ise 35’ den fazla olduğu saptanmıştır. Erol ve ark. (31) tip II diyabetli kadınlarda cinsel fonksiyonları sorguladıkları çalışmalarında hasta olanlarda IFSF skorunu 23.6 ± 8.9 , kontrol grubunda ise 38.3 ± 4.1 olarak belirtmişlerdir.

Kadınlarda alt üriner ve genital bölge embriyolojik ve anatomik olarak yakın ilişki içerisinde. Bu nedenle, üriner semptomlara bağlı seksüel disfonksiyon veya seksüel semptomlara bağlı alt üriner disfonksiyon görülebilir (8). LeCroy (67) çalışmasında üriner inkontinans nedeniyle cinsel disfonksiyon görülme oranının %20-%56 arasında değiştiğini belirtmiştir. Üriner inkontinansa cinsel ilişki sırasında disfonksiyona neden olan bazı etkenler; ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu, vulvovestibuler bölgede idrarın neden olduğu dermatitten dolayı disparoni, koku, özsaygıda ve libidoda azalmadır (10, 53, 67, 105). Rogers (88) inkontinansı olanlarla olmayanları karşılaştırdığı çalışmasında; inkontinansı olan kadınların daha az sıklıkta

cinsel aktiviteye sahip olduklarını ve inkontinans nedeniyle cinsel yaşamlarını daha fazla sınırladıklarını belirtmiştir. Araştırmamızda üriner inkontinansı olan grupta cinsel disfonksiyon oranı %61.6 iken, üriner inkontinansı olmayan grupta bu oran %28.4 olarak bulundu. Bu bulgulara göre inkontinansı olan grupta cinsel disfonksiyon görülme oranı %33.2 daha fazlaydı (Tablo 4.3.9). Döndar (29) ürojinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda cinsel disfonksiyon prevalansını üriner inkontinansı olan grupta %91.3, olmayan grupta %20 olarak belirtmiştir. Palacios ve ark. (81) 1969-2008 yılları arasında yayınlanmış literatür bulgularını değerlendirdikleri çalışmalarında cinsel disfonksiyon oranlarını üriner inkontinansı olanlarda %46.5, olmayanlarda %35.2 olarak rapor etmişlerdir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan grubun IFSF ölçeğinin genelinden aldığı puan ortalaması 27.26 ± 7.87 iken, inkontinansı olmayan grubun puan ortalaması 33.06 ± 7.96 idi (Tablo 4.3.10). Bulgularımıza benzer şekilde Döndar (29) üriner inkontinansı olan grupta IFSF puan ortalamasını 23.55 ± 4.50 , olmayan grupta 34.25 ± 4.29 olarak bulmuştur. IFSF' in tüm alt boyutları değerlendirildiğinde puan ortalamalarında, üriner inkontinansı olan ve inkontinansı olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 4.3.10). Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Döndar (29) da IFSF' in tüm alt alan puan ortalamalarında üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Salonia ve ark. (91) kadın cinsel fonksiyonunu FSFI ile değerlendirdikleri çalışmalarında üriner inkontinansı olan grup ile kontrol grubu arasında ölçeğin orgazm ve uyarılma alt boyutlarının puan ortalamalarında farklılık olmadığını bulmuşlardır. Diğer tüm alt boyutlarda üriner inkontinansı olan grubun puan ortalamalarının olmayanlara oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan grup cinsel disfonksiyon açısından IFSF ile değerlendirildiğinde, ciddi inkontinansı olanların ölçeğin geneli ve alt boyutların tümünden aldıkları puan, nadir ve düzenli inkontinansı olanlara göre daha düşüktü. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Handa ve ark. (46) 1299 kadınla yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans sıklığı arttıkça cinsel ilişki sırasında cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk ve ağrı görülme oranının arttığını belirtmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar

Çalışmamız; Gülveren Sağlık Ocağı bölgesinde üriner inkontinansın sıklığını, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaş ve bölgenin nüfusu dikkate alınarak tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 20 yaş ve üzeri 610 kadın ile gerçekleştirildi. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özelliklerini, genel sağlık durumları ve alışkanlıklarını, üriner inkontinansa yönelik risk faktörlerini belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı. Yaşam kalitesinin düzeyi “Short Form-36 (SF-36), Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7)” ölçekleri, cinsel fonksiyon durumu “Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi (IFSF)” ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Elde edilen bulguların değerlendirilmesiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Araştırma grubumuzdaki kadınların %76.8’ini 20-49 yaş arası kadınlar oluşturmaktaydı. Kadınların yaş ortalaması 39.08 ± 13.88 ’di. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 42.95 ± 13.83 olarak belirlendi. Eşlerin %69.4’ ü 20-49 yaşları arasındaydı. Okuma-yazma bilmeyen kadınların oranı %4.1’di. Kadınların, % 38.5’inin ilkokul, %5.9’unun yüksekokul mezunu olduğu görüldü. Eşler arasında okuma-yazma bilmeyenlerin oranı kadınlara göre daha düşük olup %0.8 idi. Eşlerin %45.1’inin lise mezunu olduğu saptandı. Kadınların büyük bir kısmının (%70.3’ünün) çalışmadığı, eşlerin ise çoğunun serbest meslek sahibi ve işçi olduğu belirlendi. Ailelerin %71.8’inin geliri giderine denkti. Ailelerin %46.4’ünün hane halkı büyüklüğü 4-5 kişiden oluşmaktaydı. Ailelerin %41’i sosyal güvenlik kurumuna bağlı idi. Kadınların %65.7’sinin aile düzenlemesi ile evlendiği, %60.9’unun evlilik yaşının 20-24 arasında bulunduğu ve %25.3’ünün 11-20 yıl arasında evli olduğu belirlendi. Ortalama evlilik süresi 18.76 ± 14.44 yıldır (Tablo 4.1.1).

Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; kadınların %54.9’ unun doğum sayısının 1-2 olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan kadınların ortalama doğum sayısı 2.2 ± 1.2 idi. Kadınların %63’ ü normal doğum yapmıştı. Çalışmamızda sezaryenle doğum yapan kadınların oranı %17.3 olarak belirlendi. Kadınların %24.1’i menopoz dönemindeydi (Tablo 4.1.2).

Kadınların genel sağlık durumları ile ilgili bulgular değerlendirildiğinde; %10.8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %10.5'inin düzenli olarak ilaç kullandığı belirlendi. Kadınların %27'si sigara içmekteydi (Tablo 4.1.3).

Çalışmamıza katılan kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %22.6 olarak belirlendi. Nadir inkontinansı olan (ayda bir yada birden az) kadınların oranı %29.17, düzenli inkontinansı olan (ayda iki yada ikiden fazla) kadınların oranı %48.62, ciddi inkontinansı olan (düzenli olarak ped kullanmayı gerektirecek kadar) kadınların oranı %22.54'tü. Kadınların %58.34'ü 2-5 yıldır idrar kaçırmaktaydı. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran kadınların oranı %10.3 olarak belirlendi. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranların tamamı üriner inkontinansı olan gruptandı (Tablo 4.2.1). Kadınların %30.94'ünün üriner inkontinansa yönelik ped kullanmadığı, %29.61'inin haftada 1-2 adet ped kullandığı belirlendi. Üriner inkontinans nedeniyle hekime başvuran kadınların oranı %26.96 idi. Kadınların yalnızca %7.07'si bu soruna yönelik ilaç kullanıyordu (Tablo 4.2.2).

Üriner inkontinansı olan kadınların yaş ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek olup, yaş ile üriner inkontinansın görülmesi arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($P<0.001$). Araştırmamızda doğum sayısı, evlilik yaşı, evlilik süresi ile üriner inkontinans arasında ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($P<0.001$). Üriner inkontinansı olan kadınlar olmayanlara göre daha genç yaşlarda evlenmişlerdi ve daha uzun süredir evliydi. Üriner inkontinansı olan kadınların doğum sayısı daha fazla idi (Tablo 4.2.3).

