

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN

**40 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

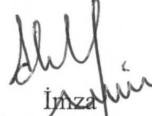
Gönül AKGÜN

EDİRNE – 2009

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

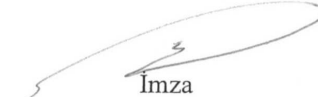
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Gönül AKGÜN tarafından tez başlığı "**40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 21/08/2009 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.



İmza
JÜRİ BAŞKANI
Prof. Dr. M. Ali Yüce



İmza
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN
ÜYE



İmza
Yrd. Doç. Dr. İlknur DİNDAR
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç.Dr.Petek Balkanlı Kaplan'a, çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Doç.Dr.Necdet Süt'e ve bana her konuda yardımcı olan Prof.Dr.İsmet Dökmeci'ye ve Prof.Dr.Adnan Görgülü'ye sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Gönül AKGÜN

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ

PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....1

ARAŞTIRMANIN AMACI.....3

GENEL BİLGİLER

KONTİNANSIN TANIMI VE MEKANİZMASI.....4

ÜRİNER İNKONTİNANSIN PREVALANSI.....4

ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ.....5

ÜRİNER İNKONTİNANSLI BİREYLERİN TEDAVİ ARAYIŞLARI.....7

ÜRİNER İNKONTİNANSIN MALİYETİ.....7

ÜRİNER İNKONTİNANSIN TİPLERİ.....8

ÜRİNER İNKONTİNANSIN NEDENLERİ.....10

ÜRİNER İNKONTİNANSTA RİSK FAKTÖRLERİ.....10

ÜRİNER İNKONTİNANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....13

ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ.....22

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....30

ARAŞTIRMANIN UYGULANDIĞI YER VE ZAMAN.....30

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....30

VERİLERİN TOPLANMASI.....32

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....35

BULGULAR

KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	37
KADINLARIN ÜRİNER İNKONTİNANSTA RİSK FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ OLMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	42
ÜRİNER İNKONTİNANSTA YAŞAM KALİTESİNE YÖNELİK BULGULAR.....	45
TARTIŞMA.....	51
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	63
TÜRKÇE ÖZET.....	66
İNGİLİZCE ÖZET.....	67
KAYNAKLAR.....	68
RESİMLEMELER LİSTESİ.....	79

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ (Beden Kitle İndeksi)

DM (Diabetes Mellitus)

DS (Davranışların Sınırlandırılması)

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)

FES (Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon)

HRT (Hormon Replasman Tedavisi)

ICS (International Continence Society- Uluslararası Kontinans Derneği)

I-QOL (Incontinence Quality Of Life)

PE (Psikososyal Etkilenme)

PTE (Pelvik Taban Egzersizi)

Sİ (Sosyal İzolasyon)

SO (Sağlık Ocağı)

SÜİ (Stres Üriner İnkontinans)

Üİ (Üriner İnkontinans)

GİRİŞ VE AMAÇ

I-1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Bir toplumun sağlık düzeyinin nesilden nesile daha iyiye gitmesinde rol alan en önemli faktörlerden biri, o toplumda yaşayan kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan sağlıklı olmasıdır (1). Kadın sağlığının çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığı ile yakından ilişkili olması, toplumların kadın sağlığını özel olarak ele alması gereğini ortaya koymuştur (2).

Kadın hayatı çocukluk, puberte, cinsel olgunluk, klimakterium ve yaşlılık dönemi olarak başlıca 5 ana grup altında sınıflandırılabilir (3). Cinsel olgunluk çağından üreme fonksiyonların son bulunduğu döneme geçiş yılları klimakterium olarak isimlendirilir ve ortalama 40-45 yaş civarında başlamaktadır (4, 5).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, bilim ve teknolojiye ilerlemeler ve sosyal yapıdaki değişimler insanların yaşam sürelerinin uzamasına olumlu katkı sağlamıştır (2, 6). Beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle 40 yaş üzerindeki kadınların sayısı ve toplam nüfus içindeki payları da artmaktadır böylece kadınların yaşamlarının önemli bir bölümünü klimakterik dönem oluşturmaktadır (7). Günümüzde gelişmiş bir ülkedeki hemen her kadın klimakterik döneme ulaşmakta ve yaşamının 1/3'ünü bu dönemde geçirmektedir (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de bu konu ile ilgili olarak, 2030 yılına kadar 50 yaş ve üzerinde 1.2 milyar kadının bulunacağını ve bunların çoğunun menopoz sonrasında uzun süre yaşayabileceklerini tahmin etmektedir (8).

Ülkemizde 65 yaş ve üzerindeki nüfus, toplam nüfusun %5.9' unu oluşturmakta ve bu yaş grubunun oranının 1993 verilerine göre %5.5 arttığı gözlenmektedir (9). UNİCEF' in

1985 – 1990 yılları arasında ülkemizde yaptığı bir çalışmada da kadınlar için 65 yaşına kadar yaşama şansı %68,4 olarak bulunmuştur (5). Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün 2006 yılı verilerine göre kadınlar için doğuştan beklenen yaşam süresi 75.3 olarak saptanmıştır (10). Bu da kadınların menopoza ilişkin sorunlarla en az 25- 30 yıllık bir süreyi geçireceği anlamına gelmektedir.

Kadınlar menopoz döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar (11, 12). Bu dönemde pelvis destek yapılarının esnekliğinin bozulmasıyla genitouriner ve diğer sistemlerde ortaya çıkan bazı komplikasyonlar kadının sosyal yaşamında ve cinsel sağlığında olumsuz etkilere neden olmaktadır (13). Üriner sisteme ait sorunların en başında üriner inkontinans yer almaktadır (7).

Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society- ICS) Terminoloji Standardizasyonu Komitesi'nin 1976 yılında öne sürdüğü tanıma göre üriner inkontinans; “objektif olarak ortaya konabilen, sosyal ve/veya hijyenik sorunlara yol açacak sıklık ve miktarda istem dışı idrar kaçırma” şeklinde tanımlanmıştır (14-17). ICS'nin 2002 yılındaki en son terminoloji standardizasyon raporunda ise üriner inkontinans, her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmıştır (18).

Üriner inkontinans, büyük bir sağlık sorunudur (19). Yaşam beklentisindeki artış ve demografik gelişmeler nedeniyle ürojinekolojik hastalıkların miktarı ve sıklığı artacaktır (20). İstatistiksel tahminlere göre, 2050 yılında tüm dünya nüfusunun yaklaşık %20'sini üriner inkontinanslı hastaların oluşturması beklenmektedir (21). Üriner inkontinans sık görülmesine ve ciddi komplikasyonlarına rağmen dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de ihmal edilmiş bir sağlık sorunudur.

Üriner inkontinans sorunu, sürekli ıslaklık, irritasyon ve kötü kokudan kaynaklanan fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, kadınların kendilerinin kontrol edemediği, toplumsal katılımlarda önemli sıkıntılar yaşadıkları, hijyenik önlemleri artırma gereksinimi duydukları ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma sorunu nedeniyle cinsel ilişkiden uzak kalmak istedikleri bir durumdur.

Üriner inkontinansın kadının yaşam kalitesini bu denli etkilemesi, bireyin multidisipliner değerlendirilmesinin ve bakım stratejilerinin planlanmasının önem kazanması, son yıllarda üriner inkontinanslı kadınlarla ilgili çalışmaların artmasına neden olmuştur (22).

I-2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kadınlarda ileri yaşlarda ortaya çıkan őriner inkontinans sorununun gőrölme sıklığını ve bu sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini belirlemek böylece hemşirelik yönünden ele alınması gereken konuları saptayarak çözüm yolları geliŐtirmek amacıyla planlanmıŐtır.

GENEL BİLGİLER

II.1. KONTİNANSIN TANIMI VE MEKANİZMASI

Kontinans; kişinin istediği zaman ve yerde kendi kontrolünde idrarını erteleyebilme yeteneğidir (23, 24). Üriner kontinans, yeterli mesane depolama kapasitesini, etkili üretral kapanma mekanizmasını ve nörolojik kontrol mekanizmalarının entegrasyonunu gerektirmektedir (25).

Normal bir erişkinin mesanesi yaklaşık 500 ml. idrar almaktadır. Mesane idrarla dolarken mesane içi basınçta çok küçük değişimler olup, işeme ihtiyacı tatminkar miktarda idrar birikene kadar baskılanmaktadır. İşeme, ponstaki miksiyon merkezince kontrol edilmektedir. Bu merkez, detrusor kontraksiyonları ile üretral relaksasyonun koordinasyonunu sağlamaktadır. Mesaneyi detrusor adı verilen düz kas oluşturmaktadır. Detrusor kasını, spinal korddan S₂₋₄ düzeyinde ayrılan kolinerjik parasempatik sinirler inerve etmektedir. Bu sinirlerin uyarılması detrusor düz kasının kontraksiyonuna yol açar. Mesane boynunun düz kaslarının ve eksternal çizgili sfinkterin (ES) aynı anda olan relaksasyonu, idrarın mesane tamamen boşalana kadar obstrüksiyona uğramadan mesaneden çıkışını sağlamaktadır. Normal miksiyon mesanede idrar kalmayana kadar hızlı ve yumuşak bir şekilde sürebilmektedir (26).

II.2. ÜRİNER İNKONTİNANSIN PREVALANSI

DSÖ verilerine göre dünya genelinde 200 milyon insan mesane problemleri yaşamaktadır (27, 28). İnkontinans genç-yaşlı, kadın-erkek bütün ırklardaki insanları etkileyebilen bir sorun olmakla birlikte yapılan epidemiyolojik çalışmalar üriner

inkontinansın kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü göstermektedir (29, 30). Erkeklerde üriner inkontinans prevalansı %2-11 arasında değişirken kadınlarda %4.8- 58.4 arasında değişmektedir (31, 32). Üriner inkontinans yaşamları süresince kadınların %20-50'sini etkilemektedir (33). Literatürde üriner inkontinans prevalansının orta yaş grubunda %17-55 arasında, genç kadınlarda ise %12-42 arasında olduğu bildirilmiştir (34). Postmenopozal kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların %56'sı haftada en az bir kez inkontinans tarif etmişlerdir. Yaşlı bakımevlerinde kalan hastaların %50'den fazlasında üriner inkontinans görülmektedir (35). İsviçre'de bakımevinde kalan 65 yaş üzeri bireylerde üriner inkontinans prevalansı %49-77 arasında bulunmuştur (36). Hastanede yatan bireylerde üriner inkontinans prevalansı %6-72 arasında değişirken, toplumsal çalışmalarda %3-58 arasında olduğu rapor edilmiştir (37).

Dünya üzerinde üriner inkontinans prevalansının dağılımını incelediğimizde; İspanya'da %15, Fransa'da %32, Almanya'da %34, Japonya'da %32, Pakistan'da %24, Kore'de %22.6 olarak bulunurken Amerika'daki kadınların yaklaşık olarak %11-63'ünün üriner inkontinans etkilendiği bildirilmiştir (38-40).

Ülkemizde üriner inkontinans prevalansının %16,4 ile % 68,8 arasında bulunduğu görülmektedir (21, 28, 41- 52). Benlioğlu'nun (41) çalışmasında, 15 yaş ve üzeri kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı %19,2 olarak bulunmuştur. Özerdoğan (50), 20 yaş ve üzeri 625 kadın üzerinde yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansını %25,8 olarak saptamıştır. Ekin ve ark.(44), 20 yaş üzeri 1400 kadın üzerinde yaptıkları prevalans çalışması sonucunda 50 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansını %58, tüm çalışma grubundaki prevalans oranını ise % 33,7 olarak belirlemişlerdir.

Genel olarak literatürde kadınlardaki üriner inkontinans prevalansı ortalama %25 olarak kabul edilmektedir (31, 32, 35, 40, 53)

II.3. ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ

Hayat kalitesi, kişisel ve kültürel farklılıklara göre değişebilen, bireyin hissettiği fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini gösteren bir kavramdır (54). Genel olarak yaşam kalitesi, algılanan yaşam koşullarından memnun olma derecesi olarak tanımlanabilmektedir (55). Üriner inkontinans, bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur.

Üriner inkontinans, fiziksel olarak cilt döküntüleri, dermatit, mantar enfeksiyonları ve irritasyon bulgularından bası yaralarına kadar değişen yelpazede cilt lezyonlarına yol

açabildiği gibi tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına da neden olabilmektedir. Ayrıca üriner inkontinans, uyku paterninin bozulmasında ve yaşlı bireylerde düşmelerden de sorumlu faktörlerin başında gelmektedir (21, 31). Üriner inkontinansta yaşanan fiziksel sorunlara bağlı olarak önemli psikolojik ve sosyal komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır (24, 45, 57).

Üriner inkontinans yaşayan bireylerde sürekli ıslaklık, irritasyon ve kötü kokudan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığa bağlı olarak basit utanma duygusundan depresyona kadar varabilen emosyonel sorunlar gelişebilmektedir (29). Bu kişilerde seksüel yaşamlarının ve günlük aktivitelerinin etkilendiği ve bu durumu önlemek için bireylerin fiziksel ve sosyal aktivitelerini kısıtladıkları, mesleki performanslarında ve hatta benlik saygılarında azalma görüldüğü belirlenmiştir (29, 50, 58).

Bütün kadınların % 10-15'ini etkileyen üriner inkontinans, kişinin olağan yaşam biçiminde değişikliğe neden olarak özellikle ev işlerini, fiziksel ve sosyal aktivitelerini, hobilerini, kariyerlerini ve bireysel ilişkilerini etkilemektedir. Böylece kişiler, bazen bu sorunları doğal karşılayarak sorunlarıyla yaşamakta, bazıları alışkanlıklarını değiştirmekte ve sorunlarıyla baş edebilmek için, emici pedler kullanma, sürekli çamaşır değiştirme, tuvaletlere yakın bir yaşam tarzı organize etme ve sıvı alımını kısıtlama gibi yöntemler geliştirerek yaşantılarında düzenlemeler yapmaktadırlar (22, 32, 50). Yalçın ve ark.'nın (59) yaptığı çalışmada premenopozal dönemdeki 96 hastanın 86'sında (%89.6), postmenopozal dönemdeki 72 hastanın ise 64'ünde (%88.9) inkontinansın sosyal ya da hijyenik bir sorun haline geldiği belirlenmiştir (59). Arslan ve ark.'nın (22) yaptıkları araştırma sonucunda ise kadınların yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarında ev işi yaparken sınırlama getirme ihtiyacı %59.4, alışveriş gibi dış ilişkileri sınırlama %56.7, uyku düzenini etkileme %43.2, yatılı misafirlikte etkilenme %35.2, uzun yolculukta etkilenme ise %21.6 olarak bulunmuştur. Karan ve ark.(60), 53 üriner inkontinanslı hastada yaşam kalitesi anketi ile psikososyal sağlığı değerlendirdikleri çalışma sonucunda yaşam kalitesinin bozulduğunu ve başarılı bir tedavi için hastalara psikososyal destek verilmesi gerektiği kanaatine varmışlardır. Koçak ve ark.(61), üriner inkontinansla yaşam kalitesinin çok hafiften şiddetliye kadar herhangi bir seviyede etkilenme oranını %87.2 olarak bildirmişlerdir.

Birey açısından olduğu kadar, bakmakla yükümlü aile bireyleri ve sağlık personeli açısından da sevimsiz ve zahmetli bir durum olan üriner inkontinans, A.B.D. ve Batı Avrupa ülkelerinde, yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede önemli endikasyonlardan birisidir (15, 21, 35, 62, 63)

II.4. ÜRİNER İNKONTİNANS SORUNU YAŞAYAN BİREYLERİN TEDAVİ ARAYIŞLARI

Her 10 üriner inkontinans hastasının 8'inin başarı ile tedavi edilmesine rağmen bu sorunu yaşayan hastaların yarısından daha azının sorunlarına çözüm aramaları nedeniyle hastalık çoğu zaman tedavi edilememektedir (64).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yalnızca üriner inkontinans sorunu için tedaviye başvuru; utanma, sorunu yok sayma, yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görme ve tedavisinin olmadığı düşüncesi gibi nedenlerden dolayı gecikmektedir (15, 21, 22, 57).

Kadınların 1/4'ü, erkeklerin 1/10'unun istemsiz idrar kaçırmalarına rağmen ancak bunların yalnızca 1/3'ü bu sorunlarına çözüm arayışına gitmektedirler (24). Batı toplumlarında üriner inkontinans sorunu yaşayan bireylerin çözüm arama düzeyleri %35-%40 olarak belirlenirken, ülkemizde Kök'ün (48) yaptığı araştırma sonucunda üriner inkontinans yaşayan bireylerin çare arama oranları %20 olarak bulunmuştur. Literatüre göre; bu tür sorunu olan kadınların %50-%81.5 oranlarında hiç yardım araştırmadığı ya da yakınmalarından birkaç yıl sonra tedavi için başvurdukları belirlenmiştir (22). Arslan ve ark.'nın (22) yaptıkları bir araştırmada kadınların %81 oranında 2 yıl ve üzerinde üriner inkontinans yaşadıkları görülmektedir. Bu kadınların daha önce hiç tedaviye gitmeme oranları ise %75.7 olarak bulunmuştur. Bir başka araştırmada kadınların ortalama 6-9 yıl bu sorunu yaşadıkten sonra çözüm aradıkları saptanmıştır (65).

II.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN MALİYETİ

Üriner inkontinansın yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmaması nedeni ile tanı konulmakta gecikilmekte ve bireylerin rahatsızlığı ilerleyerek tedavi için yüksek maliyet gerektiren kompleks işlemler yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (66). 2000 yılında üriner inkontinansı olan hastaların tanı, tedavi ve bakımı için yapılan harcamaların yaklaşık 32 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (35) Avusturalya'da her yıl üriner inkontinansa yönelik 1 milyar dolar harcama yapılmaktadır (67). A.B.D.'de yaklaşık 25 milyon insanda üriner inkontinans bulunduğu ve bunların yıllık maliyetinin 26 milyar dolar civarında olduğu bildirilmiştir (68, 69).

Amerika'da bakım evinde kalan hastaların %50'sinde üriner inkontinans mevcuttur ve bu soruna yönelik giderlerin maliyeti bir ayda yaklaşık 5 milyar dolara mal olmaktadır. Üriner

inkontinans şikayetlerini yoğun olarak yaşayan bireylerin %10'u hastanede tedavi olmakta ve bu tedavilerin yıllık maliyeti 50 milyar doları bulmaktadır (70).

II.6. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TİPLERİ

Üriner inkontinans başlıca altı şekilde sınıflandırılabilir.

1- Stres İnkontinans : Genç yaştaki kadınlarda en sık karşılaşılan inkontinans tipidir. Stres üriner inkontinans (SÜİ), istemsiz detrusör kontraksiyonu olmaksızın kas ve bağların zarar görmesi sonucunda gelişen sfinkter veya pelvik taban kas yetmezliğinde (PEM) gülme, öksürme, aksırma, öne eğilme, ıkınma, koşma, egzersiz, cinsel aktivite ve ağır kaldırma gibi intraabdominal basıncı artırıcı fiziksel aktiviteler sırasında görülen idrar kaçırma durumudur (24, 25, 26, 30, 72-75). Stres üriner inkontinansa mesane kapasitesi normaldir, sık ve genellikle az miktarda idrar kaçırma mevcuttur (25, 32).

Normalde stres durumlarında artan karın içi basıncı, mesane ve üretraya eşit şekilde yansımaktadır. Üretra içi basınç mesane içi basınçtan her durumda yüksek kalmakta ve idrar kontrolü sağlanmaktadır. Stres üriner inkontinansa gevşeyen pelvik taban kasları ve fasial destek, mesane ve üretranın normalde bulunduğu yerden ayrılmasına, aşağıya doğru yer değiştirmesine neden olmaktadır. Bu durumda, karın içi basıncın ani olarak yükseldiği durumlarda üretra içi basıncı mesane içi basıncından düşük kalmakta ve kişide idrar kaçırmaya neden olmaktadır (76).

Kadınlarda çok yaygın bir problem olan stres inkontinansın en önemli nedeni doğumsal faktörlerdir (çok sayıda ve sık aralıklarla doğum yapma, iri bebek doğumu vb.) ayrıca stres inkontinans; obezite, pelvis ve mesane operasyonu, kronik öksürük, menopoza ve yaşlılığa bağlı olarak da görülmektedir (3, 13, 77-80).

2- Urge İnkontinans: İleri yaştaki kadınlarda en sık görülen inkontinans tipidir. Semptomlar sık idrara çıkma (günde 8'den fazla işeme), gece idrara çıkma (gece 2'den fazla kalkma) ve genellikle şiddetli idrar yapma isteğiyle tuvalete gitme, idrar yapma gereksinimini erteleyememe sonucunda idrar kaçırma şeklinde ifade edilmektedir (5, 26, 30, 73, 81-83).

Urge inkontinansa, mesane dolum fazında iken beyinden iletilen boşalt mesajını beklemeksizin istemsiz olarak kasılmakta ve bu durum detrusor instabilitesi olarak da

adlandırılmaktadır (24, 35, 63). Urge inkontinansda mesane kapasitesi azalmıştır buna bağılı olarak orta ve büyük miktarda inkontinans yaşanmaktadır (35).

Urge inkontinans spinal kord lezyonları, beyin tümörleri, parkinson, multiple skleroz ve alzheimer hastalığı gibi nörolojik hasarlara neden olan bir probleme bağılı olarak gelişebildiğı gibi üriner sistem enfeksiyonları, taş ve yabancı cisim, kullanılan bazı ilaçlar, alkol ve kafeinli gıdalar gibi mesanede irritasyon yapan nedenler sonucu lokal duyu artımı, fekal bası veya obstrüksiyon ile psikosomatik faktörler sonucunda da gelişebilmektedir (29, 63, 81, 84, 85). Ayrıca; soğuk hava, bulaşık yıkama duygusal sıkıntı içinde olma gibi bazı durumlar da sıkışma tipi inkontinansa neden olmaktadır (25).

3- Miks İnkontinans: Stres inkontinans ile urge inkontinansın birlikte olması durumudur (24, 57, 77, 78).

4- Overflow (Taşma tipi) İnkontinans: Mesane çıkışında obstrüksiyon veya mesane kontraktilesinin bozulması sonucunda mesanede fazla miktarda idrar birikimine bağılı olarak gelişen damlalar şeklinde idrar kaçırma durumudur (32, 35, 78, 85, 86).

Taşma tipi üriner inkontinans; diabete bağılı nöropati, pelvik yaralanma, geniş pelvik cerrahi sonucunda, omurilik yaralanmaları, multiple skleroz, çocuk felci gibi durumlarda, mesane kontraktilesini bozan ilaçların kullanımında, ayrıca atonik mesane, üretral darlık ve fekal bası gibi faktörlerden dolayı üriner yolun obstrüksiyonuna bağılı olarak da gelişebilmektedir (25, 59, 73, 84). İdrar yaparken zorlanma, kesintili ve azalmış idrar akışı, uzamış işeme, mesanede dolgunluk hissi ve işeme sonrası artmış rezidüel idrar mevcuttur (32).

5- Bilinçsiz (Refleks) İnkontinans: Genellikle nörolojik disfonksiyonu olan hastalarda bu tip inkontinans görülmektedir, çünkü mesanenin dolgunluğunu ve işeme ihtiyacını hissetmemektedirler. Perinedeki duyu kaybı ya da ağır sfinkter zayıflığı bilinçsiz (refleks inkontinans) inkontinansa neden olmaktadır (26, 84).

6- Fonksiyonel Üriner İnkontinans: Alt üriner sistem dışı faktörlere bağılı üriner inkontinansı tanımlamada kullanılmaktadır. Farmakolojik, fiziksel, psikolojik veya çevresel engellerin neden olduğu üriner inkontinans tipi olarak değerlendirilmektedir. Bu durum organik demans, psikiyatrik hastalıklar gibi mental konfüzyonun zayıfladığı durumlarda,

mobilizasyon ve beceri ile ilgili fiziksel problemi olan hastalarda görülebilmektedir (25, 35, 63, 86-88).

Stres, refleks, urge, fonksiyonel ve total inkontinans tipleri 1986 yılında, The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından geçerli hemşirelik tanısı olarak onaylanmıştır (89, 90).

II.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN NEDENLERİ

Üriner inkontinans bir hastalık ya da yaşlanmanın doğal bir parçası değil, çeşitli nedenlerle oluşan bir belirtidir. Bu nedenler; mesane kaynaklı, üretra kaynaklı ve üriner sisteme bağlı olmayan nedenler olmak üzere 3 ana başlık altında incelenebilir.

<u>Mesane kaynaklı</u>	<u>Üretra kaynaklı</u>	<u>Üriner Sisteme Bağlı Olmayan</u>
Detrusor insitabilitesi	Üretral yetmezlik	Zayıflamış mobilite
Nörojenik disfonksiyon	Hipermobilite	Zayıflamış mental konfüzyon
Taşma inkontinansı	Travma	İlaçlar
Düşük komplians	Radyoterapi	Çevresel Faktörler
		Psikiyatrik bozukluklar (25)

II.8. ÜRİNER İNKONTİNANSTA RİSK FAKTÖRLERİ

Obstetrik travmalar

Parite ile üriner inkontinans artış göstermektedir. Çok sayıda ve sık aralarla doğum yapma, iri bebek, zor doğum eylemi gibi faktörler pelvik taban kaslarında zayıflamaya, skarlarla ve sinir zedelenmelerine neden olmaktadır (9, 13, 22, 26, 29, 30, 76, 82). Vajinal doğum yapanlarda nulliparalara göre 2,5 kat fazla üriner inkontinans görülmektedir (32).

Pelvik taban kaslarının zayıflaması

Uterus, üretra, mesane ve rektumu yerinde tutan dokuların zayıflaması nedeniyle bu organların aşağı doğru düşmesi, yer değiştirmesi ile oluşan pelvik relaksasyon, üriner inkontinans için predispozan bir faktördür (22, 25, 29, 76). Östrojen eksikliği pelvik organ prolapsusu (POP) ile ilişkilidir ve postmenopozal kadınlarda stres inkontinansa yatkınlığı

artırmaktadır (32). Ayrıca pelvik bölge ve omurilik zedelenmeleri ile alt abdominal bölgeye uygulanan radyoterapi de üriner inkontinans nedenleri arasında yer almaktadır (9, 25, 30, 82).

Menopoz dönemi

Kadınlarda östrojenler üretral mukozanın proliferasyonu ve maturasyonu ile ilişkilidir (25). Postmenopozal dönemdeki kadında östrojen seviyesinin azalması mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine neden olmaktadır (22, 25, 29, 76).

Gecirilmiş cerrahi operasyonlar

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar pelvik taban kaslarında zedelenmelere, skarlara ve sinir harabiyetine neden olabilmektedir. (9, 26, 73, 82)

Nörolojik hastalıklar

Multiple skleroz, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı üriner inkontinansa yatkınlığı artırmaktadır. (9, 30, 82)

Konjenital bozukluklar

Erkeklerde ekstrofi vezika ve epispadias gibi mesane ön duvarı ve üretra ön yüzünün gelişmediği durumlarda, kız çocuklarında veziko-vaginal fistüllere bağlı üriner inkontinans görülmektedir (81).

İrk

Yapısal olarak pelvik fasya destek dokularında kollojen miktarındaki değişiklik ve üretra boyundaki farklılık nedeniyle, üriner inkontinans prevalansı ırka bağlı çeşitlilik göstermektedir. Çinli, eskimo ve siyah ırk kadınlarda üriner inkontinans, beyaz ırka mensup kadınlara oranla daha az görülmektedir (35). Amerika'da ırksal faktörlerin üriner inkontinansa etkisinin araştırıldığı 20 yaş üstü 4229 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada beyaz kadınlarda ve Meksikalı Amerikalı kadınlarda üriner inkontinans prevalansı siyah ırk kadınlara göre 2,5 kat yüksek bulunmuştur (91).

Cinsiyet

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Kadınlar, doğum yapmanın sonucu ve menopozun etkisiyle pelvis tabanı ve üretral sfinkterin zayıflamasına bağlı olarak inkontinansa daha yatkındırlar (26, 82).

Kronik öksürük

Sürekli öksürük, mesane içi basıncını artırarak üriner inkontinans probleminin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (9, 29, 30, 82).

Sigara kullanımı

Tüm üriner inkontinans tiplerinin gelişmesinde sigara öyküsü yer almaktadır. Sigara kullananlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı daha fazla görüldüğünden öksürüğe bağlı olarak idrar inkontinansı riski 2-3 kat artmaktadır (35).

Konstüpasyon

Tekrarlayan konstüpasyonlarla mesane ve üretraya bası sonucunda üriner retansiyon ve inkontinans gelişir. Barsak hareketlerindeki uzun süreli gerileme ve konstüpasyon pelvis taban kaslarını da olumsuz etkilemektedir (29).

Endokrin hastalıklar

Diabetes mellitus (DM) ve insipitus gibi hastalıklar poliüriye ve inkontinansa neden olabilmektedirler. (9, 30, 82).

Obezite

Obezitenin kendisi intraabdominal basıncı artırarak idrar kaçırmaya neden olmaktadır (5, 6, 21). Bir çalışmada kilo kaybı için yapılan cerrahi işlem sonrasında stres inkontinans görülme sıklığının %61'den %17'ye indiği bildirilmiştir (35).

Kullanılan ilaçlar

Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek üriner inkontinansa neden olabilmektedirler (15, 25, 29, 87).

Hareket kısıtlılığı

Yaşlılarda nörolojik ve romatizmal problemlere bağlı olarak ortaya çıkan hareket kısıtlılığı nedeniyle tuvalete yetişememeye bağlı üriner inkontinans tablosu görülebilmektedir (15).

Beslenme

Kahve, kola gibi kafeinli içecekler, alkol, koyu çay, meyve suyu ve baharatlı yiyecekler mesane iritanıdırlar. İstemsiz detrusor kasılmasına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilmektedirler (25, 29, 15, 87).

Yaş

Yaşa bağılı olarak mesane pozisyonunu koruyan yapıların zayıflaması sonucu mesane boynu lokalizasyonundaki değişiklikler nedeniyle üriner inkontinans oluşabilmektedir (15, 26, 76, 84).

Genetik yatkınlık

Annede ve birinci derece akrabalarda inkontinans varlığının üriner inkontinans gelişmesinde predispozan bir faktör olduğu belirlenmiştir (25).

II.9.ÜRİNER İNKONTİNANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Üriner inkontinansın değerlendirilmesi; anamnez, fizik muayene ve test yöntemleri temel alınarak yapılmaktadır (25).

II.9.1. Anamnez

Üriner inkontinanslı hastaların tanılanmasında öncelikli olarak hasta ve şikayetlerle ilgili ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Hastanın özgeçmişinde DM, akciğer hastalıkları (KOAHA, kronik öksürük), kronik kalp yetmezliği gibi hastalıkların mevcudiyeti araştırılmalıdır. Anamnez alırken risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Medikal, cerrahi ve nörolojik anamnez dikkatle sorgulanmalıdır. Geçirilmiş travma ve nörolojik hastalıklar (multiple skleroz, demans, parkinson hastalığı, lomber disk hernisi vb.), ilaç kullanımı (antikolinergik ajanlar, adrenamimetik ajanlar, diüretikler, sedatifler, hipnotikler, opioidler), geçmişteki üriner inkontinans nedeni ile almış olduğu tedaviler, barsak alışkanlığı (fokal impakt, kronik konstüpasyon), obez olup olmadığı, menopoz durumu, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, pelvik kitle ve prolapsus varlığı, geçirilmiş operasyonlar (anti inkontinans girişimler, prolaps cerrahisi, histerektomi), radyoterapi, obstetrik öykü (parite, doğumların şekli, bebeğin kilosu, travma), abdominal veya vaginal mesane boynunu düzeltici operasyon hikayeleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Sosyal özgeçmişle ilgili olarak

sigara içme, mesleki zorlanma (ağır yük kaldırma vb.), hobi sırasında veya atletizme bağlı zorlanma (kronik, tekrarlayıcı zorlanma) değerlendirilmelidir. Ailede üriner inkontinans varlığı sorulmalıdır. Ayrıca; anamnezde üriner semptomların detaylı bir şekilde irdelenmesi gerekmektedir. Semptomların başlangıç zamanı, süresi (yeni mi? yoksa uzun süreden beri mi?), paterni (diurnal, noktürnal, arasıra, daimi), tipi (stres, sıkışma, taşma), sıklığı, kaçırılan idrar miktarı, ped kullanma durumu, presipite eden nedenler (idrar kaçırmasının stresle ilgisi olup olmadığı, idrar kaçırmasının cinsel ilişkisi ile ilgisi), dizüri, hematüri, sıkışma hissi ve sıvı alımı sorgulanmalıdır. Bu sorgulamaları yaparken hastanın mental durumu değerlendirilmeli ve fonksiyonel yeteneği araştırılmalıdır (15, 25, 29, 32, 35, 57, 73, 77, 87, 92).

Hastalar genellikle idrar kaçırma sıklığını ve şiddetini tam olarak ifade etmekte güçlük çekerler daha objektif bir değerlendirme için hastalardan bir sonraki görüşme öncesinde bu amaçla düzenlenmiş bir üriner günlük tutmaları istenir. Üriner günlük formu üzerine hastanın 24 saat boyunca almış olduğu ve çıkardığı sıvı miktarı ve sıklığı, alınan sıvının cinsi, idrar kaçırma durumu ve tipini saatleri ile birlikte kayıt etmesi istenir. Ayrıca idrar kaçırmanın olduğu anda hastanın yaptığı aktivite belirtilir, buna göre inkontinansın stresten mi yoksa istirahat durumunda mı olduğu saptanır (15, 29).

Hemşirelerin hastanın anamnezinin alınması, mental durum, çevre ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesinin yanı sıra üriner günlüğün değerlendirilmesinde önemli görevleri bulunmaktadır (29).

Yücel ve ark. (2003) üriner inkontinans tanısında anamnezin güvenilirliği üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda stres üriner inkontinansda anamnezle tanı koymanın güvenilir ancak yeterli olmadığını saptamışlardır (93).

Üriner inkontinans; semptomların analizinde subjektif bir değerlendirme yöntemi olarak validite edilmiş anket formları kullanılmalıdır. Bunlar semptoma özgü anketler ve hayat kalitesi anketleri olmak üzere 2 başlık altında toplanmaktadır. Konu ile ilgili olarak ICS Standardizasyon Komitesi'nin önerisi şu şekildedir:

Üriner inkontinans, kadınların hayat kalitelerini etkileyen bir durum olmasından dolayı inkontinans tedavilerinin etkinliğinin incelenmesinde güvenilir ve sensitif hayat kalitesi anketi kullanılmalıdır (94).

Tedavilerin etkinliğinin incelenmesi amacıyla sadece semptomlardaki değişimin ölçülmesi yeterli değildir, tedavilerin hayat kalitesi üzerindeki değişimleri de incelenmelidir (95).

Üriner inkontinans (UI) konusunda sıklıkla kullanılan, sadece üriner inkontinansın semptomlarını ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini analiz eden, hem semptomları hem de hayat kalitesine etkilerini birlikte inceleyen anketler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Üriner İnkontinansa Özgü Yüksek Düzeyde Tavsiye Edilen Anketler

<u>UI semptomlarını inceleyenler</u>	
Kadınlarda	UDI-6 BFLUTS Incontinence severity index (ISI)
Erkeklerde	ICSmale-LUTS DAN-PSS-LUTS
<u>UI’nın hayat kalitesine etkilerini inceleyenler</u>	
Erkek ve kadında	I-QOL SEPI-QMM
Kadında	KHQ IIQ Urinary incontinence severity UISS CONTILIFE
Erkekde	Yok
<u>Kombine UI semptom ve hayat kalitesini inceleyenler</u>	
Erkek ve kadında	ICIQ
Kadında	BFLUTS-SF SUIQQ
Erkeklerde	ICSmale-SF

Üriner İnkontinansın Semptomlarına Yönelik Anketler

Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6)

Kadınlardaki üriner disfonksiyonlara ait bulguları (stres üriner inkontinans, mesane dışı obstrüksiyonlar, detrusor overaktivitesi) saptamakta kullanılan bir ölçektir. UDI formunun 3 alt skalasının her birinden 2 madde alınarak oluşturulmuştur ve tek skala içermektedir. Ölçekte 0- 3 puan arasında skorlama yapılmaktadır. Puanlama arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir.

Incontinence Severity Index (ISI)

Epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere, kadınlardaki inkontinansın şiddetini basit bir şekilde değerlendirmek amacı ile Norveç'te geliştirilmiştir. Üriner inkontinansın sıklığı ve kaçırılan idrar miktarını belirlemek amacıyla 2 soru içermektedir:

- Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz? (4 seviye)
- Ne kadar idrar kaybediyorsunuz? (2 seviye)

İndex iki cevabı birlikte çarparak hesaplanmakta ve hafif, orta, ciddi ve çok ciddi olarak gruplara ayrılmaktadır. Anket iyi seviyelerde geçerlilik, güvenilirlik ve tepkiye sahiptir.

The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)

Urge inkontinans, obstrüksiyon, stres üriner inkontinans, cinsel hayat ve yaşam kalitesini değerlendiren 5 alt skaladan oluşmakta ve 34 soru içermektedir. Sorular 1- 4 arasında puanlama yapılarak değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesi seviyesinin düştüğünü göstermektedir (96).

Üriner İnkontinansa Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendiren ölçekler Tablo 2'de özetlenmektedir.

Tablo 2. Üriner İnkontinansa Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri

<i>Anket</i>	<i>Soru sayısı</i>	<i>Skalalar</i>	<i>Skor ile QOL</i>	<i>Kullanım yeri</i>
IIQ	30 (6+6+10+8)	4 alt skala: fizik aktivite, seyahat, sosyal, duygusal	1- 4, Düşer	UI, POP
IIQ-7	7	1 skala: yaşam kalitesi	0- 3, Düşer	UI, POP
I-QOL	22 (8+9+5)	3 alt skala: davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon	1- 5, Artar	UI, Urge, Stres, Miks
KHQ	21 (2+19)	2 genel, 19 semptom 8 bölüm	1- 4, Düşer	UI

Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)

Fiziksel aktivite, seyahat, sosyal ve duygusal durumu içeren 4 alt skaladan oluşan toplam 30 soruluk bir ankettir. Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunda kullanılmaktadır. Sorulara 1 ile 4 arasında puanlama yapılarak yaşam kalitesi değerlendirilmektedir.

Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7)

Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunda kullanılan anket seyahat, sosyal aktiviteler, fiziksel aktiviteler, duygular, ilişkiler, cinsel işlev ve gece mesane kontrolünü içeren 7 sorudan oluşmaktadır. Sorular 0 ile 3 arasında skor verilerek hesaplanmaktadır.

Kings Health Questionnaire (KHQ)

Üriner inkontinansı olan kadınlar için özelleştirilen ve 21 maddeden oluşan yaşam kalitesi indeksidir. 2 adet genel, 19 adet semptom özgü soru içermektedir. Anketin değerlendirilmesinde 1 ile 4 puan arasında skora yapılmaktadır.

Genel olarak üriner inkontinansa özgü ölçekler ile değerlendirme yapılırken soruya özgü puanlama yapılarak risk hesaplanmalıdır. Daha yüksek olan puanlar yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiğini göstermektedir, kısacası alınan skor arttıkça bireyin hayat kalitesi düşmektedir.

Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL)

Üriner inkontinans, urge, stres ve miks inkontinansa kullanılan bir ölçektir. I-QOL, 3 alt alan ölçeğini içermektedir. Davranışların sınırlandırılmasını inceleyen 8, psikososyal etkilenmeyi belirleyen 9 ve sosyal izolasyona yönelik 5 madde olmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Sorulara çok fazla (1), oldukça (2), orta düzeyde (3), biraz (4), hiç (5) puan olarak değerlendirilecek şekilde skora yapılmaktadır. Bu ölçekte, diğer ölçüklerin aksine elde edilen puanlamanın yüksek olması bireyin yaşam kalitesi düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir (95, 97).

Tablo 3. Üriner inkontinansa spesifik ölçüklerin kullanım oranları

İnkontinansa spesifik ölçükler	Bu analizi kullanan çalışma sayısı (n:58)
IIQ	19 (%32.8)
IIQ-7	6 (%10.3)
UDI	9 (%15.5)
UDI-6	5 (%8.6)
I-QOL	12 (%20.7)
BFLUTS	5 (%8.6)
KHQ	4 (%6.9)
Diğer	15 (%25.8)

Tablo 3'te üriner inkontinansa özgü ölçüklerin kullanım oranları verilmiştir. Buna göre en yüksek oranda IIQ anketinin kullanıldığı, 2. en sık kullanılan anketin I-QOL ve 3. sıradaki anketin UDI olduğu görülmektedir (95)

II.9.2. Fizik Muayene

Sistemik muayene: Hastalar hekim tarafından alt üriner disfonksiyona neden olabilecek endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden araştırılmalıdır. Hastaların genel durumlarının belirlenmesi ileride uygulanacak tedavi yöntemlerinin seçiminde yardımcı olmaktadır (29).

Nörolojik muayene: Alt üriner sistem fonksiyonunu bozan nörolojik sorunlar açısından alt ekstremité kas gücü ve derin tendon refleksi yönünden incelenmelidir. Klitoris stimülasyonu ile bulbokavernöz kas, perineal cilt stimülasyonu ile anal sfinkter ve öksürükle perineal kas kontraksiyonları araştırılmaktadır (98).

Pelvik ve genito üriner sistem muayenesi: Kadın hastalarda bimanuel muayenede uterus, mesane, üretra ve adneksiyal bölge durumu araştırılırken, ıkınma sırasında pelvik yapılar destek olan dokularda relaksasyon varlığı ve derecesi belirlenmeye çalışılır. Rektal tuşe ile rektoselin varlığı ve anal sfinkterin tonüsü değerlendirilir. Spekulum ile muayenede hasta ıkındırılarak uterus desensus, sistosel, üretrosel, uterus prolapsusu, ayrıca mesane boyunun mobilitesi, üriner divertikül ve fistül araştırılmalıdır (29, 32).

II.9.3. Üriner İnkontinansın Tanı ve Test Yöntemleri

A- Görüntüleme yöntemleri (Radyolojik yöntemler):

Ultrasonografi: Kadın hastalarda transvaginal USG noninvazif bir uygulama olduğu ve kolay uygulanabildiğinden dolayı tanı ve tedaviye katkısı büyüktür. Solid ve kistik oluşumların saptanmasında faydalıdır. Litotomi pozisyonunda mesane boynu ve simfizis pubis arasındaki ilişkinin rakamsal değerlendirilmesi ve oturur pozisyonda mesane boyunun dinamik ve objektif görüntülenmesi ile ayırıcı tanıya olanak sağlamaktadır (29, 81).

Videoürodinami: Kompleks inkontinans problemlerinin nedenini belirlemek amacıyla ürodinamik testlerle birlikte floroskopi cihazı kullanılarak mesane boynu ve üretranın radyolojik olarak görüntülenmesidir (26, 29, 32, 99)

Sistoüretroskopi: Alt üriner sistemin anestezi gerektirmeden endoskopik olarak incelenmesidir. Alt üriner sistem irritasyonuna bağlı yakınması olan, üriner inkontinansı bulunan ve cerrahi girişim planlanan tüm hastalar sistoüretroskopi yöntemi ile değerlendirilmelidirler (29).

Direkt Üriner Sistem Grafisi (DÜSG): Bu inceleme ile kemik yapı, üriner sistemin genel görünümü, taş ve yabancı cisim gibi durumlar değerlendirilebilmektedir (81).