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan ve olmayan grupların eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi düşük gruplarda üriner inkontinansın görülme oranının arttığı belirlendi. Eğitim düzeyi ile üriner inkontinans arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($P<0.001$). Vajinal yolla doğum yapanlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı sezaryenle doğum yapanlara göre daha yüksekti. Doğum şekli ile üriner inkontinans görülmesi arasında ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($P<0.001$). Kronik hastalık varlığı ve buna yönelik ilaç kullanımının üriner inkontinansın görülme oranını arttırdığı belirlendi. Menopoz sonrası dönemde üriner inkontinansın görülme sıklığı daha fazlaydı ($P<0.001$). Araştırmamızda gelir düzeyi ve sigara içme ile üriner inkontinansın görülmesi arasında ilişki belirlenmedi ($P>0.05$). (Tablo 4.2.4).

Kadınların yaşam kaliteleri SF-36 ile değerlendirildiğinde üriner inkontinansı olan grubun yaşam kalitesi düzeyi olmayan gruba göre daha düşük olarak belirlendi. Üriner inkontinansı olan grup ölçeğin 8 alt boyutundan da diğer gruba göre daha düşük puan aldılar. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanlar SF-36 ile değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon ($P<0.001$), sosyal fonksiyon ($P<0.01$) ve ağrı ($P<0.01$) alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanlar arasında fiziksel rol, emosyonel rol, zindelik, genel sağlık anlayışı, mental sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($P>0.05$) (Tablo 4.3.1).

Üriner inkontinansı olan kadınların UDI-6 ve IIQ-7 ölçekleri kullanılarak yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde; UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamalarının ciddi inkontinansı olanlarda en yüksek, nadir inkontinansı olanlarda en düşük olduğu saptandı. Nadir, düzenli ve ciddi inkontinansı olanlar arasında UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı farklar görüldü ($P<0.001$). IIQ-7 total, UDI-6 total, UDI-6 1+2, UDI-6 3+4, UDI-6 5+6 puan ortalamaları değerlendirildiğinde nadir inkontinansı olanlar düzenli inkontinansı olanlara, düzenli inkontinansı olanlar ciddi inkontinansı olanlara göre ölçeklerin genelinden ve alt boyutlarından daha düşük puan ortalamalarına, dolayısı ile daha iyi yaşam kalitesi düzeyine sahiptiler (Tablo 4.3.6).

UDI-6 ve IIQ-7 yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde, kadınların kullandıkları ped sayısı arttıkça UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamalarının yükseldiği, dolayısı ile yaşam kalitelerinin kötüleştiği belirlendi. UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları en düşük grup ped kullanmayanlar, en yüksek grup günde 3 ve 3+ ped kullananlardı. Kadınların kullandıkları ped sayılarına göre UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamalarının tümünde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık vardı ($P<0.001$) (Tablo 4.3.7).

İrritative (urgency, frequency ve ağrı), stres ve obstruktif semptomları olan gruplar karşılaştırıldığında UDI-6 ve IIQ-7 puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($P>0.05$) (Tablo 4.3.8).

Çalışmamıza katılan kadınların cinsel fonksiyon durumları değerlendirildiğinde; üriner inkontinansı olan kadınların IFSF genel ve alt alan puan ortalamaları üriner inkontinansı olmayan gruptan daha düşük olarak belirlendi. Üriner inkontinans varlığı

ile IFSF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($P<0.001$) (Tablo 4.3.10). Nadir inkontinansı olan grubun IFSF puan ortalamalarının en yüksek, ciddi inkontinansı olan grubun IFSF puan ortalamalarının en düşük olduğu belirlendi. Cinsel disfonksiyon açısından en riskli grup ciddi inkontinansı olanlardı. Üriner inkontinansın sıklığı arttıkça kadınların IFSF genel ve alt boyutlarından aldıkları puanlar düşmekte, dolayısı ile cinsel yaşamları kötüleşmekteydi (Tablo 4.3.11).

6. 2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve literatür bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

- Yapılan çalışmalarda oranlar farklı olsa da üriner inkontinansın prevalansının yaygın olduğu görülmektedir. Üriner inkontinans kadınlar için kabul edilmesi zor, utanç verici, rahatsız edici ve yaşlanmanın gereği ortaya çıkan bir durum olarak görülmektedir ve bu yüzden kadınlar tıbbi yardım almakta gecikmektedir. Bu nedenle çeşitli sebeplerle kadın doğum ve üroloji kliniklerine başvuran kadınlar üriner inkontinans açısından da değerlendirilmeli, tıbbi tedavi ve bakım almaları için yönlendirilmelidirler.
- Üriner inkontinans şiddeti arttıkça yaşam kalitesi ve cinsel yaşam olumsuz etkilenmektedir. Sonuçta sağlık ekibi ve bu ekipte yer alan hemşireler üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalıdırlar. İnkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkisini bilen sağlık ekibi tarafından tıbbi tedaviyi destekleyecek psikososyal yardımın sağlanması, normal yaşama dönüşü hızlandıracaktır.
- Üriner inkontinans özellikle ileri yaş grubunda daha sık görülmesine karşın genç kadın nüfusunda da görülen ve genç nüfusun cinsel yaşam ve yaşam kalitesini de önemli ölçüde etkileyen bir problemdir. Daha geniş grupların ele alınacağı, genç nüfusla yaşlı nüfusun karşılaştırılacağı çalışmalar yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına ve halka üriner inkontinans, risk faktörleri, yaşam kalitesine ve cinsel yaşama etkisi ile ilgili eğitim verilmesi ve bilinç kazandırılması,
- Üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisi için hizmet veren merkezlerin sayısının artırılması ve bu merkezlerde hemşirelerin de etkin rol alması,
- Cinsiyet avantajları nedeni ile hemşirelerin üriner inkontinansın erken dönemde tespiti ve tedavisinde etkin rol almaları önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Acar, Z., 2008, Doğum sonrası dönemdeki kadınların cinsel işlevleri ve etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 127 s.
2. Achari, C., Dwyer, PL., 2005, Sexual function and pelvic floor disorders. Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 19, 6, 993-1008 p.
3. Aksoy, H., 2006, Stres inkontinans tedavisinde transobturator tape uygulaması ve kısa dönem sonuçları, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, 45 s.
4. Araki, I., Beppu M., Kajiwara M., Mikami Y., Jakozi H., Fukosawa M., Takeda M., 2005, Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assesment by ICI questionnaire and SF-36 health survey, 66, 1, 88-93 p.
5. Arslan, H., 2007, Pelvik taban sağlığı ve kadın cinselliği, Androloji Bülteni, Eylül, 268-269 s.
6. Arslan Ş., Gökçe-Kutsal Y., 1999, Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi, Geriatri, 2, 4, 173-178 s.
7. Aslan E., 1999, Stres inkontinansda ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 122 s.
8. Aslan E., 2002, Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi, Kızılkaya Beji N. (Edt), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 51-60 s.
9. Aslan E., Kızılkaya Beji N., Gungor İ., Kadioglu A., Küçük Dikencik B., 2008, Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul, The Journal of Sexual Medicine, 5, 9, 2044-2052
10. Aslan G., Köseoğlu H., Sadık Ö., Gimen S., Cihan A., Esen A., 2005, Sexual function in women with urinary incontinence, International Journal of Impotence Research, 17, 248-251 p.
11. Atasü T., Şehmay S., 2001, Üriner inkontinans, Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 593-608 s.
12. Aydemir Ö., 1999, Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: kısa form-36, Psikofarmakoloji Dergisi 7, 14-23 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

13. Aygin D., Eti Aslan F., 2005, Cinsel işlev bozukluklarında ne yapıyoruz? Ne yapmalıyız?, Androloji Bülteni, 22, 264-267 s.
14. Ayyıldız A., Akgül T., Germiyanoglu C., 2006, Stres üriner inkontinans tedavisi için yapılan vajinal girişimler sonrası kadınlarda üriner inkontinans, Androloji Bülteni, 24, 82-85 s.
15. Buchsbaum GM., Duecy E., Kerr L., Huang LS., Guzick D., 2005, Urinary incontinence in nulliparous women and their parous sisters Obstetrics & Gynecology, 106, 6, 1253-1258 s.
16. Can G., 2004, Kanserde cinsel sağlık, Androloji Bülteni, 19, 355-356 s.
17. Chen G., Lin T., Hu S., Chen Y., Lin L., 2003, Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women, Neurourology and Urodynamics, 22, 109-117 p.
18. Connel K., Guess MK., Bleustein CB., Powers K., Lazarou G., Melman A., Kadın genital sisteminin nörolojik fonksiyonu üzerine yaş, menopoz ve komorbiditelerin etkisi, 2005, (Çev. Alıcı, B.), Androloji Bülteni, Haziran, 21, 170-171 s.
19. Costantini E., Lazzari M., Giannantoni A., Bini V., Vianello A., Kocjancic E., Porena M., 2008, Preoperative valsava leak point pressure may not predict outcome of mid-urethral slings: analysis from a randomized controlled trial Of retropubic versus transobturator mid-urethral slings, International Braz J Urol, 1, 73-83 p.
20. Coyne K.S., Zhou Z, Thompson C, Versi E., 2003, The impact on health related quality of life of stres, urge and mixed urinary incontinence, BJU International, 92, 731-735 p.
21. Çam Ç., Sakallı M., Ay P., Çam M., Karateke A., 2007, Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population, Neurourology and Urodynamics, 26, 129-133 p.
22. Çopur H., 2007 Stres üriner inkontinans tedavisinde transobturator askı girişimi sonuçları: İki yıllık takipli klinik ve yaşam kalitesi analizi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 60 s.
23. Dalpiaz O., Kerschbaumer A., Mitterberger M., Pinggera G., Colleselli D., Bartsch G., Strasser H., 2008, Female sexual dysfunction: A new urogynaecological research field, Sexual Medicine, 101, 712-721 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

24. Danforth K., Townsend M., Lifford K., Curhan G., Resnick N., Grodstein F., 2006, Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, 339-345 p.
25. Demir Ö., Parlakay N., Gök G., Esen A.A., 2007, Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu, *Türk Üroloji Dergisi*, 33, 2, 156-160 s.
26. Demirci F., 2002, Üriner inkontinansın farmakolojik ve ilaç tedavileri, Kızılkaya Beji N. (Edt), *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 91-102 s.
27. Demirezen E., 2006, Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmesi, *Sted*, 15, 5, 79-81 s.
28. Dolan L.M., Casson K., Macdonald P., Ashe R.G., 1999, *BJU International*, Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study, 83, 760-766 p.
29. Döndar Ç., 2006, Üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 137 s.
30. Eliasson K., Elfving B., Nordgren B., Mattson E., 2007, Urinary incontinence in women with low back pain, *Manual Therapy*, 1-7 p.
31. Erol B., Tefekli A., Özbey İ., Salman F., Dinçağ N., Kadioğlu A., Tellaloğlu S., 2002, Sexual dysfunction in type II diabetic females a comparative study, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 55-62 p.
32. Erol B., Tefekli A., Ziylan O., Armağan A., Kendirci M., Eryaşar D., Kadioğlu A., 2003, Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women?, *International Journal of Impotence Research*, 15, 198-202 p.
33. Erol B., Şanlı Ö., Korkmaz D., Seyhan A., Akman T., Kadioğlu A., 2007, A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy, *J Sex Med* 4, 1381-1387 p.
34. Ersan F., 2006, Üriner inkontinans hastalarında ekstrakorporal manyetik innervasyon tedavisinin hayat kalitesi ve ürodinamik parametreler üzerine etkileri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 64 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

35. Eryılmaz H.Y., 2005, Orgazm tanımı ve tipleri, *Androloji Bülteni*, 23, 355-358 s.
36. Franco A.V.M., Lee F., 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.
37. Freeman R.M., 2004, The role of pelvic floor muscle training in urinary incontinence, *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1, 37-40 p.
38. Gasquet I., Tcherny-Lessenot S., Gaudebout P., Goux B.B., Klein P., Haab F., 2006, Influence of the severity of stres urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: a national cross-sectional survey, *European Urology*, 50, 818-825 p.
39. Groutz A., Gordon D., Keidar R., Lessing J.B., Wolman I., David M.P., Chen B., 1999Stress ürinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women, *Neurourology and Urodynamics*, 18, 419-425 p.
40. Güner H., Yazıcı F.G., 2000, Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi, Güner H. (Edt.), *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 1-10 s.
41. Güneş G., Güneş A., Pehlivan E., 2000, Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler, 7, 1, 54-57 s.
42. Güvel S., Yaycıoğlu Ö., Bağış T., Savas N., Bulgan E., Özkardes H., Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler, *Türk Üroloji Dergisi*, 29, 1, 43-48 s.
43. Güven S., Güvendağ-Güven E.S., Beksaç M.S., 2006, *Ürojinekoloji*, Beksaç M.S. (Edt.), *Jinekoloji*, Öncü Basımevi, Ankara, Cilt 1, 406-424 s.
44. Güven S., Güvendağ-Güven E.S., Beksaç M.S., 2006, Pelvik relaksasyon, Beksaç M.S. (Edt.), *Jinekoloji*, Öncü Basımevi, Ankara, Cilt 1, 425-441 s.
45. Hagglund D., Engstrom M., Larsson G., Leppert J., 2001, Quality of life and seeking help women with urinary incontinence, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 1051-1055 p.
46. Handa V., Harvey L., Cundiff G., Siddique S., Kjerulff H., 2004, Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 751-756 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

47. Hansen B.L., Her iki cinste alt üriner sistem semptomları ve cinsel fonksiyon, 2004, (Çev.: Atan A., Aksüt H., Tuncel A.), *Androloji Bülteni*, 19, 296-297 s.
48. Huang A.J., Thom D.H., Kanaya A.M., Wasse-Fyr C.L., Van Den Eeden S.K., Ragins A.I., Subak L.L., Brown C.S., 2006, Urinary incontinence and pelvic floor dysfunction in Asian-American women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1331-1337 p.
49. Kaplan S.A., Reis R.B., Kohn I.J., et al, 1999, Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction, *Urology*, 53, 3, 481-486 p.
50. Karahan N., 1 Kasım 2007, Alt üriner sistem semptomlarının yaşam kalitesi ve cinsel yaşam üzerine etkileri, 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi, http://www.urojinekoloji.org/files/inkontinans_kongresi.ppt. (2008-27-10).
51. Karakoyunlu, F.B., 2007, Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 64 s.
52. Karan A., Aksaç B., Ayyıldız H., Işıkoğlu M., Yalçın O., Eskiuyurt N., 2000, Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi, *Geriatri*, 3, 3, 102-106 s.
53. Katz A., 2009, When Worlds Collide: Urinary incontinence and female sexuality, *AJN*, 109, 3, 59-63 p.
54. Kızılkaya Beji N., 2002, The effect of pelvic floor training on sexual function. *Nursing Standard*, 16, 19, 33- 36 p.
55. Kızılkaya Beji N., 2002, Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, Kadınlarda Üriner inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 75-84 s.
56. Kızıltepe A., 2006, Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 49 s.
57. Kirby M., 2006, Managing stres urinary incontinence- a primary care issue, *Int J Clin Pract*, 60, 2, 184-189 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

58. Kocaöz S., 2001, Etimesgut II' Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi' ndeki kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 108 s.
59. Koçak İ., Okyay P., DüNDAR M., Erol H., Beser E., 2005, Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact of quality of life, *European Urology*, 48, 634- 641 p.
60. Koçyiğit, H., Aydemir Ö., Ölmez N. ve Ark., 1999, SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği, *Ege Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi*.
61. Kök G., Şenel N., Akyüz A., 2006, Gata jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 132- 136 s.
62. Kömürcü N., Korkmaz Yıldız N., 2006, Menopozda cinsel yaşam, *Androloji Bülteni*, 25, 173-176 s.
63. Kuhn A., Vits K., Kuhn B., Monga A., 2006, Do women with urinary incontinence really know where all the toilets are? The toilet paper, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 129, 65- 68 p.
64. Küçük Dikencik B., 2002, Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, *Kadınlarda Üriner inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 29-50 s.
65. Langford C.F., Elmissiry M.M., Ghoniem G.M., 2008, Do women have realistic expectations of treatment for stress urinary incontinence, *Neurourology and Urodynamics*, 27, 480- 484 p.
66. Laumann E.O., Nicolosi A., Glasser D.B., Paik A., Gingell C., Moreira E., Wang T., 2005, 40- 80 yaş kadın ve erkeklerde seksüel problemler: seksüel tavır ve davranışların global çalışmasındaki prevalansı ve korele faktörler, *Int J Impot Res.*, 17, 1, 39- 57 s.
67. LeCroy C., 2006, Urinary incontinence occurring during intercourse: effect on sexual function in women, *Urologic Nursing*, 26, 1, 53- 56 p.
68. Lewis R.W., Fugl- Meyer K.S., Bosch R., Fugl- Meyer A.R., Laumann E.O., Lizza E., Martin- Morales A., 2004, Epidemiology/ risk factors of sexual dysfunction, *Journal of Sexual Medicine*, 1, 1, 35- 39 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