İntravenöz Pyelogram (IVP): İnkontinansın tanısında sadece gereklilik halinde uygulanması gereken bir tanı yöntemidir. IVP ile fistül, ektopik üreter ve konjenital anomali varlığı saptanabilmektedir (81).

B- Laboratuvar testleri

İdrar: İdrar tahlili; olası bir idrar yolu enfeksiyonunu ortaya koymak ve diyabet hastalığı mevcut ise, kontrol altında olup olmadığını anlamak açısından önemlidir. Bu nedenle başvuruda bulunan hastalardan tam idrar tetkiki ve idrar kültürü istenmelidir.

Hematolojik inceleme: Pernisiyöz anemide nörojenik mesane bulguları görülebildiğinden hematolojik değerlendirme yapılmalıdır.

Biyokimyasal incelemeler: Hastanın açlık kan şekeri (AKŞ), BUN, kreatinin ve kalsiyum düzeyleri diabetes mellitus ve böbrek yetmezliği yönünden değerlendirilmelidir (15, 81, 100, 101).

C- Basit ofis testleri

Stop Testi (İdrar durdurma testi): Sadece stres üriner inkontinansa kullanılmaktadır. Hastadan günün ikinci miksiyonunun ortasında pelvik taban kaslarını kasarak istemli olarak idrar akışını durdurması istenir. Tamamen durdurma veya yavaşlatma uygun kasların kullanıldığını ve kas gücünün iyi olduğunu göstermektedir. Hasta idrarını ne kadar çabuk durduruyorsa kas gücü o kadar iyidir. Mesanenin boşalmasını güçleştirerek üriner enfeksiyonlara yatkınlığı artırdığından bir egzersiz olarak kullanılmamalıdır. Haftada 1 kez değerlendirme amacı ile yapılmaktadır (24, 32).

Ped Testi: Ped testinde amaç belli bir zaman diliminde kaybedilen idrar miktarını objektif olarak göstermektir. Sadece stres üriner inkontinansa kullanılan bir yöntemdir. Test prosedürü ICS tarafından standardize edilmiştir, buna göre; hastaya önceden ağırlığı bilinen bir ped verilerek 500 ml. sıvı içirilir. Hasta 30 dakika yürütülür, 15 dakika hastaya bazı aktiviteler yaptırılır (10 kez oturup kalkma, 10 kez öksürme, 1 dakika koşma, yerden nesnelere toplama ve el yıkama). 60. dakikada ped alınır ve hassas terazi ile tartılarak ağırlığı saptanır. İdrar miktarı 2 gr altında ise kuru, 2-10 gr hafif veya orta derece, 10- 50 gr ağır kayıp, 50 gramdan fazla ise çok fazla idrar kaçırma olarak değerlendirilir (24, 35). Noninvazif bir uygulama olan ped testi hemşireler tarafından uygulanmaktadır (29).

Q Tip Testi: Üretral mobilitiyeyi teŖhiste kullanılmaktadır. Steril bir Q Tip üretra içine yerleŖtirildikten sonra hastaya öksürmesi veya ıkınması söylenir. Normal üretra bu manevra sırasında Q-Tip çubuğunun hareketine çok az izin verirken üretral hipermobilitede ise 30 derecelik açının üzerinde aşırı bir hareket gözlenmektedir (25, 26, 51, 63).

Üriner Stres Test: Hasta ıkındırılarak ya da kuvvetli öksürmesi söylenerek idrar kaçırmanın varlığı değerlendirilmektedir. İdrar kaçışı saptanırsa stres inkontinans tanısı konulmaktadır (100).

D- Ürodinamik Testler

Uroflowmetri (idrar akım hızı): Uroflowmetri (UFM), idrar boşaltımı süresince idrar akım hızı ve biçiminin belirlendiği temel bir ürodinamik testtir. Üretradan belirli bir zaman biriminde dıŖarı atılan idrar miktarı ölçülerek ml/sn cinsinden ifade edilmektedir (32).

Sistometri: Sistometri mesane içi basıncın ölçülmesidir. Mesane dolumu sırasında ve işeme esnasında olmak üzere iki evrede yapılmaktadır. Dolum sistometrisi mesanenin depolama fonksiyonu hakkında bilgi verirken, boşaltım sistometrisi idrarın dıŖarı atılabilmesi için gerekli basıncı göstermektedir (32).

Sfinkter elektromyografi (EMG): Sfinkter ile perine taban kasları, anal sfinkter veya üretra çizgili kaslarındaki elektriksel aktivitenin ölçümünde kullanılmaktadır. Üretral sfinkter yetmezliğini göstermek için veya nörolojik patolojiden Ŗüphelenildięi durumlarda kullanılmaktadır (99).

Postvoiding residüel idrar (PVR): PVR, mesanenin depolama veya boşaltım sorununu saptamak amacıyla miksiyondan sonra mesanenin kateterizasyonu ile yapılmaktadır (101). İşeme sonrasında rezidüel idrar volümünün 50 ml.'den fazla olması işeme fazında detrusor veya üretral disfonksiyonunu düşündürmelidir (29, 77)

Ürojinekolojik incelemeler sırasındaki hemşirelik girişimleri arasında; test öncesinde kullanılacak araç gereç ve yapılacak işlem hakkında bilgi verilmesi, hasta ile iyi bir iletişim kurulması, uygulama sırasında iyi bir işbirliği ile aktif katılımın sağlanması, işleme bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, hastaya etik

açından saygılı davranılması, mahremiyetine özen gösterilmesi yer almalıdır. İşlem sırasında hastaya kaliteli bakım sağlanması son derece önem taşımaktadır (29).

II.10. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ

İnkontinans sorunu olan hastaların tanınması ve tedavisi bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekip çalışmasında uzman hekimler, uzman hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapistler ve diyetisyenler yer almaktadır (29, 102).

Üriner inkontinansın tedavisinde amaç, böbrek fonksiyonlarının korunmasını, hastanın kuru kalmasını ve normal miksiyon yapabilmesini sağlamaktır (81).

Üriner inkontinans tedavisinde genel ilkeler;

- Kontinansın teminini sağlamak amacıyla iyi bir anamnez ve fiziksel muayene ile inkontinansa neden olan fizyopatolojiyi belirlemek,
- Üriner inkontinansın sıklık ve miktarını azaltmak,
- Öncelikle davranışsal tedavi yöntemlerini denemek ,
- Tedavi yöntemlerinin seçilmesine hastayı katmak,
- Hastaya eğitici, destekleyici ve danışmanlık hizmetleri sunmak,
- Tedaviden alınan sonuçları düzenli olarak değerlendirmek,
- Multidisipliner planlama, koordinasyon ve iletişimi sağlamak,
- Komplikasyonları önlemek,
- Yaşam kalitesini artırmak olmalıdır (15, 31).

Üriner inkontinanstaki tedavi yöntemleri başlıca üç grup altında toplanır;

- Konservatif tedavi yöntemleri
- Farmakolojik tedavi yöntemleri
- Cerrahi tedavi yöntemleri

II.10. 1.Konservatif tedavi yöntemleri :

Geçmişte üriner inkontinans tedavisinde direk cerrahi yöntemi uygulanmaktayken tedavi maliyetinin yüksek olması konservatif tedaviye eğilimi arttırmıştır. Ayrıca bireylerin cerrahi riske girmek istememeleri, uzun bir iyileşme periyodunun olması ve operasyon sonrası

komplifikasyon riski gibi nedenlerden dolayı günümüzde konservatif tedavi yöntemleri önem kazanmıştır (24, 32).

Konservatif tedavi üriner inkontinans sorunu olan her hasta için uygulanmaz. Örneğin; ileri derecede anatomik bozukluk ile birlikte olan ve kesin cerrahi endikasyonu konan vakalarda uygun bir tedavi yöntemi değildir (24). Cerrahi tedaviyi gerektirmeyecek düzeyde sorun yaşayan, cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalarda, gebelik ve doğum sonu ortaya çıkan durumlarda uygulanmaktadır. Konservatif tedavinin başarısında hastanın motivasyonu son derece önemlidir (31). Yapılan farklı çalışmalarda stres inkontinanslı hastaların %50- 70 oranında konservatif tedavi yöntemleri ile düzeldikleri bildirilmiştir (24).

Hemşireler, sorunu oluşmadan önlemede etkisi büyük olan konservatif tedavi yöntemlerinde etkilidirler (22, 31). Son yıllarda hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen hastaları tanılamada, kontinansın sürdürülmesinde ve uygun inkontinans bakımı sağlamada sağlık ve sosyal bakım elemanlarıyla birlikte çalışarak vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir. Bu alanda hemşireler bakımı kolaylaştırıcı, danışman, eğitici ve araştırmacı rolleriyle ön plana çıkmaktadırlar. Yurt dışında birçok kontinans danışmanı %93 oranında hemşirelerden oluşmaktadır (28, 29). Ülkemizde ürojinekolojik konuların son yıllarda ele alınmaya başlaması nedeni ile yeni çalışmalara ve cerrahi tedavi kadar etkili olabilen konservatif tedavi yöntemlerini uygulayabilecek nitelikte hemşirelere gereksinim duyulmaktadır (22, 31).

Konservatif tedavi yöntemleri şunlardır ;

a-) Pelvik Taban Egzersizleri (PTE)

İlk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından uygulandığı için Kegel egzersizleri olarak adlandırılan pelvik taban egzersizleri pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi yolu ile üretral sfinkter kontrolünü düzenlemek amacıyla tasarlanmıştır (31, 32). Pelvik taban kas egzersizleri, kadınların tüm yaşamları boyunca özellikle gebelik, doğum ve menopozda yapmaları gereken önemli egzersizlerdir. Ayrıca stres, urge ve her ikisinin bir arada olduğu miks tip inkontinanstaki önerilmektedir (77). Egzersizin avantajı, riski ve maliyeti olmaması, hastane dışı ortamlarda da uygulanabilmesidir (24).

Son yıllarda yapılan araştırmalar, pelvik taban egzersizleri kullanımının üriner inkontinanstaki %50 - %80 arasında iyileşme sağladığını göstermektedir (31).

Bu egzersizler günde 6 kere her biri 15 saniyeden 15 tekrar halinde yapılan pelvik taban kaslarının güçlenmesinin amaçlandığı egzersizlerdir. Pelvik taban egzersizleri hafif ve

orta stres inkontinansda 2 – 3 hafta içinde belirgin düzelme yapabilmektedir. En iyi sonuçlar için egzersize en az 6 – 8 hafta devam edilmelidir bu sürenin sonunda şikayetler azalmakta ve 6 ayda da düzelme olmaktadır (24, 87, 103). İnkontinans sorunu ortadan kalktıktan sonra da uygulamaya devam edilmelidir (69, 104). Yaşlılarda kas tonüsü azaldığı için egzersiz uygulama süresi daha uzundur. İnkontinans sorunu ortadan kalktıktan sonra da ömür boyu bu egzersizlere devam edilmelidir (24). Sağlık ekibinin üyesi olan hemşire, antenatal dönemden başlayarak ileri yaşlara kadar kadınlara pelvik kaslarını güçlendirici egzersizleri öğretmeli ve uygulatmalıdır (103).

b-) Tuvalete gitme programı oluşturma

Bu yöntemde hemşire hastanın 2 – 4 saatte bir tuvalete gitmesini önerir, böylece hastanın düzenli bir miksiyon programının oluşması sağlanır. Bu yöntemde amaç hastayı kuru tutmaktır. Bu eğitim stres, sıkışma, miks ve fonksiyonel tip inkontinansların tedavisinde kullanılmaktadır. Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı ve Alzheimer'lı hastalara da önerilir (30, 31, 69, 77, 85).

c-) Mesane eğitimi

Bu yöntem 6 hafta süre ile kadınlara giderek artan zaman aralıkları ile sadece belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği bir davranışsal tedavi yöntemidir. Aşırı aktif mesane, urge inkontinans ve miks inkontinans tedavisinde etkilidir. Tedavinin amacı, idrar yapma isteğini bastırarak sık idrar yapmayı azaltmak ve idrar yapma sıklığını 3 – 4 saate çıkararak mesane kapasitesini artırmaktır (30, 31, 35, 87). Bu programın gece de uygulanması, mesanenin yeni durumuna adaptasyonunu sağlamak açısından gereklidir. Bu yöntemle %26'ya varan başarı sonuçları bildirilmektedir (105). Hemşire, mesane eğitiminde hastalarını ön görülen programı mümkün olduğu kadar uygulamaya cesaretlendirmelidir (31).

d-) Diet ile ilgili değişiklikler

Birçok besin maddesi inkontinansda özellikle de urge inkontinansda mesane irritasyonunun başlaması veya artmasında önemli bir rol oynar. Sigara kullanımının azaltılması veya bırakılması, fazla kiloların verilmesi sorunun azaltılmasında etkili olmaktadır.

İnkontinansın tedavisinde sıvı kısıtlaması yapılmamalıdır. Çünkü az sıvı alımında yoğun idrar mesaneyi daha çok irrite eder ve ayrıca konstüpsiyon olasılığını da artırmaktadır. Konstüpsiyon üriner inkontinansda etkili bir rol oynadığı için önlemede yüksek lifli gıdalar, yeterli sıvı alımı ve egzersiz önerilmelidir (31, 32).

Aşağıda belirtilen gıdaların diyetten çıkarılması birkaç hafta içinde inkontinans düzeyinde belirgin düzelmeye neden olacaktır:

- Alkol : Likör, şarap, bira
- Kafein : Kahve, soda, çay, çikolata
- Asitli içecekler ve meyve suları : Portakal, greyfurt, limon, ananas
- Domates : Domates suyu, ketçap, pizza
- Baharatlı yiyecekler
- Süt Ürünleri : Süt, peynir, yoğurt, dondurma
- Şeker : Bal (31, 62)

e-) Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES)

Vagina yada rektuma bir elektrot yerleştirilerek elektrik akımıyla pelvik taban kaslarının uyarılarak güçlenmesini sağlayan bir yöntemdir (77). Stres üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, urge inkontinans ve mikst inkontinansda kullanılmaktadır (35).

Üriner inkontinansın tipine ve nedenine göre dozu ve süresi ayarlanmaktadır. Perineal, anal veya vajinal olarak uygulayıcı araçlar kullanılarak üretral sfinkter fonksiyonunun artması ve mesane kontraktilesinin azalması sağlanmaktadır (32). 15-30 dakika süreler şeklinde günde 2 kez uygulanan FES tedavisi sonucunda 6-8 hafta içinde yanıt görülmektedir (24, 35).

FES ile ilgili yapılan çalışmalarda subjektif başarı oranları % 35- 70 arasında değişmektedir (31). Kızılkaya ve Yalçın'ın yaptıkları çalışmada elektriksel stimülasyon ve kegel egzersizlerinin pelvik kas gücü üzerindeki etkisini araştırmışlar, 6 seans FES uygulanan hastaların pelvik kas gücünde anlamlı bir artış sağladığını bulmuşlardır (71).

f-) Biofeedback

Biofeedback aletinin yardımı ile hastaya pelvik taban kaslarının belirlenebilmesi ve seçici olarak kullanabilmesi öğretilir. Diğer kaslar kullanılmadan yalnızca pelvik taban kaslarını kasarak bu kasların güçlendirilmesi sağlanmaktadır (31, 71, 77). Haftada 3 kez 25-35 dakika süreyle uygulandığında 10-20 seans sonunda olumlu sonuçlar elde edilmektedir (32). Stres, urge ve mikst inkontinansda kullanılan bir yöntemdir. Genellikle elektriksel stimülasyon ile beraber kullanılarak kasların kuvveti değerlendirilmektedir (77, 87).

g-) Vajinal konlar

1985'te Plewnick tarafından pelvik taban kaslarını güçlendirme ve değerlendirmede bir araç olarak tanımlanmıştır (31, 106). Tedavinin temeli, istemli ya da istemsiz pelvik taban kontraksiyonlarıyla bir biofeedback duygusu oluşturulması esasına dayanmaktadır (31). Vajinal kon uygulaması stres ve urge inkontinansda kullanılmaktadır (32).

Hastanın durumu tam olarak değerlendirildikten sonra ağırlığı doktor tarafından seçilen kon (20gr.-100gr. arasında), tampon gibi vajen içerisine yerleştirilmektedir (77). Konun düşmemesi için kişi pelvik taban kaslarını kasmalıdır böylece biofeedback mekanizması ile pelvik kasların güçlenmesi sağlanmaktadır. Hasta rutin aktivitelerde bulunurken bu işlemin günde 2 defa 10-15 dakika süre ile uygulanması zorunludur. Uygulamaya vajina da taşınabilen en hafif kondan başlayarak ağırlık zamanla arttırılmakta ve böylece kas gücü de giderek artmaktadır (31, 106).

Vajinal kon ile 4 haftalık bir tedaviden sonra %70 subjektif ve objektif düzelme elde edilmiştir. İleri derecede pelvik organ prolapsusu varlığında kullanılmaları zordur, postpartum dönemde oldukça faydalı olduğu bildirilmektedir (32).

Tedavi periyodunu takiben kadınların sadece %37'si cerrahi tedaviyi seçmiştir. Konlar, eğitici tarafından daha az denetim gerektirdiği ve evde rahatlıkla uygulanabildiği için üriner inkontinansın tedavisinde bir alternatif olarak önerilmektedirler (31).

h-) Mekanik cihazlar

Üretra tıkaçları, kapakları (cap), ve patchları (yama) mekanik araçlardan bazılarıdır. Üretra tıkaçları tek kullanımlık üretra içi cihazlardır. Mesane boynu ile dış üretra sfinkteri arasına yerleştirilirler. Yerleştirme işlemi hasta tarafından yapılır ve idrara çıkmadan hemen önce çıkartılır. İdrara çıkış sonrasında tıkaçın değiştirilmesi gerektiğinden maliyeti yüksektir. Kapaklar ve patchler emme ve yapışkan kullanarak idrar kaçırmayı üretra çıkışında bloke eden tıkaçıcı cihazlardır. Fiziksel olarak rahatsızlık, tahriş ve hematüri riski vardır (35).

Peser gibi mekanik araçlar pelvik relaksasyon semptomlarını hafifletmek ve üriner inkontinans sorunu olan, diğer tedavilere cevap vermeyen ya da cerrahi yöntemin uygulanamayacağı hastalıkları tedavi etmek amacıyla uygulanan bir yöntemdir (31, 87). Peserin bir ucu posterior vaginal fornikte diğeri ön vaginal duvarda olacak şekilde yerleştirilmektedir. Bu pozisyonda peser serviksi pelvis içinde yukarı ve arkaya doğru iyi muhafaza etmelidir (9).

Peser güvenli, maliyeti uygun, minimal girişimsel bir yöntemdir ancak sürekli bakım gerektirmesi, vajinal akıntı ve koku riski, vajinal enfeksiyon riski, vajinal irritasyon, bölgede ülserleşme ve kanama riski taşımaktadır (35).

II.10. 2.Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinansın altında yatan temel sorun saptandıktan sonra konservatif tedavi sonrasında veya beraberinde ilaçla tedavi yoluna gidilebilir. Üriner enfeksiyon durumlarında antibiyotik kullanılır. Detrusor instabilitesi birçok durumda antikolinergik etkili ilaçlar (propantelin promid, oxybutinin klorid, dicyclomin hidroklorit, flavoksat hidroklorit, terodilin) veya benzeri etkiye sahip bileşiklerle (imipramin hidroklorit) etkili bir biçimde tedavi edilebilir. Bu sınıftaki ilaçların büyük bir çoğunluğunun ağız kuruluğu, bulanık görme, ılımlı taşikardi, konstüpsiyon, uyku hali gibi yan etkileri bulunabilmektedir (25).

Oksibutin, engellenemeyen mesane kontraksiyonlarını baskılayarak idrar depolamayı düzenlemek amacıyla urge inkontinans ve sık idrara gitme sorunu olan kişiler tarafından kullanılır. İmipramin idrar depolamayı düzenleyen bir ilaçtır. Mesane kontraksiyonlarını engelleyerek üretrada kas tonüsünü artırmaktadır. Hormon Replasman Tedavisi (HRT) östrojen hormon eksikliğine bağlı olarak gelişen vajinal atrofiyi, üretriti ve atrofik vajiniti önleyerek üriner kontrolün gelişmesini sağlamaktadır (15, 31, 81, 86).

Kolinergik agonistler (Betanekol), mesane kontraksiyonlarını stimüle ederek, Alfa adrenergik agonistler (Prazosin – doksazosin – terazosin) üretra ve prostat kapsülündeki düz kasları gevşeterek etki etmektedirler. Diazepam, overflow inkontinansda sfinkter kasını gevşetmek amacıyla kullanılmaktadır. Ayrıca strese ve kas spazmına bağlı olarak gelişen kısmi idrar retansiyonunda dış sfinkter kasını ve pelvik kasını gevşetmede de kullanılmaktadırlar (31, 81, 89).

II.10. 3.Cerrahi Tedavi Yöntemleri :

Üriner inkontinans tedavisinde son olarak denenen yöntem cerrahi operasyondur. Cerrahi tedaviyi düşünmeden önce inkontinans nedeninin belirlenmiş olması şarttır. İnkontinansın primer nedeni bilinmeden hastaya cerrahi girişim uygulandığında operasyon tamamen faydasız olabilmektedir (26).

İnkontinans tedavisinde kullanılan birçok farklı cerrahi işlem vardır.

- Mesane boynu süspansiyon yada sling (askı) operasyonları
- Periüretral enjeksiyonlar (Üretra etrafında kollojen bir madde enjeksiyonu)
- Pelvik prolapsusun düzeltilmesi
- Artifişiyel sfinkter (yapay üriner sfinkter) yerleştirilmesidir (30, 32, 35, 73, 81, 86, 92).