69. Lowenstein L., Kenton K., Fitz M. P., Brubaker L., 2008, Clinically useful measures in women with mixed urinary incontinence, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 664- 665 p
70. Margalith I., Gillon G., Gordon D., 2004, Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stres related to incontinence and patterns of seeking health care, *Quality of Life Research*, 13, 1381-1390 p.
71. Moller L.A., Lose G., Cinsel aktivite ve üriner sistem semptomları, 2007, (Çev. Yıldırım G., Kızılkaya Beji N., *Androloji Bülteni*, 29, 184 s.
72. Moore R.D., Erickson T., Feagins B., Miklos J.R., Serels S., Van Drie D., 2007, Retrospective review of early experience using the AMS MiniArc Single-Incision Sling System to treat SUI in women – intraoperative experience, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 14, 6, 129-130 p.
73. Monz B., Chartier- Kastler E., Hampel C., Samsioe G., Hunskaar S., Espuna-Pons M., Wagg A. Quail D., Castro R., Chinn C., 2007, Patient characteristics associated with quality of life in european women seeking treatment for urinary incontinence: results from pure, *European Urology*, 2007, 1073- 1082 p.
74. Norton P., Brubaker L., 2006, Urinary incontinence in women, *Lancet*, 367, 57-67 p.
75. Nygaard I. E., Heit M., 2004, Stress urinary incontinence, *Obstetrics and Gynecology*, 104, 3, 607- 620 p.
76. Oh S.J, Hong S.K., Son H., Paick J.S., Ku J.H., 2005, Quality of life and disease severity in Korean women with stres urinary incontinence, *Urology*, 66, 1, 6-73 p.
77. Oğuzülgen İ., Peşkircioğlu L., 2005, Kadın cinsel işlev bozukluğu, *Androloji Bülteni*, 22, 253-257 s.
78. Özerdoğan N., 2003, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik) Doktora Tezi, İstanbul, 147 s.
79. Öksüz E., Malhan S., 2005, Kadın cinsel fonksiyon indeksi, *Sendrom*, 54- 62 s.
80. Öksüz E., Malhan S., 2006, Türk kadınlarında seksüel fonksiyon bozukluğunun prevalansı ve risk faktörleri, *Journal of Urology*, 175, 654- 658 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

81. Palacios S., Castano R., Grazziotin A., 2009, Epidemiology of female sexual dysfunction, *Maturitas*, 63, 119-123 p.
82. Pang M.W., Leung H.Y., Chan L.W., Yip S.K., 2005, The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong, *Hong Kong Med J*, 11, 3, 158-163 p.
83. Pantazis K., Freeman R. M., 2006, Investigation and treatment of urinary incontinence, *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16, 344- 352 p.
84. Parazzini F., Chiaffarino F., Lavezzari M., Giambanco V., 2003, Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy, *BJOG*, 110, 927- 933 p.
85. Patel A.S., O' Leary M.L., Stein R.J. et al., 2007, Kadınlarda aşırı aktif mesane ve seksüel aktivite arasındaki ilişki, *Androloji Bülteni*, 29, 174 s.
86. Peyrat O., Haillet F., Bruyere J. M., Bertrand P., Lanson Y., 2002, Prevalance and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. *BJU International*, 89, 61- 66 p.
87. Raalte H.M., Lucente V.R., Molden S.M., Haff R., Murphy M., 2008, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, 694-695 p.
88. Rogers G.R., Villarreal A., Kammerer-Doak D., and Qualls C., 2001 Sexual Function in Women with and without Urinary Incontinence and/or Pelvic Organ Prolapse, *Int Urogynecol J*, 12, 361–365 p.
89. Rassin M., Dubches L., Libshitz A., Adar E., Duvish T., 2007, Levels of comfort and ease among patients suffering from urinary incontinence, *International Journal of Urological Nursing*, 1, 2, 64- 70 p.
90. Roe B., May C., Incontinence and sexuality: findings from a qualitative perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 30, 3, 573- 579 p.
91. Salonia A., Zanni G., Nappi R. E., Briganti A., Deho F., Fabbri F., Colombo R., Guazzoni G., Girolamo V., Rigatti P., Montorsi F., 2004, Sexual dysfunction is common in women with lower urinary incontinence: results of a cross- sectional study, *European Urology*, 45, 642- 648 p.
92. Sand P. K., Goldberg R. P., Dmochowski R. R., McIlwain M., Dahl N. V., 2006, The impact of teh overactive bladder syndrome on sexual function: a preliminary report from the multicenter assessment of transdermal therapy in overactive bladder with oxybutynin trial, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1730- 1735 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

93. Smith C. A., Witherow R. O’N., 2000, The assessment of female pelvic floor dysfunction, *BJU International*, 85, 579- 587 p.
94. Stenzl A., 2008, Pelvic neuroanatomy and recovery of potency, *European Urology*, 1- 3 p.
95. Subak L.L., Brown J. S., Kraus S.R., Brubaker L., Lin F., Richter H.E., Bradley C.S., Grady D., 2006, The cost of urinary incontinence for women, *Obstetrics & Gynecology*, 107, 4, 908-915 p.
96. Sungur M.Z., 2006, Kadında cinsel işlev bozuklukları, cinsel eğitim ve seks terapileri, Bektaş M.S., Ayhan A., Demir N., Hassa H., Kösebay D., Tıraş M.B., Tuncer Z.S., Yaralı H., Yüce K. (Edt.), *Jinekoloji: Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*, Ankara Medikal Network, 756-770 s.
97. Şen İ., Onaran M., Aksakal N., Acar C., Tan M., Acar ., Bozkırlı İ., 2006, The impact of urinary incontinence on female sexual function, *Advances in Therapy*, 23, 6, 999-1008 p.
98. Tashbulatova, D., (2007), İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 47 s.
99. Tekin N., 1995, İstanbul ilinde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine başvuran evli kadınların cinsel sorunları ve sağlık ekibi üyelerinin konuya yaklaşımı, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 147 s.
100. Teleman P. M., Lidfeldt J., Nerbrand C., Samsioe G., Mattiasson A., 2004, Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle- aged women, *BJOG*, 111, 600- 604 p.
101. Teleman P., Lidfeldt J., Nerbrand C., Samsioe G., Mattiasson A., 2005, Lower urinary tract symptoms in middle- aged women- prevalence and attitude towards mild urinary incontinence, a community- based population study, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 1108- 1112 p.
102. Temml C., Haidinger G., Schmidbauer G., Schatzl G., and Madersbacher S., 2000 Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life, *Neurourology and Urodynamics*, 19, 259–271 p.
103. Thomas TM., Plymat KR., Blannin J., Meade TW., 1980, Prevalence of urinary incontinence, *Br Med J*, 281, 1243-1245 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