Üriner inkontinans tedavisinde uygulanan cerrahi girişimler sonucunda hastada kanama, retropubik hematoma, enfeksiyon, idrar retansiyonu, postoperatif işeme disfonksiyonu, mesane veya üreter yaralanması, pelvik organ prolapsu, osteitis pubis ve osteomyelitis gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (107). Hemşireler, postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastalarını takip etmelidirler.

II.10.3.1. Cerrahi tedavide hemşirelik bakımı

Cerrahi tedavide hemşirelik bakımı pre-operatif ve post-operatif olmak üzere iki dönemde incelenmektedir.

Preoperatif hemşirelik bakımı:

- Barsakların çok iyi temizlenmesi,
- İdrar kültürünün yapılmış olması,
- Hastaya idrar sondası takılı olarak ameliyattan geleceğinin açıklanması,
- Hastanın anksiyete ve korkularını anlatması için cesaretlendirilmesi,
- Perine kaslarının güçlendirilmesi için ameliyat sonrası yapılacak kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve uygulatılmasıdır.

Postoperatif hemşirelik bakımı:

- Enfeksiyonu önlemek için uygun şekilde ve belli aralıklarla perine bakımı uygulanması,
- Üriner kateter çıkarılmadan önce mesane jimnastiğı yaptırılması,
- Operasyon sonrası hastaya sıvı ve yumuşak gıdalar verilmesi,
- Ameliyat öncesi öğretilen kegel egzersizlerinin taburcu olacak hastaya uygulattırılması (yürürken, otururken, yemek pişirirken aklına geldiğı zaman günde 20- 30 defa perine kaslarını sıkıp gevşetmesi),

- Taburcu olan hastaya, perine bakımı ve beslenmesi ile ilgili eğitim verilmesi, ameliyat sonu jinekolojik muayene için randevu verilerek hastanın evine gönderilmesi postoperatif dönemdeki önemli hemşirelik girişimleridir (9, 87, 88).

Hemşire, hastanın fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimlerinin aynı derecede önemli olduğunu unutmamalı, hastası ve onun ailesi ile iletişime açık olmalı, sorunları belirleyerek uygun hemşirelik bakımı vermelidir (9, 82).

GEREÇ VE YÖNTEM:

III.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ:

Araştırmamız; Kırklareli İl Merkezi'ndeki sağlık ocaklarına (SO) kayıtlı 40 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansını ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik kesitsel özellikte bir araştırmadır.

III.2. ARAŞTIRMANIN UYGULANDIĞI YER VE ZAMAN:

Araştırma, Kırklareli İl Merkezi'ne bağlı olarak hizmet veren 5 SO'na kayıtlı 40 yaş üstü kadınlar üzerinde 15.10.2007- 18.01.2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

III.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ:

İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen bilgilere göre; 1 No'lu Merkez SO'da 40 yaş ve üzerindeki kadın sayısı 3106, 2 No'lu SO.'da 3155, 3 No'lu SO.'da 2475, 4 No'lu SO'da 1752 ve 5 No'lu SO'da 2612'dir.

Araştırmanın evrenini, Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nde kayıtları bulundurulmuş Haziran 2006 yılı Ev Halkı Tespit Formları (ETF) aracılığı ile yapılan nüfus sayımına göre; Kırklareli İl Merkezi'ndeki 5 SO'na bağlı 40 yaş ve üzeri yaş gruplarındaki toplam 13100 kadın oluşturmuştur.

Araştırmamıza alınacak 40 yaş ve üzerindeki kadın sayısı saptanırken olayın görülüş olasılığı incelenmek istendiğinde örnekleme alınacak birey sayısının saptanmasında kullanılacak formül uygulanmıştır.

Bu formüle göre ;

n (Örnekleme alınacak birey sayısı)
N (Evrendeki birey sayısı)= 13100
p (Olayın görülüş olasılığı)= 0,25
q (Olayın görülmemiş olasılığı)= 0,75
t (t tablo değeri) = 1,96
α (Yanılma payı)= 0,05
d (Sapma miktarı)= 0,04

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) d^2 + t^2 \cdot p \cdot q} = 435$$

Sonuç olarak 435 kadın üzerinde çalışma yapılacaktır. Yaş gruplarından her biri bir tabaka kabul edilerek her yaş grubundan örnekleme alınan kişi sayısı orantılı seçim yöntemiyle belirlenmiştir.

Tablo 4. Kırklareli İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına Göre Örnekleme Alınan Kadınların Dağılımı

Sağlık Ocakları	Yaş Grupları										Toplam
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 ↑	
1 No'lu S.O.	22	22	16	12	8	8	6	5	3	1	103
2 No'lu S.O.	22	20	18	12	9	9	7	5	2	1	105
3 No'lu S.O.	15	15	13	9	7	7	7	6	2	1	82
4 No'lu S.O.	11	9	8	6	6	5	6	4	2	1	58
5 No'lu S.O.	16	17	14	10	6	9	7	4	3	1	87
Toplam	86	83	69	49	36	38	33	24	12	5	435

Örnekleme grubumuzda yer alan kadınlar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi ve kadınların adres bilgilerine sağlık ocakları kayıtlarından ulaşıldı.

III.4. VERİLERİN TOPLANMASI:

III.4.1. Araştırmada Kullanılan Araçlar:

III.4.1.a. Anket formu

Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, üriner inkontinansa yatkınlığı artıran bazı risk faktörlerini, üriner inkontinanslı kadınların durumlarının farkındalıklarını, bilgi düzeylerini ve tedavi olma durumlarını belirlemek amacı ile literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından geliştirilen 27 soruluk anket formu oluşturulmuştur. Anket formumuz 30 kişi üzerinde ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmaya başlanmıştır.

Araştırmamızda üriner inkontinanslı bireyler belirlenirken bir çok çalışmada üriner inkontinansı saptamak amacı ile kullanılan “son bir yıl içerisinde hiç idrar kaçırma şikayeti yaşadınız mı?” sorusu yöneltilerek evet cevabı veren kadınlar üriner inkontinanslı olarak değerlendirilmiş ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği bu kadınlara uygulanmıştır.

Araştırmada kullanılan formlar araştırmacı tarafından ev ziyaretleri şeklinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

III.4.1.b. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

(Incontinence Quality of Life – I-QOL)

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

Ölçek, İngilizceden Türkçe’ye çevirisi yapılarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra Türkiye’de ilk olarak Nebahat Öztaç Özerdoğan tarafından kullanılmıştır. Araştırmamızda kendisinden izin alınarak I-QOL formu uygulamaya konulmuştur.

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

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

Alt Alan Ölçekleri

- Davranışların sınırlanması
- Psikososyal etkilenme
- Sosyal izolasyon

I-QOL Maddeleri

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

İnkontinans Yaşam Kalitesi Anketi her biri 5'li Likert tipi cevap içeren 22 maddeden oluşan inkontinan hastalarda yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon) ve toplam skor değerleri kullanılır.

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

I-QOL toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100 lük skalaya uyarlandı.

$$\text{IQOL toplam skor} = \frac{X_i}{110} * 100$$

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

- **Davranışların sınırlandırılması alt skala skoru (n=8 soru):** Bu boyutta yer alan 8 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

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

- **Psikososyal etkilenme alt skala skoru (n=9 madde):** Bu boyutta yer alan 9 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı

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

- **Sosyal izolasyon alt skala skoru (n= 5 madde):** Bu boyutta yer alan 5 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

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

III.4.1.c. Veri toplama araçlarının geçerlilik ve güvenilirliği

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

Tablo 5. I-QOL İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Güvenirlik (Cronbach- α) Katsayıları

	Cronbach alfa (α) katsayısı
IQOL ölçeğın totali	.92
Davranışların sınırlandırılması alt ölçeği	.79
Sosyal izolasyon alt ölçeği	.80
Psikososyal etkilenme alt ölçeği	.87

İnkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeğine ve alt skalalarına güvenirlik (Reliability) analizi uygulanarak elde edilen güvenirlik (Cronbach- α) katsayıları Tablo 5'deki gibi bulundu. Buna göre IQOL ölçeğinin geneline ilişkin güvenirlik katsayısı Cronbach α = 0.92 olarak bulundu, alt boyutların güvenirlik katsayıları ise sırası ile 0.79, 0.80 ve 0.87 bulundu. Bu verilerden yola çıkarak IQOL semptomu ait hayat kalitesi ölçeğinin inkontinan hastalarda güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

Tablo 6. I-QOL Ölçeğinin Bazı Avrupa Ülkelerindeki Cronbach's Alpha Değerleri

Cronbach's Alpha (α)	Fransa	İspanya	İsveç	Almanya
Yaşam kalitesi ölçeğinin geneli	.95	.92	.94	.95
Davranışların sınırlandırılması	.90	.78	.84	.85
Psikososyal etkilenme	.91	.90	.92	.93
Sosyal izolasyon	.86	.79	.86	.86

Tablo 6'da I-QOL anketinin ülkemizde hesaplanan değerlerle aynı güvenilirliği değişik Avrupa ülkelerinde de göstermekte olduğu görülmektedir (50).

III.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sonuçlar ortalama \pm Standart Sapma ya da sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi. İki kategoriden oluşun değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorlarının karşılaştırılmasında skorlar normal dağılım gösterdiği için Bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Kategori sayısı >2 olan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorları açısından karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi kullanıldı. I-QOL inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeklerine güvenirlik (Reliability) analizi

uygulanarak güvenirlik (Cronbach- α) katsayıları hesaplandı. Ölçekten elde edilen toplam skor ve alt skala skorları ile klinik-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubumuzdaki kadınlara son bir yıl içerisindeki idrar kaçırma şikayetleri olup olmadığı sorularak üriner inkontinans prevalansı belirlenmiştir. Buna göre üriner inkontinanslı kadın oranı %48,3 (210/435) olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların tamamının sosyo-demografik özelliklerine ve üriner inkontinans şikayetlerinin olup olmamasına göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş dağılımları incelendiğinde, 60 yaş altı kadınların, çalışma grubunun çoğunluğunu oluşturdukları görülmektedir (40-49 yaş % 38,9, 50-59 yaş %27,2). Araştırma grubumuzdaki kadınların beden kitle indekslerine bakıldığında Türk toplumunun genel özelliğini yansıtacak şekilde kilolu ve obez grubun çoğunlukta %74,2 (271/ 435) olduğu gözlenmektedir.

Kadınların doğurganlık ile ilgili özellikleri incelendiğinde, yaptığımız sınıflandırmaya göre; daha çok 1 veya 2 çocuğa sahip olanların oranının yüksek olduğu %39,1 (170/ 435) ve doğum yapanların büyük bölümünün ise doğumlarını normal vajinal doğum şeklinde gerçekleştirdikleri görülmektedir; %90,4 (375/435). Sezeryanla doğum yapanlar ise popülasyonun %9,6’sını oluşturmaktadır.

İncelediğimiz grupta menopozal süreçte olan kadın sayısının daha fazla olduğu (%72) ve bu kadınların büyük bir bölümünün menopozal süreçte HRT almadıkları belirlenmiştir (%74,8).

Demografik özelliklerden eğitim faktörü irdelendiğinde, incelenen örneklem grubundaki kadınların büyük oranda ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları (%60,7), çalışan

kadın oranının düşük olduğu (%14,5), gruptaki kadınların büyük ölçüde ev hanımlarından oluştuğu görülmektedir (%85,5).

Araştırmaya katılan kadınların ekonomik durumları belirlenirken sözel ifadeleri dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda inceleme yapıldığında kadınların genellikle ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu (%71,2), bununla beraber büyük bir bölümünün ise sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (%93,8).

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Tüm Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ve Üriner İnkontinans Varlığına Göre Dağılımı

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Üriner inkontinans	n=435 (%)
Var	210/435 (48,3)
Yok	225/435 (51,7)
Yaş Grupları	
40-49 Yaş	169/435 (%38,9)
50-59 Yaş	118/435 (%27,2)
60-69 Yaş	74/435 (%17)
70 Yaş ve üstü	74 /435 (%17)
BKİ	
Zayıf $\leq 18,5$	2/365 (%0,6)
Normal 18,5-24,9	92/365 (%25,2)
Kilolu ve Obez ≥ 25	271/365 (%74,2)
Parite	
Nullipara	20/435 (%4,6)
≤ 2	170/435 (%39,1)
3	118/435 (%27,1)
≥ 4	127/435 (%29,1)
Doğum Şekli	
Normal Doğum	375/415 (%90,4)
Sezeryan	40/415 (%9,6)
Menopozal Süreç	
Menopozda	313/435 (%72)
Menopozda değil	122/435 (%28)
HRT Kullanımı	
Kullanan	79/313 (%25,2)
Kullanmayan	234/313 (%74,8)
Eğitim Durumu	
Okur-yazar değil	69/435 (%15,9)
Okur-yazar	42/435 (%9,7)
İlköğretim mezunu	264/435 (%60,7)
Ortaöğretim mezunu	40/435 (%9,2)
Yükseköğretim mezunu	20/435 (%4,6)
Meslek	
Ev hanımı	372/435 (%85,5)
Memur	17/435 (%3,9)
İşçi	9/435 (%2,1)
Emekli	26/435 (%6,0)
Diğer	11/435 (%2,5)
Sosyal Güvence	
Var	408/435 (%93,8)
Yok	27/435 (%6,2)
Ekonomik Durum*	
İyi	62/435 (%14,3)
Orta	310/435 (%71,2)
Kötü	63/435 (%14,5)

* Ekonomik durum kadınların ifadeleri doğrultusunda belirlenmiştir.

Tablo 8. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Ve Kontinan Kadınların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Üriner İnkontinan Kadınlar n=210 (%)	Üriner Kontinan Kadınlar n=225 (%)	P*
40-49Yaş	75/210 (%35,7)	94/225 (%41,8)	<i>0.063</i>
50-59 Yaş	53/210 (%25,2)	65/225 (%28,9)	
60-69 Yaş	36/210 (%17,1)	38/225 (%16,9)	
70 Yaş ve üstü	46/210 (%21,9)	28/225 (%12,4)	
BKİ	n=170 (%)	n=195 (%)	
Zayıf ≤18,5	1/170 (%0,6)	1/195 (%0,5)	<i>0.320</i>
Normal 18,5-24,9	37/170 (%21,8)	55/195 (%28,2)	
Kilolu ve Obez ≥25	132/170 (%77,6)	139/195 (%71,3)	
Parite	n=210 (%)	n=225 (%)	
Nullipara	4/210 (%1,9)	16/225 (%7,1)	<i>0.016</i>
≤ 2	78/210 (%37,1)	92/225 (%40,9)	
3	53/210 (%25,2)	65/225 (%28,9)	
≥4	75/210 (%35,7)	52/225 (%23,1)	
Doğum Şekli	n=206 (%)	n=209 (%)	
Normal Doğum	191/206 (%92,7)	184/209 (%88)	<i>0.106</i>
Sezeryan	15/206 (%7,3)	25/209 (%12)	
Eğitim Durumu	n=210 (%)	n=225 (%)	
Okur-yazar değil	41/210 (%19,5)	28/225 (%12,4)	<i>0.305</i>
Okur-yazar	21/210 (%10)	21/225 (%9,3)	
İlköğretim mezunu	124/210 (%59,0)	140/225 (%62,2)	
Ortaöğretim	17/210 (%8,1)	23/225 (%10,2)	
Yükseköğretim	7/210 (%3,3)	13/225 (%5,7)	
Meslek	n=210 (%)	n=225 (%)	
Ev hanımı	183/210 (%87,1)	189/225 (%84)	<i>0.760</i>
Memur	6/210 (%2,8)	11/225 (%4,9)	
İşçi	5/210 (%2,4)	4/225 (%1,8)	
Emekli	11/210 (%5,2)	15/225 (%6,6)	
Diğer	5/210 (%2,4)	6 /225 (%2,6)	

Sosyal Güvence	n=210 (%)	n=225 (%)	
Var	197/210 (%93,8)	211/225 (%93,8)	<i>> 0.05</i>
Yok	13/210 (% 6,2)	14/225 (% 6,2)	
Ekonomik Durum	n=210 (%)	n=225 (%)	
İyi	20/210 (% 9,5)	42/225 (%18,6)	0.010
Orta	150/210 (%71,4)	160/225 (%71,1)	
Kötü	40/210 (%19)	23/225 (%10,2)	

* **Ki-kare test**

Tablo 8’de üriner inkontinansı olan kadınların demografik özellikleri incelenerek kontinan kadınlarla karşılaştırılması yapılmıştır. Genel olarak üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, 60 yaş altı kadınlar arasında kontinan kadın sayısının fazla olduğu, 60 yaş üstü kadınlarda ise inkontinan kadın sayısının yüksek olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p= 0.063$).

Kadınların beden kitle indeksleri hesaplanırken kullanılan formül;
 $BKİ= \text{kg}/(\text{boy})^2$ şeklinde hesaplanmıştır. Çalışmaya alınan kadınlardan boy ve kilosunu tam olarak bilenlerin BKİ ölçümleri değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmada üriner inkontinanslı kadınların çoğunluğunun beden kitle indekslerinin kilolu ve obez kategorisinde olan bayanlardan oluştuğu %77,6 (132/170) saptanmıştır. Ancak, üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar beden kitle indeksi açısından karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir (%77,6 vs %71,3, $p= 0.320$).

Üriner inkontinanslı kadınlar doğum sayısı (parite) açısından incelendiğinde, kadınların çoğunlukla 1 yada 2 çocuk sahibi oldukları %37,1 (78/210) ve üriner inkontinanslı kadınlar arasında nulliparite oranının çok düşük olduğu saptanmıştır %1,9 (4/210). Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar parite yönünden karşılaştırıldığında, üriner inkontinanslı kadınların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontinan kadınlardan daha fazla sayıda doğum yapmış oldukları (4 ve üzerindeki doğum) görülmektedir (Tablo 8) (%35,7 vs %23,1, $p=0.016$).

Kontinan ve inkontinan kadınların doğum şekillerini kıyasladığımızda inkontinan kadınlarda normal doğum oranının oldukça fazla olduğu %92,7 (191/206) görülmekle birlikte üriner kontinan kadınlardaki sezeryan doğum oranının inkontinan kadınlardan daha fazla olduğu fakat doğum şekli yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı gözlenmektedir (%12 vs %7,3 $p= 0.106$).

İnkontinan kadınların çoğunlukla, ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları (%59,0) ve ev hanımı oldukları (%87,1) belirlenmiştir. Eğitim yönünden inkontinan ve kontinan kadınlar arasında bir karşılaştırma yapıldığında okur-yazar olmayan ve okul eğitimi almayı sadece okuma yazma bilen kişilerde üriner inkontinans şikayetinin daha fazla olduğu, daha fazla eğitim almış kadınlarda ise kontinan kadın sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8) fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p= 0.305$).

Üriner inkontinansı olan kadınların %93,8' inin sosyal güvencelerinin olduğu ve ekonomik durumlarının çoğunlukla orta düzeyde olduğu gözlenmektedir (%71,4). Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar ekonomik yönden karşılaştırıldığında kontinan kadınların maddi durumlarının daha iyi olduğu, inkontinanslı kadınların ise kontinan kadınlara göre büyük bölümünün maddi durumu kötü olan kadınlardan oluştuğu dikkat çekiciydi (Tablo 8). Gruplar arasındaki bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($p= 0.010$).

Tablo 9. Üriner İnkontinans Riskini Artırabilecek Faktörlerin Mevcudiyetinin İnkontinan Ve Kontinan Kadınlar Arasında Karşılaştırılması

	Üriner İnkontinan Kadınlar n=210 (%)	Üriner Kontinan Kadınlar n=225 (%)	P
Yaş ^a	57,39±12,69	54,05±11,23	0.004 †
BKİ ^a	28,26±3,86	27,48±4,47	0.048 †
Parite ^a	3,85±1,06	3,52±1,14	0.002 ‡
Kişi başına vajinal doğum sayısı ^a	1,07±0,26	1.12±0.32	0.106 ‡
Menopozdaki hasta sayısı	159/210 (%75,7)	154/225 (%68,4)	0.109 *
HRT Kullanımı	55/210 (%26,2)	24/225 (%10,7)	<0.001 *
Ağır kaldırma alışkanlığı	127/210 (%60,5)	123/225 (%54,7)	0.221 *
Kronik kabızlık mevcudiyeti	112/210 (%53,3)	104/225 (%46,2)	0.138 *
Sigara kullanımı	48/210 (%22,9)	53/225 (%23,6)	0.863 *
Mesane iritasyonlarının kullanımı	96/210 (%45,7)	93/225 (%41,3)	0.410 *
1.derece akrabalarda Üİ varlığı	89/210 (%42,8)	48/225 (%22,0)	<0.001 *

^a ortalama ±standart sapma

† Bağımsız gruplarda t testi

‡ Mann Whitney U testi

* Ki-kare test

Tablo 9’da Üriner inkontinans riskini artırabilecek faktörlerin mevcudiyetinin inkontinan ve kontinan kadınlar arasında karşılaştırılması yapılmıştır. Üriner inkontinanslı hastaların yaş ortalamalarının kontinan kadınlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ($57,39 \pm 12,69$ vs $54,05 \pm 11,23$, $p=0.04$). Yine üriner inkontinanslı olan kadınların beden kitle indeksi ortalamalarının, kontinan kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür ($28,26 \pm 3,86$ vs $27,48 \pm 4,47$; $p=0.048$).

Gruplar arasında kişi başına düşen vajinal doğum sayısı yönünden anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 9), parite yönünden inkontinan hastaların daha paröz bir özelliğe sahip oldukları görülmektedir ($3,85 \pm 1,06$, vs $3,52 \pm 1,14$; $p=0.002$)

Gerek anatomik üriner inkontinans oluşturabilecek risk faktörleri yönünden gerekse aşırı aktif mesaneye bağlı olarak inkontinansa yol açacak mesane iritanları yönünden kontinan ve inkontinan kadınlar karşılaştırılmıştır. Kişi başına vajinal doğum sayısı, ağır cisim kaldırma alışkanlığı, kronik kabızlık, sigara ve mesane iritanları gibi risk faktörleri yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 9).