104. Turan C., Zorlu C., Ekin M.,1996, Urinary incontinence in women reproductive age, Gynecologic and Obstetric Invest, 41, 132-134 p.
105. Urwitz-Lane R., Özel B., 2006, Sexual function in women with urodynamic stres incontinence, detrusor overactivity and mixed urinary incontinence, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195, 1758-1761 p.
106. Wall L., 1998, İnkontinas, prolapsus ve pelvis tabanı hastalıkları, Berk J.S. (Edt.), Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 619-669 s.
107. Van Der Vaart C.H., De Leeuw J.R.J., Roovers J.P.W.R., Heintz A.P.M., 2002, The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women, BJU International, 90, 544- 549 p.
108. Yeni E ., Ünal D., Verit A., Kafalı H., Çiftci H.,Gülüm M., 2003, The effect of tension-free vaginal tape (TVT) procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence, Int Urogynecol J., 14, 390–394 p.
109. Yeşiltepe Oskay Ü., 2005, Kadınlarda orgazmın kültürel ve psikososyal boyutu, Androloji Bülteni, 22, 261-263 s.
110. Yeşiltepe Oskay Ü., Kızılkaya Beji N., Yalçın O., 2005, A study on urogenital complaints of postmenpausal women aged 50 and over, Acta Obstet Gynecol Scand, 84, 72- 78 p.
111. Yıldız H., Pınar R., 2004, Miyokard infarktöslü hastalarda cinsel disfonksiyon-orijinal araştırma, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 19, 1-16 s.
112. Yılmaz C.A., Eryılmaz H.Y., 2004, Kadın cinsel fonksiyon sorgulama indeksinin geçerlilik güvenilirlik çalışması, Androloji Bülteni, 18, 275-276 s.
113. Yip S.K., Cardozo L., 2007, Psychological morbidity and female urinary incontinence, Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 21, 2, 321-329 p.
114.: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
115.: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ön Raporu 2008, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
116.: Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı İş Gücü Araştırması 2009 Mayıs Dönemi Sonuçları, www.tuik.gov.tr. (2009-31-07).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

117.: Gülveren Sağlık Ocağı Çalışma Raporu 2007.
118.: Bilgilendirme Dosyası 1: Cinsel yaşam ve sorunları, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, 2006, 21-43 s.
119.: Bilgilendirme dosyası 5: Kadın cinselliği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi, 2006, 35-38 s.
120.: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sezaryen doğum oranları, 2007

8. EKLER DİZİNİ
EK-1

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA İLİ
GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI TABİBLİĞİ

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.23.46 / 040 9
Konu: ETF Çalışmaları

18.06.2007

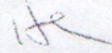
Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na
ANKARA

İlgi: 23.05.2007 tarih ve 2981 sayılı yazınız.

ETF Çalışmaları ile ilgili formlar doldurularak yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Hatice T. AKSOY
Gülveren Sağ. Oc. Sor. Tbb.



YERLEŞİM YERİ	1 Kr 2 Kent	H.Say.	Cinsy.	NUFUSUN YAŞ GRUPLARI, CİNSİYET ve YERLEŞİM YERLERİNE DAĞILIMI																	TOPLAM			
				0	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79		80 - 84	85 +	
1	ALTINEVLER MAHALLESİ	2	E K T	29 17 46	136 114 250	209 180 389	183 211 394	201 192 393	182 179 361	198 206 404	180 184 364	171 188 359	204 191 395	123 107 230	116 84 200	46 57 103	45 49 94	33 61 94	32 44 76	26 33 59	4 11 15	5 4 9	2123 2112 4235	
2	GÜLVEREN MAHALLESİ	2	E K T	23 23 46	148 138 286	202 190 392	242 189 431	187 186 373	169 180 349	201 233 434	201 212 413	208 185 393	183 166 349	138 141 279	136 119 255	48 84 162	33 50 98	33 46 79	34 42 76	27 31 58	9 10 19	2 4 6	2269 2229 4498	
4																								
5																								
6																								
	TOPLAM	2354	E K T	52 40 92	284 252 536	411 370 781	425 400 825	388 378 766	351 359 710	399 439 838	381 396 777	379 373 752	387 357 744	261 248 509	252 203 455	124 141 265	93 99 192	66 107 173	66 86 152	53 64 117	13 21 34	7 8 15	4392 4341 8733	

S. D. 2007

AİLE PLANLAMASI ÇALIŞMALARI

YIL : 2007
DÖNEM: I (Ocak-Haziran)

GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI

SAĞLIK EVİNİN ADI	15 - 49 YAŞ KADIN				YAPILAN ÇALIŞMALAR											
	BEKAR	DUL	EVLİ	TOPLAM	HAP	KONDOM	ENJEKSİYON	RIA	DERİ ALTI İMPLANT	TÜPLİGASYON	VAZEKTOMİ	DIĞER ETKİLİ YÖNTEM	ETKİSİZ YÖNTEM KULLANAN	YÖNTEM KULLANMAYAN	GEBE	EMZİKLİ
ALTINEVLER	372	39	836	1247	44	101	14	271	0	37	2	12	212	503	28	23
GÜLVEREN	380	40	883	1303	33	132	9	218	0	29	0	0	270	534	53	25
TOPLAM	752	79	1719	2550	77	233	23	489	0	66	2	12	482	1037	81	48

18.06.2007
Dr. Hatice Terzioğlu AKSOY
Sevgi Tabip

MAMAK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE
YAŞAYAN NÜFUSUN MESLEK, ÖĞRENİM ve SOSYAL GÜVENCE
DURUMUNUN DAĞILIMI / MESKEN BİLGİLERİ

GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI

2007

YAPILAN ÇALIŞMALAR		SAYI	ORAN (%)
MESLEK DURUMU	Ev Kadını	2650	30,34
	Memur	383	4,39
	İşçi	1171	13,41
	Esnaf ve Serbest Ticaret	182	2,08
	İşsiz	865	9,90
	Emekli	548	6,28
	Öğrenci (İlköğretim, Lise, Y. Okul)	1956	22,40
	Çiftçi	0	0,00
	0 - 6 Yaş Çocuk	929	10,64
	Asker	49	0,56
TOPLAM		8733	100,00
ÖĞRENİM DURUMU	Okur Yazar Değil (OYD)	486	5,57
	Okur Yazar (OY)	1029	11,78
	İlkokul	3281	37,57
	Orta Okul	1265	14,49
	Lise ve Dengi	1389	15,91
	Yüksek Okul	354	4,05
	0 - 6 Yaş Çocuk (OÇD)	929	10,64
TOPLAM		8733	100,00
SOSYAL GÜVENCE	Emekli Sandığı	1431	16,39
	SSK	4189	47,97
	BAĞ - KUR	691	7,91
	Yeşil Kart	681	7,80
	Yaşlılık Maaşı	1736	19,88
	Sosyal Güvence Yok	5	0,06
TOPLAM		8733	100,00
KONUT DURUMU	Apartman Sayısı	99	6,87
	Hane Sayısı	1011	42,95
	Müstakil Ev Sayısı	0	0,00
	Hane Sayısı	0	0,00
	Gece Kondu Sayısı	1343	93,13
	Hane Sayısı	1343	57,05
	Toplam Hane Sayısı	2354	100,00
	Toplam Konut Sayısı	1442	100,00

18.06.2007
Dr. Hatice Ferin AKSOY
Gülveren Sağlık Ocağı Sorumlu
Tabibi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Form No:

15 - 49 KADIN BİLDİRİM FORMU

KURUM: GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI

İL : ANKARA
İLÇE : MAMAK

YIL : 2007
DÖNEM : I (Ocak - Haziran)

	15-49 Yaş Kadın Sayısı	HAP	KONDOM	ENJEKSİYON	RIA	DERİALTI İMPL.	TUPLIĞAS-YON	VAZEKTOMİ	DİĞER ETKİLİ YÖNTEM	ETKİSİZ YÖNTEM KULLANAN	YÖNTEM KULLANAN MAYAN	GEBE	EMZİKLİ
KIR													
KENT	2550	77	233	23	489	0	66	2	12	482	1037	81	48
TOPLAM	2550	77	233	23	489	0	66	2	12	482	1037	81	48

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı	Nurullah DEMİRTAŞ
Ünvanı	ÇST
Tarih	18.06.2007
İmza	

ONAYLAYAN	
Adı Soyadı	Dr Hatice Terin AKSOY
Ünvanı	Tabip
Tarih	18.06.2007
İmza	

EK-2

DEĞERLİ KATILIMCI

Bu çalışmanın amacı; sosyal ve hijyenik bir problem olan üriner inkontinansın 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirlemektir.