40 yaş üstü alınan örneklem grubunda kontinan ve inkontinan hastaların çoğunun menopozda olduğu görülmektedir (İnkontinanslı grubun %75,7’si, kontinan grubun %68,4’ü). Gruplar incelendiğinde her iki grupta da menopozda olan hasta sayısının oranı benzer olmakla birlikte üriner inkontinanslı kadınlarda HRT kullanım oranı kontinan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (%26,2 vs %10,7; $p<0.001$).

İnkontinan kadınların 1. derece akrabalarında %42,8 oranında üriner inkontinans mevcudiyeti bulunmuş olup, üriner kontinan kadınların yakınlarında bu oran %22 olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında üriner inkontinan kadınların akrabalarındaki üriner inkontinans görülme düzeyi kontinan kadınlara oranla, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 10. Üriner İnkontinanslı Kadınların Durumlarının Farkında Olma, Durumları İle Yaşama Ve Tedavi İle İlgili Durumlarının Dağılımı.

İnkontinansı Yaşama Süresi	
1 yıl ve altı	78/210 (%37,1)
2-7 yıl	111/210 (%52,8)
7 yıl ve üstü	19/210 (%9,0)
Üriner İnkontinans ile İlgili Bilgi Alanlar	73/210 (%34,7)
Üriner İnkontinansa Neden Olan Faktörleri Bilenler	62/210 (%29,5)
Bilgi Almak İçin Nereye Başvuracaklarını Bilenler	79/210 (%37,6)
Bilgi Alma Kaynakları	
Doktor	32/210 (%15,2)
Hemşire ve Ebe	24/210 (%11,4)
Arkadaş	11/210 (%5,23)
Medya	17/210 (%8,09)
Üriner İnkontinansı Önleyebileceğini Bilen Kadınlar	126/210 (% 60)
Önlem İçin Düzenli Kegel Egzersizi Yapanlar	24/210 (%11,4)
Üriner İnkontinans Nedeniyle Tedavi Olanlar	51/210 (%24,2)
Tedavi İçin Başvurmama Nedenleri	
Yaşla birlikte normal olduğunu düşünüyorum	59/158 (%37,3)
Muayene olmak için vakit bulamadım	9/158 (%5,6)
İdrar kaçırma sorunun beni rahatsız etmiyor	39/158 (%24,6)
Muayene olmaktan çekiniyorum	18/158 (%11,3)
Diğer	33/158 (%20,8)

Tablo 10’da Üriner inkontinanslı kadınların durumlarının farkında olma, üriner inkontinansı yaşama ve tedavi olma durumlarının dağılımı görülmektedir. Üriner inkontinanslı kadınların çoğunlukla 2-7 yıl süre ile bu sorunu yaşadıkları (%52,8), sadece %34,7’sinin üriner inkontinans konusunda bilgi aldıkları, bunların daha çok sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları (%26,6), kadınların %29,5’inin üriner inkontinansa neden olan faktörleri ve %37,6’sının da bilgi almak için nereye başvurmaları gerektiğini bildikleri belirlenmiştir. Üriner inkontinanslı kadınların % 60’ı (126/210) inkontinans probleminin

önlenebileceğini bilmekle beraber bu nedenle tedavi olan kadınların oranı %24,2'dir (51/210). Önlem olarak pelvik taban kaslarını çalıştırmaya yönelik egzersiz yapanların oranı %11,4'ü geçmemektedir. Tedavi olmayan kadınların tedavi için başvurmama nedenlerinin daha çok bu durumun yaşla birlikte normal bir sorun olarak düşündüklerinden kaynaklandığı görülmüştür (%37,3).

Tablo 11. Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin I-QOL Anketi İle Analizi

	n	\bar{X}	SS	min	Max
Total I-QOL Anket Skoru	207	76,8	±15,5	25	99
Davranışların Sınırlandırılması Alt Skala Skoru	207	70,4	± 16,7	22	97
Psikososyal Etkilenme Alt Skala Skoru	207	84,4	±16,1	28	100
Sosyal İzolasyon Alt Skala Skoru	207	73,3	±19,8	16	100

Tablo 11, üriner inkontinanslı hastalarda yapılan I-QOL anketi ve alt skalalarının aldığı skorları göstermektedir. Genel olarak total skor ortalaması 207 anket uygulanan kadında 76,8 olarak bulunmuştur. Alt skalaların ortalaması ise en fazla etkilenenden en etkilenmeyen alana göre sırasıyla Davranışların Sınırlandırılması alt skalası için 70,3, Sosyal İzolasyon alt skalası için 73,3 ve Psikososyal Etkilenme alt skalası için 84,4 olarak belirlenmiştir.

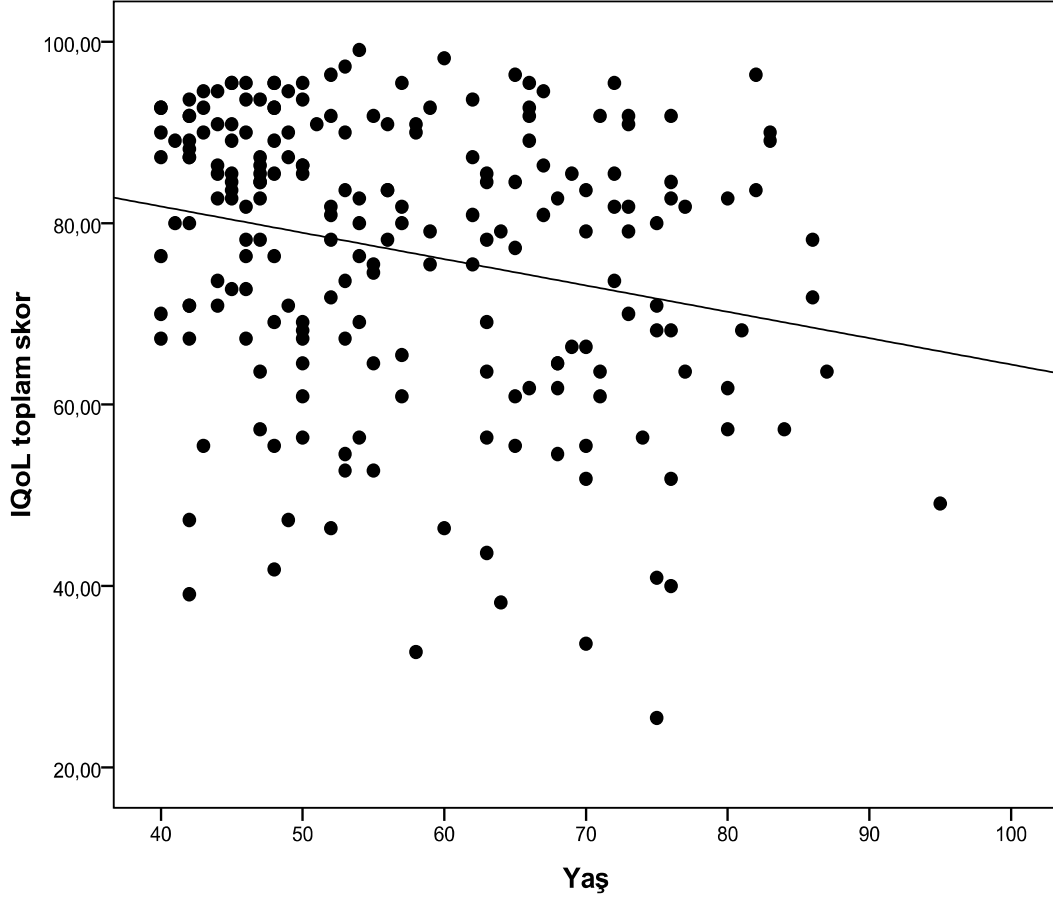
Tablo 12. IQOL Yaşam Kalitesi Ölçütlerinin Hastaların Yaş, Parite, BKİ ve Üriner İnkontinans Yaşama Süresi İle İlişkisi.

	N	IQOL-Total Skor*	IQOL-DS Skor*	IQOL-PE Skor*	IQOL-SI Skor*
Yaş	207	r =-,241	r =-,214	r =-,222	r =-,197
		p <0,001	p =0,002	p =0,001	p =0,004
Parite	207	r =-,194	r =-,179	r =-,202	r =-,131
		p =0,005	p =0,010	p =0,004	p =0,060
BKİ	170	r =-,192	r =-,239	r =-,120	r =-,156
		p =0,013	p =0,002	p =0,123	p =0,044
Üİ Süresi	206	r =-,99	r =-,115	r =-,051	r =-,112
		p=0,15	p =0,10	p =0,47	p =0,110

DS: Davranışların Sınırlandırılması , Sİ: Sosyal İzolasyon , PE: Psikososyal etkilenme

***Spearman korelasyon analizi**

Tablo VI'de I-QOL yaşam kalitesi ölçütlerinin hastaların yaş, parite ve beden kitle indeksi ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Üriner inkontinanslı kadınlarda, yaş ile total skor ve alt alan ölçekleri arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulundu. Yaştaki artışla birlikte total skor, davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt skala skorları da azalmaktaydı ($p < 0.05$). Grafik 1'de üriner inkontinanslı kadınların yaş gruplarına göre I-QOL skorunun genelinden aldıkları puanların dağılımı görülmektedir. Buna göre, yaş ile I-QOL skalası arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, yaştaki artışla birlikte yaşam kalitesi puanlarının azaldığı görülmektedir.



Grafik 1. Yaş İle I-QOL Skorları Arasındaki Negatif Korelasyon

Üriner inkontinansın parite ile olan ilişkisi incelendiğinde negatif yönlü bir korelasyon olduğu belirlendi. Buna göre; parite arttıkça total skor, davranışların sınırlandırılması ve psikososyal etkilenme düzeyleri azalmaktaydı ($p < 0.05$). Aynı korelasyon hastanın paritesi ile I-QOL anketinin sosyal izolasyon alt skalası arasında mevcut değildi ($r = -0.131$ $p > 0.05$).

Üriner inkontinanslı kadınlarda, beden kitle indeksi ile hayat kalitesi ölçekleri arasında negatif yönde korelasyon saptandı. Kadınların beden kitle indekslerindeki artışla birlikte total skor, davranışların sınırlandırılması ve sosyal izolasyon skorlarının anlamlı düzeyde azaldığı görülmekteyken ($p < 0.05$) üriner inkontinanslı kadınların BKİ ile psikososyal etkilenme alt skalası skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyonun olmadığı belirlendi ($r = -0.120$ $p > 0.05$).

Tablo 13. Üriner İnkontinanslı Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ve Alt Alan Skorlarının Dağılımı

I-QOL (X±SD)	I-QOL Total Skor	I-QOL DS Skor	I-QOL PE Skor	I-QOL Sİ Skor
Yaş Gruplarına Göre Skorların Dağılımı (n=207)				
40-49 yaş	81,1±14,8	77,9±5,5	88,2±6,6	77,2±4,4
50-59 yaş	76,8±16,2	69±7,0	84,6±6,6	74,8±4,3
60-69 yaş	75±17,9	68±6,9	83,5±7,7	70,4±5,3
70 yaş ve üstü	70,9±18,9	65,7±7,3	77,7±7,8	66,6±5,6
P[#]	0.004	0.010	0.008	0.019
Pariteye Göre Skorların Dağılımı (n=207)				
Nulliparalar	80,0±14,6	78,7±13,6	83,3±17,1	76±13,4
1 doğum yapanlar	83,8±13,8	77±15,9	92,3±9,8	79,5±21,2
2 doğum yapanlar	78,7±14,7	72,9±15,3	85,7±16,2	75,2±18,3
3 doğum yapanlar	77,0±14,8	69,2±17,0	86,1±14,0	73±18,5
≥4 doğum yapanlar	73,4±16,5	67,5±17,6	80,4±17,7	70,3±21,6
P[#]	0.09	0.120	0.05	0.420
Doğum Şekline Göre Skorların Dağılımı (n=203)				
Normal Doğum	76,2±15,7	69,8±16,9	83,8±16,4	72,6±20,1
Sezeryan Doğum	84,2±10,8	77,5±13,0	91,7±10,2	81,7±14,1
P[†]	0.05	0.09	0.02	0.110
Üriner İnkontinan Olarak Yaşama Sürelerine Göre Skorların Dağılımı (n=206)				
1 yıl ve altı	79±14,2	73,3±15,4	85,4±15,5	76,7 ±17,4
2-4 yıl	76,2±15,3	69,7±16,6	84,5±15,1	71,7±20,9
5-7 yıl	74,6±17,0	66,9±19,1	83,0±18,2	72±20
7 yıl üzeri	74,8±18,4	69,0±17,9	82,3±19,7	70,7±20,3
P[#]	0.460	0.270	0.830	0.340
Tıbbi Yardım İçin Başvuru Durumlarına Göre Skorların Dağılımı (n=207)				
Başvuran	83,6±17,1	27,8±6,8	37,6±7,6	18,1±4,9
Başvurmayan	85,0±17,1	28,3±6,6	38,2±7,0	18,4±4,9
P[†]	0.590	0.610	0.550	0.750

Üriner İnkontinan Kadınların Tedavi Olma Durumlarına Göre Skorların Dağılımı (n=206)				
Tedavi olan	71,8±16,3	65,9±18	78,6±17,1	68,9±19,1
Olmayan	78,4±15	71,9±16,1	86,2±15,4	74,6±19,9
P[†]	<i>0.110</i>	<i>0.090</i>	<i>0.140</i>	<i>0.730</i>
Menopozda Olma Durumuna Göre Skorların Dağılımı (n=207)				
Menopozda Olan	75,6±15,6	68,9±17,2	83,6±15,8	72,1±19,8
Olmayan	80,3±15	75,0±14,6	86,8±16,8	76,7±19,5
P[†]	<i>0.530</i>	<i>0.060</i>	<i>0.740</i>	<i>0.510</i>
HRT Kullanma Durumlarına Göre Skorların Dağılımı (n=156)				
Kullanan	75,9±12,3	66,6±14,8	85,9±12,3	72,8±17,6
Kullanmayan	75,5±17,1	70,2±18,2	82,3±17,3	71,8±20,9
P[†]	<i><0.001</i>	<i>0.08</i>	<i>0.030</i>	<i>0.140</i>

† Bağımsız gruplarda t testi

Varyans analizi

Tablo 13’de Üriner inkontinanslı kadınların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki farklılık değerlendirilmiştir. Buna göre, üriner inkontinanslı kadınlarda yaştaki artış ile birlikte yaşam kalitesi ölçeğinin geneli ve alt alan skalalarından aldıkları ortalama puanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşmekte olduğu görülmektedir ($p < 0.05$).

Pariteye göre üriner inkontinan kadınların yaşam kalitelerini incelediğimizde, doğum sayısındaki artış ile birlikte yaşam kalitesi skorlarının düştüğü görülmektedir ancak bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Psikososyal etkilenme alt alan ölçeğinde 4 ve üstü sayıda doğum yapanların yaşam kalitelerinin belirgin düzeyde azaldığı görülmektedir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p \leq 0.05$).

Üriner inkontinanslı kadınların doğum şekline göre yaşam kalitelerinin etkilenme düzeyleri karşılaştırıldığında, normal doğum yapanların sezeryan doğum yapan kadınlara göre, yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ölçeğin genelinde ve psikososyal etkilenme alt boyutunda vajinal doğum ile sezeryan doğum yapan kadınlar arasında yaşam kalitesi düzeyi yönünden vajinal doğum aleyhine farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p \leq 0.05$).

Üriner inkontinansı 1 yıldan kısa süredir yaşayan kadınlarda, ölçeğin geneli ve alt alan ölçeklerinde yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu görülmeye rağmen, genel olarak üriner inkontinan kadınların üriner inkontinans ile yaşama süreleri ne kadar uzun olursa olsun, bireylerin yaşam kalitesini ölçen anketlerdeki skalalarda daha düşük değerlere neden olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Üriner inkontinan kadınların tıbbi yardım için başvuran ve başvurmayan kadınlar ile tedavi olan ve olmayan kadınlar olarak ayrılarak karşılaştırması yapılacak olursa bu kadın grupları arasında da yaşam kalitesi skorlarının farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Üriner inkontinan kadınlarda menopozda olmayanların menopozdaki kadınlara oranla yaşam kalitesi ölçeği skorlarında daha yüksek puan aldıkları görülüyor olmasına rağmen gruplar arasında hayat kalitesi skorları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

HRT kullanan kadınların ölçeğin geneli ve psikososyal etkilenme düzeylerinden aldıkları puanların HRT kullanmayan kadınlara oranla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Üriner inkontinans, sosyal ve hijyenik problemler başta olmak üzere bireyi fizyolojik, psikolojik ve ekonomik yönden etkileyen ve kadınlarda yaygın olarak görülen bir sağlık problemidir. Dünya genelinde üriner inkontinans prevalansını inceleyen çalışmalar yaş gruplarına göre ayrılarak tablolar halinde (Tablo 14, 15, 16, 17) verilmiştir.

Tablo 14. Tüm Yaş Gruplarını İçeren Kadınlar Üzerinde Yapılan Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Uluslararası Çalışmalar

Araştırmacılar	Yaş Grupları	Örneklem Sayısı	Prevalans (%)
Foldspang A. (1995) ¹⁰⁸	30- 59 yaş arası	2589 kadın	% 17
Velazquez M ve ark. (2007) ¹⁰⁹	20- 80 yaş arası	80 kadın	%46,5
Choo MS ve ark. (2007) ¹¹⁰	30- 79 yaş arası	1303 kadın	%40,8
Lawrence JM ve ark. (2008) ¹¹¹	25- 84 yaş arası	4103 kadın	% 15(SÜİ)*
Fenner DE ve ark. (2008) ¹¹²	35- 64 yaş arası	2824 kadın	Siyah kadınlarda:% 14,6 Beyaz kadınlarda:% 33,1
Lee KS ve ark. (2008) ¹¹³	19 yaş ve üstü	13484 kadın	%24,4
Dooley Y ve ark.(2008) ⁹¹	20 yaş üstü	4229 kadın	%49,6
Zhu L ve ark. (2008) ¹¹⁴	20 yaş üstü	5300 kadın	%38,5
Lasserre A ve ark. (2009) ¹¹⁵	18 yaş üstü	2183 kadın	%26,8

Tablo 14’de tüm yaş gruplarında yapılan üriner inkontinans prevalansını inceleyen çalışmalara baktığımızda prevalans oranının %14,6 ile %49,6 arasında değiştiği görülmektedir. İrksal faktörlerin üriner inkontinans üzerindeki etkisini inceleyen Fenner ve ark.(112) çalışmasında, üriner inkontinansın beyaz kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 15. 40 Yaş Üstü Senil Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar

Araştırmacılar	Yaş Grupları	Örneklem Sayısı	Prevalans (%)
Peyrat L. (2002) ¹¹⁶	40 yaş ve üstü	2800 kadın	%27,5
Van der Vaart ve ark. (2000) ¹¹⁷	45- 70 yaş arası	1905 kadın	%57,1
Kim MS and Lee SH.(2008) ¹¹⁸	65 yaş üstü	618 kadın ve erkek	Kadınlarda: %64,7 Erkeklerde: %65,1
Markland AD ve ark. (2008) ¹¹⁹	65 yaş ve üstü	421 kadın	%36,6
Goode PS ve ark. (2008) ¹²⁰	65 yaş üstü	986 kadın ve erkek	Kadınlarda: %41 Erkeklerde: %27
Saxer S (2008) ³⁶	65 yaş üstü	2719 kadın ve erkek	Kadınlarda: %51,5 Erkeklerde: %51,4
Hsieh CH ve ark. (2008) ¹²¹	60 yaş üstü	1517 kadın	%29,8

40 yaş üstü senil kadınlarda üriner inkontinans prevalansını inceleyen çalışmalar Tablo 15’de gösterilmiştir. Buna göre orta yaş ve yaşlı kesimi hedef alan yurt dışı çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı %27,5 ile %64,7 arasında değişmektedir. Genel olarak yapılan çalışmalarda prevalans değerlerinin farklılık gösterme ve geniş bir aralıkta verilme nedenlerinin üriner inkontinansın farklı tanımlanması, çalışma bölgelerinin ve kullanılan yöntemlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (66).

Bakımevinde kalan yaşlı bireylerde üriner inkontinans sıklığının artış gösterdiği, hastaların yaklaşık %50’sinin üriner inkontinans sorunu yaşadıkları rapor edilmiştir (70, 73, 122). Kim ve ark.(118) 65 yaş üstü 30 bakımevinde kalan 618 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansı kadınlarda % 64,7 olarak bulunurken, Saxer ve ark.(36) bakımevine kabul edilen 65 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans yaygınlığını %51,5 olarak bulmuşlardır. Bu sonuçlar bize özellikle bakımevinde kalan yaşlıların üriner

inkontinans konusunda hemşirelerin vereceği bakım ve eğitime daha fazla gereksinim duyduklarını göstermektedir.

Tablo 16. Ülkemizde Tüm Yaş Gruplarında Yapılan (15-20 Yaş Üstü) Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar

Araştırmacılar	Yaş	Örneklem Sayısı	Prevalans (%)
Turan ve ark. (1996) ⁵²	18- 44 yaş arası	1250 kadın	%24,5
Güneş ve ark. (2000) ⁴⁶	20 yaş ve üstü	459 kadın	%49,7
Kocaöz (2001) ⁴⁷	15 yaş ve üstü	240 kadın	%41,7 (SÜİ)*
Ertem ve ark. (2002) ⁴³	15 yaş üstü	100 kadın	%39
Özerdoğan (2003) ⁵⁰	20 yaş ve üstü	625 kadın	%25,8
Ekin ve ark. (2004) ⁴⁴	20 yaş üstü	1400 kadın	%33,7
Kök (2005) ⁴⁸	20 yaş üstü	229 kadın	%37,1
Koçak ve ark. (2005) ⁶¹	18 yaş üstü	1012 kadın	%23,9
Benlioğlu (2006) ⁴¹	15 yaş ve üstü	4506 kadın	%19,2
Filiz ve ark. (2007) ⁴⁵	17- 65 yaş arası	650 kadın	%16,4
Tozun ve ark.(2009) ⁵¹	20 yaş üstü	1585 kadın	%49,5

Ülkemizde yapılan 15- 20 yaş üstü bireylerde üriner inkontinans prevalansını inceleyen çalışmalar incelendiğinde %16,4 ile %49,7 arasında görülme sıklığının olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar arasında Kocaöz (47) sadece stres üriner inkontinansın prevalansını incelemiş bunu da tüm yaş grupları için %41,7 olarak saptamıştır.