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir olay olmasa da kişilerin fiziksel ve sosyal yaşamlarının kısıtlamakta, depresyona kadar varan emosyonel sorunların gelişmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte üriner inkontinanslı hastaların günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları da olumsuz yönde etkilenmektedir

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, üriner inkontinansın cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesini sağlayacaktır. Ayrıca yanıtlarınız doğrultusunda elde edilen veriler üriner inkontinansa yönelik uygulamaların geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Emine ÖZDEMİR
Yüksek Lisans Öğrencisi

Eskişehir OGÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

**GÜLVEREN SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 20 YAŞ VE ÜZERİ EVLİ
KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL
FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ**

ARAŞTIRMA ANKET FORMU

Tez kişi no:

Mahalle:

Adınız:

Soyadınız:

1.Yaşınız?.....

2. Eşinizin yaşını belirtiniz.....

3. Öğrenim durumunuz nedir?

- 1-Okur-yazar değil
- 2-Okur-yazar
- 3-İlkokul mezunu
- 4-Ortaokul mezunu
- 5-Lise mezunu
- 6-Yüksekokul mezunu
- 7-Diğer

4. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- 1-Okur-yazar değil
- 2-Okur-yazar
- 3-İlkokul mezunu
- 4-Ortaokul mezunu
- 5-Lise mezunu
- 6-Yüksekokul mezunu
- 7-Diğer

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- 1-Çalışmıyor
- 2-Memur
- 3-İşçi
- 4-Serbest Meslek.....

6. Eşinizin çalışma durumu nedir?

- 1-Çalışmıyor
- 2-Memur
- 3-İşçi
- 4-Serbest Meslek.....

7. Hanenizin gelir durumunuzu belirtiniz
1-Geliri giderinden az
2-Geliri giderine denk
3- Geliri giderinden fazla
8. Hanenizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?.....
9. Aile tipinizi belirtiniz
1- Çekirdek aile 2- Geniş aile
10. Sağlıkla ilgili muayene, tedavi gibi harcamalarınızı kim karşılıyor?
1-Kendim 2-Emekli sandığı 3-SSK 4-Bağkur 5-Yeşilkart 6-Diğer
11. Evlenme şeklinizi belirtiniz
1- Aile düzenlemesi 2- Anlaşarak
12. Evlilik yaşınızı belirtiniz.....
13. Kaç yıldır evlisiniz?.....
14. Doğum sayınız?.....
15. Doğum yapma şeklinizi belirtiniz.
1-Vaginal
2-Sezaryen
3-Vaginal + sezaryen
16. Menopoza girdiniz mi?
1-Evet 2-Hayır
17. İstemsiz olarak idrar kaçırıyor musunuz?
1-Evet 2-Hayır
18. Cevabınız “evet” ise süresini belirtiniz.....
19. Şikayetinizle ilgili hekime başvurduunuz mu?
1-Evet 2-Hayır
20. Bu sorununuza yönelik ilaç kullanıyor musunuz?
21. Ne kadar sıklıkla idrar kaçırırsınız?
1- Hiç kaçırmam
2- Ayda bir kez yada birden az
3- Ayda iki kez yada ikiden fazla
4- Düzenli olarak pet kullanmayı gerektirecek kadar

22. Bu sorun için kullandığınız ped/bez sayısını belirtiniz

1-Hiç

2-Haftada 1-2

3- haftada 3-5

4-Günde 1-2

5- Günde 3-5

6- Günde 5 ve daha fazla

23. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

24. Kronik hastalığınız var mı?.....

1-Evet (Belirtiniz)

2-Hayır

25. Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

1-Evet (Belirtiniz)

2-Hayır

26. Sigara içiyor musunuz?

1- Evet

2-Hayır

EK-3

INDEX OF FEMALE SEXUAL FUNCTION (IFSF)

KADIN CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA İNDEKSİ

1. Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel ilişki sırasında hiç rahatsızlık hissettiniz mi?
 1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım.
 2. Hemen hemen her zaman rahatsızlık hissettim.
 3. Çoğu zaman (ilişkilerimin yarıdan fazlasında) rahatsızlık hissettim.
 4. Bazı zamanlar (ilişkilerimin yaklaşık yarısında) rahatsızlık hissettim.
 5. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısından azında) rahatsızlık hissettim.
 6. Hemen hemen hiç rahatsızlık hissetmedim.

2. Geçtiğimiz 4 hafta içerisinde cinsel ilişki sırasında vagina (hazne)'nızda kuruluk oldu mu?
 1. Son 4 hafta içinde cinsel ilişkide bulunmadım
 2. Cinsel ilişkilerimin hepsinde vaginamda kuruluk oldu
 3. İlişkilerimin yarıdan fazlasında vaginamda kuruluk oldu.
 4. ilişkilerimin yaklaşık yarısında vaginamda kuruluk oldu.
 5. ilişkilerimin yarısından azında vaginamda kuruluk oldu
 6. Vaginamda hemen hemen hiç kuruluk olmadı.

3. Geçtiğimiz 4 hafta içinde kaç defa cinsel ilişkide bulundunuz?
 1. Hiç girişimde bulunmadım.
 2. 1-2
 3. 3-4
 4. 5-6
 5. 7-10
 6. 10'dan fazla

4. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel ilişkiyi kaç defa arzuladınız?
 1. Hemen hemen hiç arzulamadım.
 2. Birkaç defa (ilişkilerimin yarısından azında) arzuladım.
 3. Bazı zamanlar (ilişkilerimin yaklaşık yarısında) arzuladım.
 4. Çoğu zaman (ilişkilerimin yaklaşık yarıdan fazlasında) arzuladım.
 5. Hemen hemen her zaman ya da her zaman

5. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel arzunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Cinsel ilişkiyi hiç arzulamadım.
 2. Cinsel ilişkiyi çok az arzuladım.
 3. Cinsel ilişkiyi orta derecede arzuladım.
 4. Cinsel ilişkiyi çok arzuladım.
 5. Cinsel ilişkiyi çok fazla arzuladım.

6. Geçtiğimiz 4 hafta içinde seks yaşamınız ne derece tatmin ediciydi?
 1. Hiç tatmin edici değildi .
 2. Çoğunlukla tatmin edici değildi.
 3. Seks yaşamımın % 50'si tatmin ediciydi.

4. Genellikle tatmin ediciydi.
 5. Çok tatmin ediciydi.
7. Geçtiğimiz 4 hafta içinde partnerinizle (eşinizle) olan cinsel ilişkiniz ne derece tatmin ediciydi?
1. Hiç tatmin edici değildi .
 2. Çoğunlukla tatmin edici değildi.
 3. Seks yaşamımın % 50' si tatmin ediciydi.
 4. Genellikle tatmin ediciydi.
 5. Tatminkardı.
8. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız?
1. Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki hiç olmadı.
 2. Hiç yada hemen hemen hiç.
 3. Nadiren (yarısından çok daha azında).
 4. Bazen (yaklaşık yarısında).
 5. Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında).
 6. Hemen hemen hepsinde (her zaman).
9. Geçtiğimiz 4 hafta içinde cinsel uyarı veya cinsel ilişki sırasında klitoris (bızır) duyarlılığınız nasıldı?
1. Hiç duyarlılık yoktu.
 2. Çok az duyarlılık vardı.
 3. Orta derecede duyarlılık vardı.
 4. Bir hayli derecede duyarlılık vardı.
 5. Çok fazla duyarlılık vardı.

EK – 4

SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler		
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN SPORLARI YAPMAK GİBİ ORTA DERECELİ ETKİNLİKLER		
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma		
Merdivenle çok sayıda kat çıkma		
Merdivenle bir kat çıkma		
Eğilme veya diz çökme		
Bir iki kilometre yürüme		
Birkaç sokak öteye yürüme		
Bir sokak öteye yürüme		
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme		

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

Evet	Hayır
------	-------

İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- Hiç
- Çok hafif
- Hafif
- Orta
- Şiddetli
- Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?					
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?					
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?					
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?					
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?					
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?					
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?					
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?					
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?					

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?
a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.


Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.				
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.				
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.				
Sağlığım mükemmel.				