Tablo 17. Ülkemizde 40 Yaş Üstü Senil Hastalarda Yapılan Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar

Araştırmacılar	Yaş	Örneklem Sayısı	Prevalans (%)
Demirci ve ark. (1999) ⁴²	44- 70 yaş arası	1020 kadın	%56,4
Ateşkan (1999) ¹²²	65 yaş üstü	2000 kadın ve erkek	Kadınlarda: %53,2 Erkeklerde: %20,8
Oskay ve ark. (2003) ⁴⁹	50 yaş üstü	500 kadın	%68,8
Bilgili ve ark. (2008) ²⁸	65 yaş üstü	543 kadın	%43,6
Akgün (2009)	40 yaş ve üstü	435 kadın	%48,3

Tablo 16 ve 17 incelendiğinde, genel olarak ülkemizde üriner inkontinans prevalansının % 16,4 ile % 68,8 arasında değiştiği görülmektedir. Yaş gruplarına göre üriner inkontinans dağılımlarına baktığımızda, tüm yaş gruplarındaki (15- 20 yaş ve üstü) kadınların dahil edildiği çalışmalarda prevalans oranlarının düşük (% 16,4- % 49,7), sadece orta ve ileri yaş gruplarını (40 yaş ve üstü) hedef alan çalışmalarda ise prevalans oranlarının daha yüksek (% 43,6- % 68,8) olduğu görülmektedir.

Üriner inkontinans prevalans çalışmalarında inkontinan bireyleri belirlemek amacıyla genellikle anamnezden yola çıkılarak bireylere son bir yıl içerisindeki idrar kaçırma öyküsü sorulmuştur. Bu soru ile kadınlardaki üriner inkontinans prevalans oranını belirleyen çalışmalar incelendiğinde inkontinans görülme sıklığının % 24,5 ile % 56,4 arasında olduğu belirlenmiştir (42, 46, 52, 122-4) Bizim çalışmamızda da kadınlara “son bir yıl içerisinde hiç idrar kaçırma şikayeti yaşadınız mı?” sorusu yöneltilmiş ve evet cevabı veren kadınlar üriner inkontinanslı olarak değerlendirilmişlerdir. Buna göre, üriner inkontinans prevalansı kesitsel özellikteki 40 yaş üstü 435 bayan üzerinde % 48,3 olarak saptanmıştır. Bulduğumuz sonuç yurt içi diğer çalışmalarla daha rahat karşılaştırma olanağı sağlamak amacı ile tabloya eklenmiştir. Üriner inkontinansın ileri yaşlarda daha sıklıkla ortaya çıkan bir sağlık problemi olması nedeniyle bulduğumuz prevalans oranının genç kesimi de (15-20 yaş ve üstü) hedef alan çalışmalardan yüksek olduğu ancak orta ve ileri yaş gruplarında (40 yaş üstü) yapılan çalışma sonuçları ile karşılaştırdığımızda ise sonuçlarımızın benzerlik gösterdiği gözlenmektedir.

Üriner inkontinans ileri yaşlarda fazla olmak üzere her yaş grubundaki kadınları etkileyen bir sağlık sorunudur. Araştırmalarda üriner inkontinans prevalansının hangi yaş kategorisinde yüksek oranda görüldüğüne baktığımızda; yapılan birçok çalışmada orta yaş grubu kadınlarda (40- 60 yaş arası) daha fazla olduğu görülmektedir (50, 125, 126). Bazı çalışmalarda ise orta ve daha ileri yaşlarda üriner inkontinansın sık görüldüğü belirtilmiştir (44, 47).

Çalışmamızda araştırmaya alınan kadınların genel yaş ortalamaları $55,7 \pm 11,96$ olarak belirlenmiştir (Minimum:40, Maximum:95). Üriner inkontinansı olan kadınların yaş ortalamaları $57,39 \pm 12,69$ olarak bulunurken kontinan kadınlarda bu oran $54,05 \pm 11,23$ olarak belirlenmiştir. İnkontinan ve kontinan kadınları yaş gruplarına ayırarak incelediğimizde aralarında anlamlı bir fark görülmemekle birlikte yaş ortalamaları açısından inkontinan ve kontinan kadınların yaş ortalamalarının birbirine yakın değerlerde olmalarına rağmen inkontinan kadınların yaş ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Bulduğumuz sonuç bize yaştaki artış ile birlikte üriner inkontinans görülme sıklığının arttığını göstermektedir.

Kök'ün çalışmasında (48) üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar yaş grupları açısından karşılaştırıldığında 40 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinanslı kadınların çoğunlukta olduğu saptanmıştır (% 57,7). Bizim çalışmamızda ise 60 yaş üstündeki inkontinan kadınların kontinan kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yaşlanma direk olarak üriner inkontinansa neden olmasa da yaşlılık ile birlikte, mesane kontraktilesi, kapasitesi ve işemenin ertelenebilme yeteneği azalmakta ve bunun sonucunda üriner inkontinansa yatkınlık artmaktadır (55). Literatüre baktığımızda üriner inkontinansın yaşla birlikte düzenli artış gösterdiğini belirten çalışmaların yanında (50, 51, 91, 111, 113-115, 125, 127-129) üriner inkontinansın yaşla artış göstermediğini belirten çalışmalar da vardır (110). Lawrence ve ark.(111) yaş ilerledikçe üriner inkontinansın artış gösterdiğini belirtmişlerdir fakat bunu istatistiksel olarak anlamlı bulamamışlardır.

Vücut ağırlığının artışının, abdominal basıncın ve intravezikal basıncın artışına neden olarak üriner inkontinanstaki risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (58, 130, 131). Literatürde üriner inkontinans ile obezite arasında anlamlı ilişki bulamayan çalışmaların yanı sıra (47, 61, 116), BKİ arttıkça inkontinansın görülme sıklığının arttığını belirten çalışmalar da vardır (41, 50, 108, 109, 114, 115, 125, 132, 135). Bizim çalışmamızın sonucunda da beden kitle indeksindeki ortalama değerin üriner inkontinanslı kadınlarda kontinan kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Pelvis destek yapılarının doğum travmasına bağlı olarak esnekliğinin bozulması üriner inkontinans gelişiminde hazırlayıcı bir faktördür bu nedenle doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans gelişme riski de artış göstermektedir (21, 22, 30, 31). Parite ile üriner inkontinans sıklığının artış gösterdiğini ve bu ilişkiyi anlamlı bulan çalışmaların yanısıra (47, 91, 114) çocuk sayısı arttıkça üriner inkontinans sıklığının artış gösterdiğini saptayan ancak bu ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gösteremeyen çalışmalar da vardır (28, 41). Burgio ve ark. (136) ise parite ile üriner inkontinans arasında hiçbir ilişki bulamamışlardır. Yapılan bir çok çalışmada paritenin üriner inkontinans riskini artırdığı, nulliparalarda üriner inkontinans oranının 4 ve üzeri doğum yapanlara göre önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur (44, 46, 137, 138). Bizim çalışmamızda da multiparitenin (4 doğum ve üstü) üriner inkontinanslı kadınlarda kontinan kadınlara oranla belirgin şekilde artış gösterdiği ve üriner inkontinanslı kadınlarda nulliparite oranının çok düşük olduğu saptanmıştır.

Literatürde doğum şekli ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda, Özerdoğan (50) vajinal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans riskinin

2 kat fazla olduğunu belirtirken, buna karşılık normal doğum ile sezeryan doğum yapanlar arasında üriner inkontinans gelişimi açısından anlamlı bir fark bulamayan çalışmalar da mevcuttur (61, 139, 140). Bizim çalışmamızda da inkontinan kadınların vajinal doğum sayısının kontinan kadınlardan daha fazla olmadığı görülmüştür. Bu durum bize üriner inkontinans gelişiminde vajinal doğumun kesin olarak belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Literatüre baktığımızda, eğitim durumu ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sonuçları çelişkilidir. Benlioğlu'nun çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça inkontinans sıklığının azaldığı bulunmakla birlikte Kök (48) ve Kocaöz'ün (47) yaptıkları prevalans çalışmalarında eğitim düzeyi ile üriner inkontinans prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da kadınları eğitim durumları yönünden incelediğimizde % 88,5 gibi büyük bir oranda ilköğretim ve daha az düzeyde eğitime sahip oldukları ve çoğunlukla ev hanımlarından oluştuğu görülmüştür (% 88,1). İnkontinan ve kontinan gruplar eğitim ve meslek durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında eğitim durumu ve meslek dağılımları açısından anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır.

Literatürde ekonomik durum ile üriner inkontinansın ilişkilendirildiği çalışma sayısı oldukça azdır. Van Oyen ve ark. (130) ekonomik durum ile üriner inkontinans prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Araştırmamızda ekonomik durum yönünden inkontinans bulgusu olan ve olmayan kadınları karşılaştırdığımızda üriner inkontinanslı kadınlarda ekonomik durumu iyi olanların sayısının daha az olduğu, maddi durumu kötü düzeyde olan kadınların ise daha fazla olduğu bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu durum bize ekonomik durumu iyi ve orta düzeyde olan kadınların sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik daha dikkatli olabileceklerini düşündürmektedir.

Klimakterik dönemde over hormonlarının gerilemesine bağlı olarak üriner inkontinansa yatkınlık artmaktadır. Karan ve ark.(60) menopozda olan kadınlarda üriner inkontinans oranını % 50, menopozda olmayan kadınlarda ise % 21 olarak saptarken, Kocaöz (2001), menopoza girenlerde bu oranı % 60,6, girmeyenlerde ise % 38,6 olarak bulmuşlardır. Her iki çalışmada da menopoza girmenin üriner inkontinans prevalansını artırdığı saptanmıştır. Salinas ve ark.(128) da menopoza girenlerde üriner inkontinans sıklığının artış gösterdiğini belirtirken, Peyrat ve ark. (116) ve Velazquez ve ark. (109) menopoz ve üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Araştırmamızda çalışma grubumuzun tümünü ele aldığımızda menopozda olan kadın sayısının yüksek olduğu görülmektedir (%72). Bunun nedenini ele aldığımız kadın grubunun 40 yaş ve üzerinde olmasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. Çalışmamızda üriner inkontinan kadınların %75,7'sinin kontinan kadınların ise % 68,4'ünün menopozda oldukları belirlenmiş olup üriner inkontinans yaşayan kadınların kontinan kadınlara oranla daha fazla menopozda oldukları görülmesine rağmen kontinan ve inkontinan kadınlar arasında menopoz yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Genel olarak menopoz dönemindeki kadınların yakınmalarını azaltmak amacı ile bu dönemde kadınlara HRT verilmektedir. Menopoz döneminde HRT almanın azalan östrojen seviyesini dengeleyeceği ve böylece inkontinans prevalansını azaltacağı düşünülmekle birlikte literatürde HRT kullanımı ile ilgili olarak çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Hsieh ve ark. (121) HRT kullananların üriner inkontinans sıklığının fazla olduğunu belirtirken Demirci ve ark. (42), HRT kullanan kadınlarda üriner inkontinansın daha az görüldüğünü bulmuşlardır. Grady (141) postmenopozal kadınlarda 4 yıl süresince HRT'nin etkisini inceleyerek HRT kullanımının üriner inkontinans semptomlarını ağırlaştırdığını saptamıştır. Tikkinen ve ark. (142) üriner inkontinans ile HRT kullanımı arasında hiçbir ilişki bulamamıştır. Kök (48) çalışmasında menopoz dönemindeki inkontinan kadınlardaki HRT kullanım oranını % 5,9 olarak belirlerken bizim çalışmamızda bu oran % 26,2 olarak saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda üriner inkontinans yaşayan kadınlarda HRT kullanım oranının kontinan kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (% 26.2 vs % 10.7; $p<0.001$). Bu durum bize HRT kullanımının üriner inkontinans için koruyucu olmadığını düşündürmektedir.

Literatürde alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklar ile çay, kola ve kahve gibi mesane iritanlarının, ağır kaldırma ve kronik kabızlık gibi pelvik taban ligamentine düşen yükün artmasına ve dolaylı yoldan üriner inkontinansa yol açabileceği belirtilmektedir (5, 7, 18, 71, 132). Ağır cisim kaldırma, kronik konstüpsiyon ve sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan öksürük sonucunda intraabdominal basınç artmakta bu da pelvik taban kaslarının zarar görmesine ve üriner inkontinans gelişimine neden olabilmektedir. Alkol, kola ve kafein gibi içecekler ise mesane irritasyonuna neden olarak üriner inkontinansa yatkınlığı artırmaktadır. Üriner inkontinanstaki risk faktörlerini inceleyen çalışmalara baktığımızda; Kocaöz (47) stres üriner inkontinans ile konstüpsiyon arasındaki ilişkiyi önemsiz bulurken Zhu ve ark. (114), Güneş ve ark.(46) ve Özerdoğan'ın (50) çalışmalarında üriner inkontinansın sık konstüpsiyon yaşayan kadınlarda kontinan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir. Kızılkaya ve ark.(140) sigara içme, alkol ve kafein kullanma ve sık konstüpe olma durumları gibi pelvik relaksasyon yaratan faktörler açısından üriner kontinan ve inkontinan kadınlar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda üriner

inkontinan ve kontinan kadınlar arasında ağır cisim kaldırma alışkanlığı, kronik konstüpsiyon ve mesane iritanlarının kullanımı yönünden anlamlı bir ilişki bulunamamış olsa da inkontinans problemi yaşayan kadınlarda bu değerlerin kontinan kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Hsieh ve ark. (134) çalışmasında üriner inkontinan kadınların % 45,5'inin, Kocaöz'ün (47) çalışmasında ise % 39'unun sigara kullandıkları saptanırken bizim çalışmamızda ise üriner inkontinanslı kadınlarda sigara kullanma oranı % 22,9 olarak bulunmuştur. Hsieh ve ark. (134) sigara kullanımının üriner inkontinans prevalansını artırdığını belirtirken, Demirci ve ark. (42), Güneş ve ark. (46) ve Özerdoğan (50) sigara kullanımı ile üriner inkontinans arasında bir ilişkinin olmadığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da kontinan ve inkontinan gruplar arasında sigara kullanımı yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için pelvis destek yapıların sağlamlığının ve elastikiyetinin korunması gerekmektedir. Sampselle ve ark.(143) düzenli olarak pelvik kas egzersizi yapan kadınlarda üriner inkontinans gelişme oranının önemli ölçüde azaldığını belirtmişlerdir. Alparlan ve ark.'nın (144) 15- 65 yaş grubu kadınların üriner inkontinans ve kegel egzersizi hakkındaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada kadınların %100'ünün kegel egzersizi konusunda bilgilerinin olmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da üriner inkontinanslı kadınlarda kegel egzersizini bilen ve düzenli uygulayanların oranı % 11,4 gibi oldukça düşük düzeylerde saptanmıştır.

Genetik yatkınlık üriner inkontinansa yatkınlığı artırabilmektedir. Kocaöz'ün (47) çalışmasında inkontinan kadınların yakın akrabalarında üriner inkontinans görülme oranı % 50, Kök'ün (48) araştırmasında % 44,7 olarak bulunmuştur. Kızılkaya ve ark. (140) tetkikler sonucunda gerçek SÜİ tanısı konulan 90 kadın ile Üİ olmayan 30 kadını SÜİ'daki risk faktörleri yönünden karşılaştırdıkları çalışmada, 1. derece akrabalarda inkontinans oranını inkontinan grupta % 22.2, kontinan grupta % 10 olarak belirleyerek inkontinan ve kontinan kadınlar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise üriner inkontinan kadınların akrabalarındaki üriner inkontinans oranı % 42,8 olarak bulunurken, bu oran kontinan kadınların yakınlarında % 22,0 olarak belirlenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum bize, 1. derece akrabalarındaki üriner inkontinans varlığının önemli olduğunu, toplumda kadınların üriner inkontinans yönünden değerlendirilmeleri sırasında, bireylerin ailesi ve yakın çevresiyle birlikte holistik yaklaşım çerçevesinde ele alınmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Üriner inkontinans yaşamı direkt olarak tehdit eden bir unsur içermediğinden toplumda bu problemi yaşayan bireyler tarafından çoğunlukla ihmal edilen bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde kadınların üriner inkontinans yaşama ve tedavi olma durumlarını inceleyen çalışmalara baktığımızda, Arslan ve ark.(22), üriner inkontinan kadınların % 81 oranında bu sorunlarını 2 yıl ve daha uzun süredir yaşadıklarını saptarken, Ertem ve ark. (43) kadınların % 66,6'sının 2 yıl ve üzerinde üriner inkontinans yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise 2 yıl ve üstü süredir üriner inkontinans yaşayanların oranı % 61,8 olarak bulunmuştur. Literatürde yurtdışı çalışmalarda tıbbi yardım için başvuru oranı % 12,6 ile % 39,7 arasında değişmekteyken (113-115, 139), ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde tıbbi yardım için başvuru oranının % 7 ile % 30,8 arasında olduğu görülmektedir (42, 43, 46, 50, 52). Bizim çalışmamızda tıbbi yardım için başvuru oranı % 24,2 olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinansa tedavi olma düzeyinin genel olarak düşük olduğu görülmektedir. Tedavi olma durumu ile ilgili yurt içi ve yurt dışı çalışmaları karşılaştırdığımızda ülkemizde kadınların üriner inkontinans şikayeti ile bir merkeze başvuranların oranının çok daha yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir. Bu da toplumumuzda üriner inkontinans konusunda sağlık personelinin tedaviye yönelik hizmetlerde daha etkin rol alması gerektiğini göstermektedir.

Literatürde kadınların üriner inkontinansa yönelik tedavi olmama nedenlerine baktığımızda, Hsieh ve ark. (134), Altman ve ark. (139) ve Ateşkan'ın (122) çalışmalarında kadınların çoğunlukla utanma nedeniyle tedavi olmadıklarını bulmuşlardır. Özerdoğan (50) ise çalışmasında, tıbbi yardım almama nedeni olarak kadınların % 48,4'ünün yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak gördüğünü, % 16,5'inin ise utanma nedeniyle tedavi olmadıklarını saptamıştır. Ertem ve ark.'nın (50) çalışmasında kadınların % 29,6 'sı önemli olmadığı için, % 25,9 'u çok fazla idrar kaçırmadıkları için, % 22,3'ü inkontinansı doğal gördüğü için tıbbi yardım almadıkları yanıtını vermişlerdir. Ateşkan (122), kadınların % 87,4'ünün Üİ nedeniyle doktora başvurmadıklarını belirlemiştir. Başvurmama nedenleri arasında kadınların % 50,2'si utandığı için, % 49,8'i yaşa bağlı doğal bir sonuç olduğuna inandığı için yanıtını vermişlerdir. Bizim çalışmamızda inkontinan kadınların bu sorunlarına yönelik tedavi olmayanlarının oranı % 75,8 olarak belirlenmiştir. İnkontinan kadınların tedavi olmama nedenlerini incelediğimizde % 37,3'ü yaşlılığa bağlı doğal bir süreç olarak gördüklerini, % 24,6'sı bu sorunun kendilerini rahatsız etmediğini, % 11,3'ü muayene olmaktan utandıklarını, % 5,6'sı ise muayene olmak için vakit bulamadıklarını ifade etmişlerdir.

Ergöl ve Eroğlu (2) 40-60 yaş arasındaki 358 kadının klimakterik döneme özgü sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, uygulama ve tutumlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada Üİ

nedenlerini bilenlerin oranı % 0.8 gibi çok düşük düzeyde bulunmuştur. Bu sorunun çözümüyle ilgili uygulamaları bilenlerin oranı % 10.9, uygulamayı doğru yapanların oranı % 4.2 olarak bulunmuştur. Karanisaoglu ve Oskay (6) kadınların menopoz döneminde sağlık sorunlarına ilişkin bilgilerini belirlemeye yönelik 40- 60 yaş grubu 300 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, üriner inkontinansın ne olduğunu bilenlerin oranı % 6 olarak belirlenmiştir. Genel olarak çalışmamız sonucunda üriner inkontinanslı kadınların bilgi ve farkındalık durumlarını değerlendirdiğimizde, % 70,5'inin üriner inkontinansa neden olan etmenleri bilmediği, % 62,4'ünün nereye başvurmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışma grubumuzdaki kadınların % 40'ı üriner inkontinansın önlenabilir bir sağlık problemi olduğunu bilmemektedir. Bu durum bize toplumda kadınların üriner inkontinansa yönelik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu düşündürmekle birlikte konu ile ilgili olarak sağlık personelinin halkı bilinçlendirmeye yönelik daha aktif olması gerektiğini de göstermektedir.

Üriner inkontinans yaşamı direk tehdit eden bir sağlık problemi olmasa da dünyadaki tüm kadınları fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden etkilemektedir (48). Choo ve ark.'nın (110) çalışmasında da üriner inkontinansın sosyal yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Van Brummen ve ark. (145) UDI ve IIQ anketlerini kullanarak 474 kadın üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda kadınların fiziksel, sosyal ve duygusal alandaki skorları düşük bulunmuş ve üriner inkontinans durumunun yaşam tarzlarını kısıtladıkları görülmüştür (146). Konu ile ilgili olarak Kök'ün (48) anket formlarını kendisi geliştirerek üriner inkontinansın sosyal yaşam üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmasında orta düzeyde bir etkilenme saptanırken Özerdoğan'ın (50) I-QOL skalası kullanarak üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyini ölçtüğü çalışma sonucunda hafif ya da orta derecede etkilenme saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da üriner inkontinans ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye baktığımızda kadınlarda genel olarak I-QOL skalasına göre yaşam kalitesi düzeylerinin hafif seviyede etkilendiği görülmektedir. Bu sonuç çalışmamızda kadınların tedavi olmama nedenlerini sorgularken idrar kaçırma sorunum beni rahatsız etmiyor şeklinde verdikleri yanıt ile de paralellik göstermektedir.

Tablo 18. Üriner İnkontinan Kadınlarda I-QOL Ölçeği Kullanılarak Yapılan Yaşam Kalitesi Çalışma Skorları

I-QOL X±SD	Fransa n=62	İspanya n=65	İsveç n=64	Almanya n=68	Slovakya n=100	Bizim Çalışmamız n=210
I-QOL-Total Skor	62±22	42±21	66±22	51±24	64±25	76,8±15,5
I-QOL-DS Skor	59±23	42±22	63±23	44±23	64±24	70,4± 16,7
I-QOL-PS Skor	70±23	51±26	75±23	62±27	58±27	84,4±16,1
I-QOL-SI Skor	54±26	25±22	56±27	41±27	58±27	73,3±19,8

Değişik ülkelerde I-QOL ölçeği kullanılarak yapılan yaşam kalitesi çalışmaları (146) ve bizim çalışma sonucunda Üİ kadınlardan elde edilen skor ortalamaları Tablo 18'de özetlenmektedir. Buna göre üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine baktığımızda genel olarak bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerlerde olduğu ve orta düzeyde bir etkilenme olduğu görülmekle birlikte bizim çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin genelinden ve alt alan ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının daha da yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak toplum olarak kadınlarımızın üriner inkontinansı yaşamı çok olumsuz yönde etkileyecek bir sorun olarak görmemelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yaşın, üriner inkontinasta önemli bir faktör olduğu düşünölmekle birlikte konu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Özerdoğan (50) yaptığı çalışma sonucunda yaş gruplarına göre üriner inkontinan kadınların yaşam kalitelerinin değişmediğini bulurken, Aslan (147) yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin genç kadınlara oranla daha fazla etkilendiğini saptamıştır. Bizim çalışmamızda da yaştaki artışla birlikte üriner inkontinan kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü görölmüş ve kadınların yaş grupları ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 14).

Paritenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelediğimizde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte doğum sayısındaki artış ile birlikte yaşam kalitesi skorlarının düştüğü görölmüştür. Sadece psikososyal etkilenme alt alan ölçeğinde 4 ve üstü sayıda ve normal doğum yapanların yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde azaldığı görölmektedir (Tablo 14).

Kadınların üriner inkontinans ile yaşama sürelerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalara baktığımızda; Aslan (147) ve Özerdoğan (50) inkontinans yaşama süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda da 1 yıldan az süredir üriner inkontinans yaşayanların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu görülmeye rağmen, üriner inkontinansı yaşama süresi ne kadar uzarsa uzasın bu durumun kadınların yaşam kalitesi üzerinde ilaveten daha fazla etki etmediği saptanmıştır.

Özerdoğan (50), tıbbi yardım için başvuruda bulunmanın kadınların yaşam kalitelerini etkilemediğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda da kadınlar tıbbi yardım için başvuru yapacak ve tedavi olacak kadar etkilenmiş olsalar da bu durumun yaşam kalitesini ölçen anketlere yansımadağı görülmektedir (Tablo 14).

İnkontinanslı kadınların büyük çoğunluğunun şikayetleri nedeniyle rahatsız oldukları ve utandıkları ve bu nedenle sosyal aktivitelerini kısıtladıkları belirtilmektedir. Van der Vaart'ın (116) Hollanda'da UDI ve IIQ anketlerini kullanarak genç kadınlar üzerinde (20- 45 yaş arası) yapmış olduğu yaşam kalitesi çalışması sonucunda hareketlerde sınırlandırma ve utanma duygusu oldukça yüksek oranda saptanmış, bu genç ve aktif kadınlar için üzücü bir durum olarak belirtilmiştir. Lasserre ve ark. (115) çalışmasında, kadınların %51,8'i üriner inkontinansın yaşamlarında negatif bir etkiye neden olduğunu belirtmişler, fakat bu etkinin hafif ya da orta derecede olduğunu bulmuşlardır. Velazquez ve ark. (109) ICIQ-SF kullanılarak yaptıkları çalışma sonucunda; davranışlarda sınırlandırma, psikososyal etki sınırlaması, ve sosyal izolasyon alt kategorileri arasında en düşük puanların sosyal izolasyon skalasında olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi alt alan ölçeklerini değerlendirdiğimizde en fazla etkilenen alanın davranışların sınırlandırılması olduğu görülmüştür (Tablo 11).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

VI.1. SONUÇLAR

Kırklareli il merkezinde yaşayan 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

1- Araştırma kapsamındaki kadınların çoğunluğunu; 40-49 yaşlar arasında (%38,9), ilköğretim mezunu (%60,7) ve ev hanımı olan (%85,5), sosyal güvencesi bulunan (%93,8), ekonomik durumları orta düzeyde (%71,2) saptanan kadınların oluşturduğu belirlendi.

2- Kırklareli il merkezi 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı % 48,3 olarak saptandı. Üriner inkontinans kadınların büyük bölümünün 40-49 yaş grubunda, kilolu ve obez oldukları, 1 veya 2 doğum yaptıkları, bu doğumların tamamına yakını normal doğum şeklinde gerçekleştirdikleri belirlendi.

3- Üriner inkontinans ve kontinans kadınlar bazı demografik özellikler ve risk faktörlerine göre karşılaştırıldığında inkontinans kadınların, ekonomik durumlarının daha kötü olduğu, ortalama yaş değerlerinin, doğum sayısı ve beden kitle indeksi değerlerinin kontinanslardan fazla olduğu, daha çok HRT kullandıkları ve inkontinans kadınların 1. derece akrabalarında üriner inkontinans görülme oranının istatistiksel anlamı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçların yanı sıra çalışmamızda, üriner inkontinans risk faktörü olduğu düşünülen; kişi başına düşen vajinal doğum sayısı, menopozda olma durumu, ağır kaldırma alışkanlığı, kronik kabızlık mevcudiyeti, sigara ve mesane iritasyonlarının kullanımı yönünden kontinans ve inkontinans kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi .

4- Üriner inkontinanslı kadınların yarısından fazlasının 2 ile 7 yıl arasında bu sorunu yaşadıkları, buna rağmen sadece %24,2'sinin üriner inkontinans nedeniyle tedavi oldukları, tedavi olmama nedenlerinin ise çoğunlukla yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görmelerinden kaynaklandığı saptandı.

5- Üriner inkontinan kadınların çoğunluğunun üriner inkontinans konusunda bilgi almadıkları, üriner inkontinansa neden olan faktörleri ve bilgi almak için nereye başvurmaları gerektiğini bilmedikleri ve üriner inkontinans sorununu önlemek için düzenli olarak kegel egzersizi yapmadıkları belirlendi.

6- Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde yaşam kalitelerinin çok fazla etkilenmediği saptandı.

7- İnkontinan kadınlarda yaş, doğum sayısı, doğumların vajinal yolla olması ve beden kitle indeksindeki artışla birlikte hayat kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde düştüğü ve dolayısı ile hayat kalitelerinin kötü yönde etkilendiği belirlendi.

8- Üriner inkontinanslı kadınlardan, normal doğum yapanların sezeryan doğum yapan kadınlara göre, menopoz da olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu saptandı.

9- Üriner inkontinan kadınlar, idrar kaçırma problemini uzun yıllar yaşasalar da, tıbbi yardım için başvuruda bulunacak ve tedavi olacak kadar etkilenmiş olsalar da bu faktörlerin yaşam kalitelerini etkilemediği görüldü.

10- HRT kullanan kadınlarda kullanmayanlara oranla ölçeğin genelinde ve psikososyal etkilenme alanında yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu.

VI.2.ÖNERİLER

- 1- Üriner inkontinansın, toplumumuzda yaygın olarak görülen bir sağlık problemi olması nedeni ile konuya daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının konunun önemi hakkında daha duyarlı ve eğitilmiş olmaları,
- 2- Özellikle üroloji, jinekoloji ve doğum ve fizik tedavi servisleri başta olmak üzere hastanelerin tüm servislerinde yatan hastalara, sağlık ocaklarına başvuran kadınlara, ayrıca hemşire ve ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretleri sırasında sağlıklı tüm bireylere konunun önemi hakkında açıklama yapılması, risk grupları ve bu sorunu aktif olarak yaşayan kişilerin belirlenmeleri ve bu kişilere konu hakkında bilgi verilerek sağlık kuruluşuna yönlendirilmeleri,
- 3- Üriner inkontinans gelişmesini önlemek için pelvik destek yapılarının güçlü olması gerekmektedir. Bunu sağlamak amacı ile kadınlara her yaşta kegel egzersizleri öğretilmesi ve bunların uygulanmasının bir yaşam tarzı haline getirilmesi konusunda bilgi verilmesi,
- 4- Çalışmamızda paritenin üriner inkontinansa zemin hazırlayan önemli bir faktör olarak belirlenmesi nedeni ile fazla doğumların engellenmesi, bu doğrultuda kadınlara aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- 5- Toplumumuzun genelinde ve bunun bir göstergesi olarak bizim çalışmamızda kadınlarımızın kilolu olmaları, bu durumun da üriner inkontinansa yatkınlığı artırıcı bir risk faktörü olması nedeni ile kilonun normal sınırlarda tutulması konusunda kadınlara, hemşire ve doktorların yardımcı olmaları, tedavi boyutunda ihtiyacı olan bireylerin diyetisyene yönlendirilmeleri,
- 6- Çalışmamızda kadınların üriner inkontinans konusunu yeterince bilmedikleri görülmektedir. Halkın üriner inkontinans konusundaki yanlış bilgi ve tutumlarını düzeltmek ve konunun önemini vurgulamak amacı ile medyada üriner inkontinans konusuna sıklıkla yer verilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Çalışmamız, kadınlarda ileri yaşlarda ortaya çıkan üriner inkontinans görülme sıklığını ve bu sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, Kırklareli İl Merkezi'ne bağlı 5 sağlık ocağına kayıtlı 40 yaş üstü kadınlar üzerinde 15.10.2007- 18.01.2008 tarihleri arasında yapılmıştır. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, üriner inkontinans risk faktörlerini, üriner inkontinans hakkındaki bilgi düzeylerini ve tedavi durumlarını belirlemek amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilen 27 soruluk anket formu ve üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik inkontinans yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı % 48,3 olarak saptandı. Üriner inkontinanslı bireylerin ortalama yaş değerleri, doğum sayısı ve beden kitle indeksi değerleri, HRT kullanımı ve akrabalarda üriner inkontinans varlığının kontinan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Üriner inkontinanslı kadınların %52,8'inin 2 ile 7 yıl arasında bu sorunu yaşadıkları, buna rağmen sadece %24,2'sinin üriner inkontinans nedeniyle tedavi oldukları, tedavi olmama nedenlerinin ise çoğunlukla yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görmelerinden kaynaklandığı saptandı. Üriner inkontinan kadınların büyük bölümünün üriner inkontinans konusunda bilgi almadıkları, üriner inkontinansa neden olan faktörleri ve bilgi almak için nereye başvurmaları gerektiğini bilmedikleri, ayrıca üriner inkontinans sorununu önlemek için düzenli olarak kegel egzersizi yapmadıkları da belirlendi.

Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitelerinin çok fazla etkilenmediği saptandı. İnkontinan kadınlarda yaş, doğum sayısı, ve beden kitle indeksindeki artışla birlikte hayat kalitesi düzeylerinin anlamlı düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Üriner inkontinanslı kadınlarda, yaşam kalitesinin; menopozal süreç, üriner inkontinans semptom sürecinin uzunluğu ve bu konuda sağlık kurumuna başvurma ve tedavi olma ihtiyacı içinde olma gibi belirteçlerden de etkilenmediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, kadın, prevalans, yaşam kalitesi.

SUMMARY

Our study was designed in order to find out the frequency of urinary incontinence that appears in women in their declining years and to what degree their qualities of life are affected by this problem.

This study was conducted with women over 40 years in 5 clinics that serve affiliated to Kırklareli provincial center between the dates 15.10.2007 and 18.01.2008. A 27-question-questionnaire developed by the researcher in order to define socio-demographic characteristics, risk factors that cause incontinence, the level of knowledge of the women on their incontinence, and their treatment conditions was applied. Furthermore, Incontinence – Quality of Life, I-QOL, scale for defining the level of quality of life of the women having urinary incontinence was also applied.

Urinary continence was found 48.3% for the women population over 40 years that researched. The mean age, birth number, body mass index, HRT use and having urinary incontinence in first level relatives are considerably high in women having incontinence compared to women that were continent. It was found that 52.82% of the women having urinary incontinence had this problem for 2 to 7 years. Nevertheless, only 24.2% of them received treatment; and the reason of rejecting the treatment is that they perceive the problem as a normal result of their old age. It was also found that most of the women did not get information about incontinence and they did not know the factors that cause incontinence; and also they did not know where to apply for getting information. Besides, it was found out that they did not do their Kegel exercises regularly in order to prevent incontinence. We showed that the quality of life of the women with urinary incontinence did not affected much. It was found out that the rise in age, birth number, and body mass index in incontinence women results in significant decline in quality of life. Quality of life on women with incontinence did not affected by menopausal process, the length of urinary incontinence symptom process, consultancy to a medical centre and being in need of treatment.

Keywords: woman, urinary incontinence, prevalence, quality of life

KAYNAKLAR

- 1- Akın A, Açıklan B. Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu ve Hedefler, Sürekli Tıp Eğit Derg 1997; VI(3):98-9.
- 2- Ergöl Ş, Eroğlu K. Klimakterik Dönemdeki Kadınların Sağlık Bakımlarına İlişkin Bilgi, Uygulama ve Tutumları. Sağ ve Top Derg 2001;11(1): 49-57.
- 3- Taşkın L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2005:560-561.
- 4- Karanisoğlu H. Menopozda Cinsel İşlev Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hemş Bült 1989; 3(14):103-6.
- 5- Demir Ü, Saruhan A. Menopoz Yakınmaları Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkilerinin İncelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar; Eylül 1998; Ege Üniversitesi, İzmir; 265-9.
- 6- Karanisoğlu H, Oskay Ü. Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. Şişli Etfal Hast Hemş Derg 1998; 1(5):61-7.
- 7- Özcebe H, Üstünöz A. Menopoz ve Postmenopozal Dönemde Kadın Sağlığı. Aktüel Tıp Derg, 2001; 6(1):60-2.
- 8- Dünya Menopoz Günü. Menopoz Derneği.
http://www.menopauseosteoporosis.org/menopoz_gunu.htm. (Ulaşım tarihi 03.10.2004).
- 9- Çoban A, Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Geriatri 2003; 6(2):80-3.
- 10- Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <http://nkg.die.gov.tr> (Ulaşım tarihi 28.07.2008).
- 11- Cook MJ. Perimenopause: An Opportunity for health promotion. JOGNN 1992; 22(3): 88-92 .
- 12- Önderoğlu L. Geriatri. Ankara: Medico Graphics Ajans ve Matbaası Hekimler Yayın Birliği, 1997: 415 – 22.
- 13- Karanisoğlu H. Kadın Sağlığının Korunması ve Sürdürülmesinde Pelvis Destek Yapılarının Önemi. Hemşirelik Bülteni 1994; 8(34): 37-9.
- 14- Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97:1-16.
- 15- Ateşkan Ü. Geriatrik Üriner İnkontinans: Aktüel Tıp Derg Geriatri Özel Say 2004;2(3): 20-5.

- 16- Kılıçarslan H, Vuruşkan H, Doğan SH. Kadınlarda Tüm Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Otolog Rektus Fasyası Kullanılarak Yapılan Pubovajinal Sling, Uludağ Üniv Tıp Fak Derg 2007;33(1),11-4.
- 17- International Continence Society. First report on the standartisation of terminology of lower urinary tract function. Br J Urol 1976;48:39-42.
- 18- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from The Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Neurol and Urology 2002; 21:167-78.
- 19- Frank I, Elliott DS, Barrett MD. Success of De Novo Reimplantation of the Artificial Genitourinary Sphincter: J Urol 2000; 163:1702-3.
- 20- Yalçın Ö, Delier H. Üriner İnkontinans Ve Pelvik Organ Prolapsusu: Tanı Ve Tedavi Seçimi, TJOD Uzm Sonr Eğitim Derg 2004; 8:198-201.
- 21- Ateşkan Ü. Mas RM, Doruk H, Kutlu M, Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Geriatri 2000; 3(2):45-50.
- 22- Arslan H, Kömürcü N, Gençalp SN, Eryılmaz H, Engin F, Ekşi Z ve ark. Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Bunlarla Başa Çıkma Yolları. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstrakt Kitabı;1999 haziran 8-11; İstanbul, 17.
- 23- Eskiuyurt N, Karan A. Üriner İnkontinans Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Eğitim Semineri. <http://www.itfftr.8k.com/uriner.htm> (Ulaşım tarihi 16.11.2003)
- 24- Karan A, Eskiuyurt N, Kızılkaya N, Yalçın Ö. Üriner İnkontinans Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Türk Fiz Tıp ve Reh Derg 1998;(3):36-40
- 25- Arıdoğan A. Üriner İnkontinans <http://med.cu.edu.tr/urology/DersNot/bolum12.htm> (Ulaşım tarihi 07.11.2003).
- 26- Shah J, Leach G.(Çeviren Dursun NA). Üriner İnkontinans. İstanbul; Şan Ofset; 2001:7-58.
- 27- Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007; 21:321-9.
- 28- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28: 487-93.
- 29- Dinç A, Beji KN. Üriner İnkontinans Tanılaması ve Hemşirenin Rolü. Hemş Bült 1997; 11(45):43-4.
- 30- Yalçın Ö, Kızılkaya N. Üriner İnkontinans El Kitapçığı I. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi, İstanbul, 1997.

- 31- Demirci H, Beji KN. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. Hemsirelik Forumu 1999; 2(3):102-8.
- 32- Güner H. Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2008.
- 33- Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fener D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2002;187: 80-7.
- 34- Sampsel MC, Wyman FJ, Thomas KK, Newman KD, Gray M, Dougherty M et al. Continence for Women: Evaluation of AWHONN's Third Research Utilization Project. JOGNN 2000; Jan-Feb:9-17.
- 35- Siddighi S, Hardesty SJ. (Çeviri: Yalçın Ö). Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara;Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık; 2007.
- 36- Saxer S, Halfens RJ, de Bie RA, Dassen. Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months. J Clin Nurs 2008;17(18):2490-6.
- 37- Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence Clinical Obstetrics and Gynaecology 2000;14:183-205.
- 38- Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79(12):1056-9.
- 39-Prevalence
http://www.urotoday.com/browse_categories/urinary_incontinence/prevalence.html
(28.02.2008 Ulaşım Tarihi)
- 40- Locher JL, Burgio KL. (In: Ostergard DR, Bent AE Ed.) Epidemiology of incontinence. In Urogynecology and urodynamics: Theory and practice. 2 ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1996. p. 67-73.
- 41- Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması (Tez). Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniv; 2006.
- 42- Demirci F, Özden S, Yücel N, Yatlı S, Demirci E. Türkiyede Postmenopozal kadınlarda İnkontinans Prevalansı. İst Jin ve Obst Derg 1999;3:138-42.
- 43- Ertem KG, Çoban A, Sevil Ü. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların İnkontinans Durumları Ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Ege Üniv HYO Derg 2002; 18(1-3):57-68.

- 44- Ekin M, Karayalçın M, Özcan U, Erdemlioğlu E. The Prevalence of Urinary İncontinence and its influence on the Quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. Jour of Ank Med Sch 2004; 26(1):21-5.
- 45- Filiz MT, Topsever P, Uludağ C, Görpelioğlu S, Çınar N. Türk Kadınlarında Üriner İnkontinans Şiddeti Ve Yaşın Jenerik Yaşam Kalitesi SF-36 Üzerine Etkileri, Türk Klin J Med Sci 2007; 27:189-94.
- 46- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. Turgut Özal Tıp Merk Derg 2000; 7(1): 54-7.
- 47- Kocaöz S. Etimesgut II No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniv; 2001.
- 48- Kök G. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi (Tez). Ankara: GATA; 2005.
- 49- Oskay YÜ, Beji KN, Yalçın Ö. A study urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. Acta Obstet et Gynecol Scand; 84(1): 72-8.
- 50- Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniv; 2003.
- 51- Tozun M, Ayrancı U, Ünsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on Quality of Life in Semirural Area of Western Turkey. Gynecol Obstet Invest 2009 Mar 24; 67(4): 241-9.
- 52- Turan C, Zorlu CG, Ekin M, Hançerlioğulları N, Saraçoğlu F. Urinary incontinence in women of reproductive age. Gynecol Obstet Invest 1996; 41:132-4.
- 53- Holtedahl K, Verelst M, Schiefloe A. A population based, randomized, controlled, trialof conservative treatment for urinary incontinence in women, Acta Obstet et Gynecol Scand 1998; 77: 671-7.
- 54- Özyüncü Ö, Durukan T. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde TVT Uygulanan Hastaların Hayat Kalitesi Testleri İle Değerlendirilmesi. Türk Jinek ve Obst Dern Derg 2008; 6(1):48-57.
- 55- Sanberk İ, İnanç YB. Yaşam Kalitesinin Sağlık Denetim Odağı, Fiziksel Belirti Ve Özyeterlik Algısı Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniv Eğt Fak Derg 2009; 3(36) : 92-104.
- 56- Çetinel B. Yaşlıda İdrar İnkontinansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu; 1998 Kasım12-13; İstanbul, 83-93.