EK- 5**UROGENİTAL DISTRESS INVENTORY (UDI-6) (ÜROGENİTAL DİSTRES ENVANTERİ)**

	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa sizi ne kadar etkiliyor?	Hiç	Az	Orta	Çok
1	Sık idrara çıkma	0	1	2	3
2	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçıрма	0	1	2	3
3	Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçıрма	0	1	2	3
4	Damla damla az miktarlarda idrar kaçıрма	0	1	2	3
5	İdrar torbanızı boşaltmada zorluk (örneğin: ıkınma ihtiyacı)?	0	1	2	3
6	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

INCONTINENCE IMPACT QUESTIONNAIRE (IIQ-7) (İNKONTİNANS ETKİ SORU FORMU)

	İdrarınızı kaçırmak veya cinsel bölgenizde sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi?	Hiç	Az	Orta	Çok
1	Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
2	Yürüyüş, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
3	Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
4	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
5	Evin dışında sosyal etkinliklere katılabilmemenizi etkiledi mi? (Arkadaş toplantısı, alışveriş vb.)	0	1	2	3
6	Ruhsal sağlığınızı etkiledi mi? (Sinirlilik, depresyon ve benzeri)	0	1	2	3
7	Hüsran duygusu (Düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı	0	1	2	3


Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul Kararları

ETİK KURUL

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

Prof. Dr. Demet ÖZBABALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demetoz@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: fskillo@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: 2008/295
Konu: Toplantı
Ref: MSW-Etik-Toplantı/2008-06-04

10 Haziran 2008

Sayın Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tarafınızdan yürütülmekte olan "Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi" başlıklı proje hakkında alınan görüş ve Etik Kurul Kararı ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.



Doç. Dr. Fatma Sultan KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı (Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

EK: Kadın Hast. ve Doğum ABD'dan alınan görüş ve Etik Kurul Kararı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı
Tel: +222. 239 37 70 - 239 29 79 / 4405 - 4406
Faks: +222. 239 37 72

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

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARI**

04 Haziran 2008 13) KONU BAŞLIK	GELEN GÖRÜŞ: Proje (PR-08-05-13-06): Eskişehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı-Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN, Yüksek Lisans Öğrencisi Emine ÖZDEMİR "Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi" (Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 20.05.2008 gün ve 259 sayılı yazısı)
04 Haziran 2008 GÖRÜŞLER: 13	Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın 20.05.2008 gün ve 259 sayılı yazısı: "Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmalarında kullanılacak olan soru formları hasta aydınlatma ve onam formları incelenmiş olup, çalışmanın amacı, planı, materyal ve metodda kullanılacak yöntemlerin, kadınlara fiziksel ve ruhsal sağlığına olumsuz etki yapmayacağı düşüncesine ulaşılmış ve belirtilen tezin yapılması uygun görülmüştür.
04 Haziran 2008 KARAR: 13	<p>BAŞVURU BİLGİLERİ: PROTOKOL KODU: ESOGU Etik Kurul, 13 Mayıs 2008, No: (PR-08-05-13-06)</p> <p>PROJENİN ADI: "Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi"</p> <p>BAŞVURULAR: a) Kurumsal: Anabilim/Bilim Dalı / /2008, Bölüm Başkanlığı Dalı / /2008, Dekanlık: / /2008, b) Bireysel: Etik Kurul Başkanlığına Müracaatı 10/04/2008, Etik Kurul Üyelerine 11/04/2008.</p> <p>TEZ SORUMLUSU/KOORDİNATÖR/PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ, ÜNVANI/ADI: Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı-Yrd.Doç.Dr.Nebahat ÖZERDOĞAN</p> <p>TEZİ YAPAN ARAŞTIRMACI, ÜNVANI/ADI: Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Programı-Yüksek Lisans Öğrencisi Emine ÖZDEMİR</p> <p>ESOGU ARAŞTIRMA MERKEZİ: Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı</p> <p>DESTEKLEYİCİ FİRMA: Yok.</p>
ARASTIRMA NİTELİĞİ:	<ul style="list-style-type: none"> • AMAÇLARI AÇISINDAN: a) Tanımsal (Descriptive): Örnekte dağılım, frekans dağılımları, b) Analitik (Inferential): ilişkilerin bulunması • YAPILAN AMACINA GÖRE: b) Uygulamalı • UYGULAMA BİÇİMLERİ: a) Kaynak tarama (review), b) ileriye yönelik (prospective), c) Kesitsel (cross sectional) • ARAŞTIRMA DÜZENLERİ: 1) Tek örnek düzeni (one sample design), 2) Bağımsız iki grup düzeni (independent randomized two group design), 3 • İLAÇ ARAŞTIRMALARI: Bu kapsamda değildir. Klinik çalışmadır.
DEĞERLENDİRİLEN ve/veya GEREKLİ DİĞER İLGİLİ BELGELER:	<p>İNCELENEN DOSYA TANIMLAMASI</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: "Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi", ESOGU Etik Kurul tarihi 13 Mayıs 2008, Türkçe.</p> <p>DOSYADA BULUNAN BELGELER</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışma protokolü Türkçe olarak verilmiştir.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Aydınlatma ve Onam Formu mevcuttur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Araştırma Anket Formu mevcuttur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), Urogenital Distress Inventory (UDI-6) soru formları mevcuttur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi ve SF 36 anketi mevcuttur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Helsinki Bildirgesi çalışmacılar tarafından imzalanmıştır.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Madrid Deklarasyonu çalışmacılar tarafından imzalanmıştır.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 11.03.2008 gün ve 1390 sayılı onayı.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışmacıların özgeçmişleri mevcuttur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Çalışma ile ilgili gerekli literatürler verilmiştir.</p> <p>GÖRÜŞE GÖNDERİLEN YERLER</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: Üroloji Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın görüşlerinin alınması uygundur.</p> <p>ALINAN KARARLAR</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: 13 Mayıs 2008: Olumludur. Görüşlere gönderilmiştir. Üroloji Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın görüşlerinin alınması uygundur.</p> <p>BELGE ADI/PROTOKOL: 04 Haziran 2008: Uygun olarak değerlendirilmiştir.</p>

ÇALIŞMA ESASLARI:	<p>HELSİNKİ DEKLARASYONU (2000 Edinburg versiyonu ve 2002 yılı Washington'da 29. maddeye ve 2004 Tokyo'da 30 Madde eklemeleri ile birlikte) araştırmacılar tarafından uyulacağı kabul edilmelidir.</p> <p>TCK 90 MADDESİNE UYULMASI YASA GEREĞİDİR.</p> <p>İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZUNA UYULMALIDIR.</p> <p>13 Mayıs 2008 gün ve 07 sayılı karar ile bildirilmiştir.</p>
ETİK KURULUMUZUN ALDIĞI KARARLARIN ÇERÇEVESİ	<p>Etik Kurul kararları hukuksal açıdan önemli birer uzman görüşü kararı niteliğindedir. Gerekliğinde mahkemelerde de kullanılacağı dikkate alınarak, 5237 Sayılı TCK ve 5271 Sayılı CMK kanunları çerçevelerine uyum sağlanması, insan üzerinde deneylerin TCK kapsamına alınması ile de yasal zorunluluk olmuştur. Etik Kurulumuzun aldığı kararların hukuksal çerçevesinin açıklaması aşağıda yapılmaktadır.</p> <p>13 Mayıs 2008 gün ve 07 sayılı karar ile bildirilmiştir.</p>
AYDINLATMA ve RIZA	
13 Mayıs 2008 gün ve 07 sayılı karar ile bildirilmiştir.	
İSTATİSTİKSEL (BİYOİSTATİSTİK) ANALİZ	<p>PROJE HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN BİYOİSTATİSTİKSEL PRENSİPLER (Prof. Dr. K. ÖZDAMAR)</p> <p>13 Mayıs 2008 gün ve 07 sayılı karar ile bildirilmiştir.</p>
YAZIM İLKELERİ	<p>MAKALE YAZIM OLGUSUNDA ETİK KURUL KARARLARI Etik Kurulumuz yayınlarda temel olarak ele aldığı ilkeler: Etik Kurul Yönergesinin 32. Maddesi temelinde ele alınan ilkeler gelecek öneri, tenkit ve itirazlara göre yeniden yapılandırılacağı vurgulanarak aşağıda sunulmaktadır.</p> <p>13 Mayıs 2008 gün ve 07 sayılı karar ile bildirilmiştir.</p> <p>Yazarlar tüm bu ilkeleri benimseyerek yayın yapmak zorundadırlar.</p>
ÇALIŞMANIN ONAY GEREKÇESİ ve SÜRECİ	<p>KLİNİK DENEYSEL ÇALIŞMALAR Yayınlarda çalışmanın Yerel Etik Kurulunca kabul gerekçesi istenmektedir. CMK 34. Maddesi de dikkate alınarak, aşağıdaki Bölüm eklenmiştir.</p> <p>A) Çalışmanın yapılma gerekçesi B) Etik Kurulun onay gerekçesi C) Hastayı/deneğin bilgilendirilmesinde ve onamındaki temel noktalar.</p> <p>A) Klinik Çalışma Gerekçesi (Çalışmanın amacı/hipotezi) Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek, üriner inkontinans sorunu olan ve olmayan kadınların yaşam kalitelerini karşılaştırmak, üriner inkontinans sorunu olan ve olmayan kadınların cinsel fonksiyon durumlarını karşılaştırmak, üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon durumuna etkisini incelemek.</p> <p>B) Klinik Çalışma için Etik Kurul Onayı Gerekçesi: 1. Yasa ve Etik Kurallara/Çalışma esaslarına uyma taahhüdü: Çalışmacılar tarafından 1. Helsinki deklarasyonunun son revizyonu (Ekim 2000, Edinburg, 52. Dünya Tıp Kurultayı ve 2002 yılı Washington ve 2004 Tokyo Genel Kurul eklemesi) okunup, bu metni kabul etiklerini ve uygulayacaklarını belirtirler. Psikiyatri, toplumsal, epidemiyolojik konularındaki araştırmalarda Madrid (1996) Bildirgesi (eski Hawaii, 1977) göz önüne alınır. 2. Ayrıca İyi Klinik Uygulamalar (GCP) metoduna (Sağlık Bakanlığının 29.12.1995 gün ve 51748 sayılı kılavuzu) sadık kalmaları gerekmektedir. 3. TCK 90. Maddesine uyulması yasa gereğidir. 2. CMK 34. Maddesinde belirtilen kararların gerekçeli olması hükmü uyarınca Etik Kurulumuz projeleri Etik Kurulumuz projelerin genel irdelemesini ve kararlarını; A) 2577 İdari Yargılama Usulü Kanunu 1 ve 2. maddesine göre işlemler; yetki, şekil, sebep, konu ve maksat yönleri, eylem ve işlemler, sözleşmelere ilişkin olarak, başvuruları karşılıklı haklar temelinde incelemekte, öneriler sunmakta, B) TCK'nın 61. Maddesi gereği; "somut olay olmalı ve uygulama biçimi, kullanılan araçlar, zaman ve yer, konunun önem ve değeri, zarar oluşma durumu ve tehlikenin ağırlığı, kusur olasılığı, amaç ve saiki, göz önünde" bulundurarak almaktadır. 3. Hukuksal olarak tanımlanan yaklaşımların yerine getirilmesi gereklidir. Bunlar; a) Emredici Kurallar (Mecburi, amir kaideler), b) Tamamlayıcı Kurallar (İhtiyari, yedek kaideler), c) Yorumlayıcı Kurallar (Tefsir edici kaideler), d) Tanımlayıcı Kurallar (Tarif edici kaideler) kapsamaktadır. 4. Klinik test uygulamanın bilgilendirme ve rıza sonucu yapılacağı ve çalışmaya alınma ve çıkarılma gerekçelerinin net tanımlanması gereklidir. 5. Çalışmanın özelliği: Analitik tipte, kesitsel, vaka-kontrol çalışması.</p>

	<p>C) BİLGİLENDİRME ve RIZA</p> <p>1. Hasta ve/veya hukuksal rıza verebilecek bireyin bilgilendirildikten sonra rızası olmalıdır. Hasta bilgilendirmenin amacının; hastaya yönelik olduğu ve bu bilgi sonunda çalışmanın yapılması için hastanın hekimden talepte bulunacağı varsayımı dikkate alınmalıdır.</p> <p>ETİK KURUL ONAYI: Etik Kurulumuz CMK ilgili Maddelerine (33 ve 34) göre Etik Kurul Onay tarihleri (tüm üyeler, alt komisyonlar ve bilim dallarının bilimsel görüşlerinden oluşan gerekçelerin gelmesi ile ilgili)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13 Mayıs 2008: Olumludur. Görüşlere gönderilmiştir. Üroloji Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın görüşlerinin alınması uygundur. • 04 Haziran 2008: Uygun olarak değerlendirilmiştir.
YAN TESİR BİLDİRİMİ:	<p>YAN TESİR BİLDİRİMİ-28.04.2005: (Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü 45085 Sayılı Yazısı uyarınca yeniden düzenlenmiştir)</p> <p>İlaç araştırmaları kapsamında değildir.</p>
KARAR:	<p>04 Haziran 2008 tarihli Karar Özeti: Uygun olarak değerlendirilmiştir. Gelen görüşün iletilmesi kararlaştırılmıştır.</p>

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





(13)

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

Sayı : Kad.Doğ.Başk/ 259
Konu:

20.05.2008

ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA;

İlgi:16.05.2008 tarih ve 238 sayılı yazınız.

Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi konulu tez çalışmalarında kullanılacak olan soru formları hasta aydınlatma ve onam formları incelenmiş olup çalışmanın amacı , planı, materyal ve metotta kullanılacak yöntemlerin, kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığına olumsuz etki yapmayacağı düşüncesine ulaşılmış ve belirtilen tezin yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr.Sinan ÖZALP
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr.Ömer YALÇIN
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

EK -7

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Genel Evrak Müdürlüğü
Sıhhiye ANKARA SAĞLIK BAKANLIĞI

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

12.3.08

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
POSTA 0065
TKP

Sayı: B100AÇS0120000/20-350/2 1390
Konu: Anket Uygulama Hak.

11 MART 2008

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Ankara Valiliğinin 04.02.2008 tarih ve 008058 sayılı yazısı.

Ankara Valiliğinin İlgi yazısında belirtilen, okulunuz Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi Emine Özdemir "20 yaş ve üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsellik Fonksiyon Durumuna Etkisi" konulu çalışmasını, Mamak Grup Başkanlığına Bağlı Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde yazı ekinde yer alan veri toplama aracı ile yapma talebi 07.03.2008 tarih ve 1308 sayılı Makam onayı ile uygun bulunmuş olup, yapılacak çalışma sonuçlarının Bakanlığımıza iletilmesi gerekmektedir. Ayrıca konuyla ilgili olarak Ankara Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

(Signature)
Dr. İbrahim AÇIKALIN
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı T.

GELEN EVRAK	
Geliş Tarihi:	17.03.2008
Geliş No:	265
Ekl:	1

İletişim: Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Nüsret Fişek Cad. Hıfzıssıhha İçi D Blok Sıhhiye-ANKARA
Tel:0312 4357663-4350532/166 Faks:0312 4314872-4354106

*Genel için
Abubekir Sevilin
Yasemin ÇAĞDAS
Bir foto kopyası ilgili
öğrenciye verilmeli*

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Emine Özdemir
Doğum Tarihi ve Yeri: 28.01.1980/Sivrihisar
Uyruğu: T.C
Medeni Durumu: Bekar
İletişim Adresleri: emos00026@hotmail.com

Eğitim Durumu

1987-1991 Sivrihisar Hasan Karacalar İlköğretim Okulu
1991-1994 Sivrihisar Ortaokulu
1994-1998 Tekirdağ Sağlık Meslek Lisesi
1999-2000 Hacettepe Üniversitesi Hazırlık Programı
2000-2004 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
2006-2009 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Mesleki Deneyim

2003-2009 Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Yoğun Bakım
Ünitesi

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

Yayımlar

Kadınların doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen faktörler-Sözlü Bildiri
(5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan
2007).

Bilimsel Etkinlikler

31 Ağustos-3 Eylül 2005: 22. Ulusal Gastroenteroloji Kongresi
31 Ocak-25 Mart 2005 : Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu
19-22 Nisan 2007 : Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile planlaması
Kongresi
17-20 Şubat 2009 : Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi
Eğitim Becerilerinin Standardizasyonu Kursu