- 57- Eliopoulos C. Gerontological Nursing. Fifth ed. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2001: 258-62.
- 58- Özdemir S, Çelebi İ, Nurullahoğlu N, Ark CH. Ürojinekoloji Kliniğimize Başvuran Üriner İnkontinans Olgularının Dağılımı. Genel Tıp Derg 2006; 16(2): 49-52.
- 59- Yalçın ÖT, Hassa H, Özalp S, Yıldırım A, Tekin B. Premenopozal ve Postmenopozal Dönemde Belirlenen Üriner İnkontinans Tiplerinin Dağılımı: Zeynep Kamil Tıp Bült 1996; 28(2):24.
- 60- Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın Ö, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi. Geriatri 2000; 3(3): 102-6.
- 61- Koçak İ, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beşer E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. Eur Urol 2005; 48:634-41.
- 62- Berger JK, Williams BM. Fundamentals of Nursing Collaborating for Optimal Health. America: Simon& Schuster Business and Professional Group, 1992:1146-8.
- 63- Taylor BR. Selected Disorders of the Genitourinary System.In: Pfenninger LJ, Fowler CG, James ER (Ed) Family Medicine Principles and Practise. Fifth Edition. New York: Springer; 1998. p.866-70.
- 64- Ege Üniv. HYO Üriner İnkontinans. www.geocities.com/hemsirenet./histerek.htm 2003 (Ulaşım tarihi 20.02.2005).
- 65- Byles J, Millar JC, Sibbritt WD, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. Age Ageing. 2009; 38:333-8.
- 66- Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. Clin Obstet Gynecol 1990; 33(2):295-7
- 67- Rane A. Incontinence in women. Don' suffer it. Aust Fam Physician 1999; 28(6):584-6.
- 68- Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population –based study. Arch Intern Med. 2005 Mar 14; 165(5):537-42.
- 69- Wagner HT, Hu T. Economic Costs of Urinary Incontinence. Int Urogynecol J 1998; 9:127-8.
- 70- Magee M. Health Politics, http://www.healthpolitics.org/about_hp.asp (Ulaşım Tarihi 07.03.2008)
- 71- Kızılkaya N, Yalçın Ö. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Elektriksel Stimülasyon ve Kegel Egzersizinin Pelvic Kas Gücü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 1998 Mayıs 14-16; Ankara; 19.

- 72- Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme Ve Tipleri. *Türk Ürol Derg* 2005; 31(2): 246-52.
- 73- Tanagho AE, McAninch WJ. *Smith's General Urology*. Fourteenth Ed. America: Simon& Schuster Company, 1995:536-50.
- 74- Tarhan F, Erbay E, Erbay F, Kuyumcuoğlu U. Stres Üriner İnkontinansın Şiddetini Saptamada Stres Üretral Basınç Profilometrisi Yararlı mıdır? *Türk Ürol Derg* 2000; 26(3): 361-4.
- 75- Karaçam Z. Kadınlarda Üriner İnkontinans Gelişimini Önlemede Davranışsal Tedavi Yöntemleri Ve Hemşirenin Rolü. *Sendrom* 2003; 3: 112-116.
- 76- Kızılkaya N, Yalçın Ö, Döver Ş, Koyuncu E. Pelvik Kas Gücünün Değerlendirilmesinde Dijital Test Ve İdrar Akışını İstemli Olarak Durudurma Testinin Yeri. *İstanbul Jin ve Obst Derg* 1997; 1(3):137-42.
- 77- Beji KN. Çayır G. Üriner İnkontinans ve Pelvik Relaksasyon Problemleri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalara Yönelik El Kitapçığı. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul 1998.
- 78- Berkman S. *Jinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:97-100.
- 79- Luber MK. The Definition, Prevalence, and Risk Factors for Stress Urinary Incontinence, *Rev Urol* 2004; 6(Suppl 3): 3-9.
- 80- Fabio P, Francesca C, Maurizio L, Vincenzo G. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG* 2003; 110(10):927-33.
- 81- Yaman S, Göğüş O, Müftüoğlu Y, Küpeli S, Anafarta K, Şafak MS, ve ark. *Üroloji*. Ankara: Güneş Kitabevi Yayınları, 1990:175-86.
- 82- Semeltzer CS, Bare GB. *Medical Surgical Nursing*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott, 2000: 1083- 1100.
- 83- Alpay H, Bıyıklı KN. İşeme Bozuklukları. *Türk Nefr Diyal ve Transp Derg* 2003; 12(3): 122-6.
- 84- Potter AP, Perry GA. *Fundamentals of Nursing*. Fifth Ed. Philedelphia USA: Mosby, 2001:1384-98.
- 85- Ülger Z, Halil GM. Üriner ve Fekal İnkontinans. Arıoğul S. (Edt). *Geriatri ve Gerontoloji*'de. Ankara: MN Medikal& Nobel, 2006, 307-15.
- 86- Roach SS. *Introductory Gerontological Nursing*. Philedelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2001:300-1.

- 87- Beare GP, Meyers LJ. Principles and Practice of Adult Health Nursing. Second Edition. America: Mosby, 1994:1127-37.
- 88- Tyson RS. Gerontological Nursing Care. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1999: 427-33.
- 89- Carpenito JL. Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 9th Edition. Philadelphia: Lippincott, 2002:949-56.
- 90- Enriquez LE. A Nursing Analysis of the Causes of and Approaches for Urinary Incontinence among Elderly Women in Nursing Homes Ostomy and Wound Management June 2004; 50(6):24-6.
- 91- Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, Brubaker L. Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. J Urol 2008 Feb;179(2):656-61.
- 92- Leach EG. Surgical Procedures for Uncomplicated Female Stress Incontinence. The Urol Clin Of North America 1 May 1991; 8(2):327-36.
- 93- Yücel O, Demirci F, Yıldırım U, Yücel N, Alhan A. Üriner İnkontinans Tanısında Anamnezin Güvenilirliği. Düzce Tıp Fak Derg 2000; 2(2):42-8.
- 94- Lose G, Fantl J A, Victor A, Walter S, Wells T L, Wyman J, et al. Outcome Measures for Research in Adult Women with Symptoms of Lower Urinary Tract Dysfunction. Neurourol Urodyn 1998; 17:255-62.
- 95- Ross S, Soroka D, Karahalios A, Glazener A MC, Jean E, Drutz PH. Incontinence-specific quality of life measures used in trials of treatments for female urinary incontinence: a systematic review. Int Urogynecol J 2006; 17:272-85.
- 96- Dmochowski R. Evaluating the Effectiveness of Therapies for Urinary Incontinence, Rev Urol. 2001; 3(Suppl 1): S7–S14.
- 97- Donovan LJ, Bosch R. Symptom and Quality of Life Asserment. http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Publications/ICI_3/v1.pdf/chap10.pdf, (16.05.2007 Ulaşım Tarihi)
- 98- Aşkar N. Üriner İnkontinans Tedavisi Öncesi Minimal Değerlendirme. 9. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı, 2009 Ocak 15-18; Bursa, 135-7.
- 99- Fırıncioğulları Y. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Tension–Free Vaginal Tape Operasyonu Ve Vaginal Tape Uygulamalarının Uzun Dönem Takip Sonuçları (Tez). İstanbul: İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2006.
- 100- Cengiz H, Dede S, Karadeniz S, Karakoç G, Selçukbiricik S, Yıldırım UK. Kadın Hastalıkları Ve Doğum. İstanbul: Kelebek Matbaacılık, 2007: 114-8.

- 101- Marcfarlane TM. (Çeviri: İnci O). 3. Baskı. Üroloji. İstanbul; Güneş Kitabevi; 2006, 20-4.
- 102- Rhodes P. A Postal Survey of Continence Advisers in England and Wales: Journ of Adv Nurs 1995; 21: 286-94.
- 103- Haslam J. Pelvic floor muscle exercises. NTPlus 2000 October 19; 96(42).
- 104- Yalçın Ö, Kızılkaya N. Üriner İnkontinans El Kitabçığı II (Pelvik Taban Egzersizleri), İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi. İstanbul; 1997.
- 105- Seçkin B, Bedir S. Geriatrik Üriner Enkontinansta Yaklaşım. STED 2004;13(8):290-3.
- 106- Herbert J. Vaginal exercise weights. NTPlus October 2000; 96(42): 5-6.
- 107- Graham DS. (Çeviri: Arıkan N). Glenn Ürolojik Cerrahi. 6. Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi, 2006: 293-9.
- 108- Foldspang A, Mommsen S. Overweight and urinary incontinence in women. Ugeskr Laeger 195 Oct 16; 157(42):5848-51.
- 109- Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. Ginecol Obstet Mex 2007 Jun;75(6):347-56.
- 110- Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean women:an epidemiologic survey. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007 Nov; 18(11):1309-15.
- 111- Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. Obstet Gynecol 2008 Mar;111(3):678-85.
- 112- Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DL, Fultz NH, Miller JM, Howard D, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. J Urol 2008 Apr;179(4):1455-60.
- 113- Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. World J Urol. 2008 Apr;26(2):179-85.
- 114- Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The Prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. Menopause 2008; 15(3): 566-9.
- 115- Lassere A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T et.al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life, Eur Urol 2009 Apr 10.

- 116- Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002 Jan; 89(1):61-6.
- 117- van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. The influence of urinary incontinence on quality of life of community-dwelling, 45-70 year old Dutch women *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000 May 6;144(19):894-7.
- 118- Kim MS, Lee SH. Prevalence Rate and Associated Factors of Urinary Incontinence among Nursing Home Residents. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2008 Feb;38(1):92-100
- 119- Markland AD, Gerety MB, Goode PS, Kraus SR, Cornell J, Hazuda HP. Urinary incontinence in community-dwelling older Mexican American and European American women. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48(2):232-7.
- 120- Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland A, Richter HE, Sawyer P et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol* 2008 Apr;179(4):1449-53.
- 121- Hsieh CH, Su TH, Chang ST, Lin SH, Lee MC, Lee MY. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet* 2008 Feb; 100(2):171-4.
- 122- Ateşkan Ü. Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi (Tez). Ankara: GATA; 1999.
- 123- Chiarelli P, Brown W, Mc Elduff P. Leaking urine; prevalence and associated factors in Australian women. *Neurol Urodyn* 1999; 18:567-77.
- 124- Mc Lennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107:1460-70.
- 125- Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008 Feb; 111(2 Pt 1):324-31.
- 126- Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11):1051-5.
- 127- Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary incontinence during pregnancy, *Obstet Gynecol* 2007 Apr; 109(4):922-8.
- 128- Salinas CJ, Virseda CM, Teba del PF, Vazquez AD, Adot ZJM. Urinary incontinence in menopause. *Arch Esp Urol* 2000 May; 53(4):349-54.

- 129- Rohr G, Stovring H, Christensen K, Gaist D, Nybo H, Kragstrup J. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2005 Dec; 23(4):203-8.
- 130- Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002; 57(4):207-18.
- 131- Schorsch I, Soljanik I, Stanislaus P, Bauer R, Mayer M, Hocaoglu Y et al. Causes and diagnosis of female urinary incontinence. *MMW Fortschr Med.* 2007 Sep 20; 149(38):27-9.
- 132- Leśniczak B, Krasomski G, Stelmach W, Kowalska A. Urinary incontinence in women as a health and social problem. *Adv Med Sci* 2007;52 (Suppl 1):93-6.
- 133- Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol* 2002 Aug; 100(2):226-9.
- 134- Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007 Nov; 18(11):1325-9.
- 135- Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. BMI, waist circumference, and incident urinary incontinence in older women. *Obesity* 2008 Apr; 16(4):881-6.
- 136- Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. *J Urol* 1991; 146:1225-9
- 137- Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107(2):201-4.
- 138- Thom D. Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in the Community: Effects of Differences in Definition, population Characteristics and Study Type. *J Am Geriatr Soc* April 1998; 46(4): 473-80.
- 139- Altman D, Ekström A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Nov;197(5):512.
- 140- Kızılkaya N, Yalçın Ö, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Günay S. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstrakt Kitabı; 1999 Haziran 8-11; İstanbul.
- 141- Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Aplegate W, Varner E, Synder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2000; 97:116-20.

- 142- Tikkinen KA, Auvinen A, Tiitinen A, Valpas A, Johnson TM, Tamella TL. Reproductive factors associated with nocturia and urinary urgency in women :a population – based study in Finland. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Aug; 199(2):205-6.
- 143- Sampsel MC, Wyman JF, Thomas KK, Newman DK, Gray M, Dougherty M. Continence for Women: Evaluation of AWHONN’s Third Research Utilization Project. *JOGNN* 2000; 29(1): 9-17.
- 144- Alparslan Ö, Doğaner G, Çiftçi M. Kadınların Üriner İnkontinans Ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri. *sted* 2007;16(9), 129-33.
- 145- Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int* 2006 Feb; 97(2):296-300.
- 146- Bushnell DM, Martin ML, Svihra J. Evaluating the Performance of a New Slovak Version of the Incontinence- Specific Quality of Life Measure (I-QOL). 8th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), Amsterdam, The Netherlands, November 7-10, 2001.
- 147- Aslan E. Stres İnkontinansa Ped Testinin Önemi Ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi (Tez); 1999.

RESİMLEMELER LİSTESİ

II. Tablo 1. Üriner İnkontinansa Özgü Yüksek Düzeyde Tavsiye Edilen Anketler.....	15
II. Tablo 2. Üriner İnkontinansa Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	17
II. Tablo 3. Üriner İnkontinansa Spesifik Ölçütlerin Kullanım Oranları.....	18
III. Tablo 4. Kırklareli İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarına Göre Örnekleme Alınan Kadınların Dağılımı.....	31
III. Tablo 5. I-QOL İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Güvenirlik (Cronbach- α) Katsayıları.....	35
III. Tablo 6. I-QOL Ölçeğinin Bazı Avrupa Ülkelerindeki Cronbach's Alpha Değerleri.....	35
IV. Tablo 7. Çalışmaya Katılan Tüm Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ve Üriner İnkontinans Varlığına Göre Dağılımı.....	39
IV. Tablo 8. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Ve Kontinan Kadınların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	40-41
IV. Tablo 9. Üriner İnkontinans Riskini Artırabilecek Faktörlerin Mevcudiyetinin İnkontinan Ve Kontinan Kadınlar Arasında Karşılaştırılması.....	42
IV. Tablo 10. Üriner İnkontinanslı Kadınların Durumlarının Farkında Olma, Durumları İle Yaşama Ve Tedavi İle İlgili Durumlarının Dağılımı.....	44
IV. Tablo 11. Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin I-QOL Anketi İle Analizi.....	45
IV. Tablo 12. I-QOL Yaşam Kalitesi Ölçütlerinin Hastaların Yaş, Parite, BKİ ve Üriner İnkontinans Yaşama Süresi İle İlişkisi.....	46

IV.Tablo 13. Üriner İnkontinanslı Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ve Alt Alan Skorlarının Dağılımı.....	48-49
V. Tablo 14. Tüm Yaş Gruplarını İçeren Kadınlar Üzerinde Yapılan Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Uluslararası Çalışmalar.....	51
V.Tablo 15. 40 Yaş Üstü Senil Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar.....	52
V.Tablo 16. Ülkemizde Tüm Yaş Gruplarında Yapılan (15-20 Yaş Üstü) Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar.....	53
V.Tablo 17. Ülkemizde 40 Yaş Üstü Senil Hastalarda Yapılan Üriner İnkontinans Prevalansını İnceleyen Çalışmalar.....	53
V.Tablo 18. Üriner İnkontinan Kadınlarda I-QOL Ölçeği Kullanılarak Yapılan Yaşam Kalitesi Çalışma Skorları.....	61
IV.Grafik 1. Yaş İle I-QOL Skorları Arasındaki Negatif Korelasyon.....	47

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1977 yılında Amasya'da doğmuş, ilk orta ve lise öğrenimini Amasya'da tamamlamıştır. 1995 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nu kazanmış, 1999 yılında mezun olmuştur. 2001 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu'na öğretim görevlisi olarak atanmıştır. 2006 yılında Trakya Üniversitesi'nin açmış olduğu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Halen Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve 1 çocuk annesidir.

EKLER

40 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ ANKET FORMU

Denek No :

1- Oturulan mahallenin adı (Apt.No.ve Daire No'yu yazınız)

.....

2- Yaşınız : Boyunuz:..... Kilonuz:.....

3- Eğitim Durumunuz :

1-) Okur yazar değil 2-) Okur yazar 3-) İlkokul 4-) Ortaokul 5-) Lise 6-) Yüksekokul

4- Mesleğiniz :

1-) Ev hanımı 2-) Memur 3-) SSK'na bağlı işçi 4-) Emekli 5-) Diğer

5- Sosyal Güvenceniz :

1-) Yok 2-) SSK 3-) Bağ-Kur 4-) Emekli Sandığı 5-) Yeşil Kart 6-) Diğer

6- Ekonomik Durumunuz :

1-) İyi 2-) Orta 3-) Kötü

7- Kaç kez doğum yaptınız (varsa ölü doğumlar dahil) ?

1-) Hiç yapmadım 2-) 1 3-) 2 4-) 3 5-) 4 ve üzeri

8- Doğumlarınızın şekli nasıldı?

1-) Normal doğum 2-) Sezeryan 3-) Vakum 4-) Forseps

9- Menopoza girdiniz mi?

1-) Evet ↓ 2-) Hayır

10- Menopoz döneminde hormon tedavisi aldınız mı ?

1-) Evet 2-) Hayır

11- Ağır cisimleri kaldırırmısınız ?

1-) Evet 2-) Hayır

12- Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır

13- Sigara kullanıyor musunuz ?

1-) Evet 2-) Hayır

14- Alkol kullanıyor musunuz ?

1-) Evet 2-) Hayır

- 15- Hergün kahve içermisiniz ?
1-) Evet 2-) Hayır
- 16- Günde ortalama ne kadar kolalı içecek içersiniz ?
1-)Hiç içmem 2) 1-2 su bardağı 3-) 2 su bardağından fazla
- 17- İdrar kaçırma (üriner inkontinans) ile ilgili olarak herhangi bir yerden bilgi aldınız mı ?
1-) Evet↓ 2-) Hayır
- 18- Bu bilgiyi nereden aldınız ?
1-) Hemşire ve/veya ebeden 2-) Doktordan
3-) Arkadaş, aile vb. çevremden 4-) Gazete, dergi, kitap 5-) TV, Radyo
- 19- Yakın akrabalarınızda (anne-baba vb.) idrar kaçırma sorunu var mı ?
1-) Evet 2-) Hayır 3-) Bilmiyorum
- 20- Son 1 yıl içerisinde hiç idrar kaçırma sorunu yaşadınız mı?
1-) Evet 2-) Hayır
- 21- İdrar kaçırma sorununu ne zamandır yaşıyorsunuz ?
1-) 1 yıl ve ↓ 2-) 2-4 yıl 3-) 5 yıl-7 yıl 4-) 7 yıl ve ↑
- 22- Bu sorununuza yönelik tedavi oldunuz mu ?
1-) Evet 2-) Hayır↓
- 23- Tedavi olmama nedeniniz neydi?
1-) Yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünüyorum
2-) Muayene olmak için vakit bulamadım
3-) İdrar kaçırma sorunum beni fazla rahatsız etmiyor
4-) Muayene olmaktan çekiniyorum
5-) Diğer.....
- 24- İdrar tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için egzersiz yapıyor musunuz?
1-) Evet 2-) Hayır
- 25- İdrar kaçırmaya neler yol açar biliyor musunuz?
1-) Evet 2-) Hayır
- 26- Size göre idrar kaçırma sorununun önlenmesi mümkün müdür ?
1-) Evet 2-) Hayır 3-) Bilmiyorum
- 27- Bu konuda nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?
1-) Evet 2-) Hayır 3-) Bilmiyorum

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

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

Yaş Grubu	Erkek	Kadın			
85+ yaş	31	42			% ,56
80-84 yaş	61	86		% ,46	% 1,15
75-79 yaş	114	156		% ,91	% 2,09
70-74 yaş	171	180		% 1,71	% 2,41
65-69 yaş	230	242		% 2,56	% 3,25
60-64 yaş	277	248		% 3,45	% 3,33
55-59 yaş	347	345		% 4,16	% 4,63
50-54 yaş	498	490		% 5,21	% 6,58
45-49 yaş	558	650	% 7,48		% 8,73
40-44 yaş	557	667	% 8,38		% 8,95
35-39 yaş	589	653	% 8,36		% 8,77
30-34 yaş	549	644	% 8,84		% 8,65
25-29 yaş	578	646	% 8,24		% 8,67
20-24 yaş	547	676	% 8,21		% 9,07
15-19 yaş	537	666	% 8,06		% 8,94
10-14 yaş	370	401	% 5,55		% 5,38
5-9 yaş	321	341	% 4,82		% 4,58
0-4 Yaş	322	312	% 4,83		% 4,19
Toplam	6.657	7.445	Erkek	0	Kadın

Yaş Grubu	Erkek	Kadın			
85+ yaş	27	38	% ,32	85+ yaş	% ,43
80-84 yaş	49	64	% ,58	80-84 yaş	% ,73
75-79 yaş	118	146	% 1,41	75-79 yaş	% 1,68
70-74 yaş	174	214	% 2,09	70-74 yaş	% 2,46
65-69 yaş	237	262	% 2,84	65-69 yaş	% 3,02
60-64 yaş	258	280	% 3,1	60-64 yaş	% 3,22
55-59 yaş	376	345	% 4,51	55-59 yaş	% 3,97
50-54 yaş	529	540	% 6,35	50-54 yaş	% 6,22
45-49 yaş	594	601	% 7,14	45-49 yaş	% 6,93
40-44 yaş	667	665	% 8,01	40-44 yaş	% 7,67
35-39 yaş	690	680	% 8,29	35-39 yaş	% 7,84
30-34 yaş	721	766	% 8,66	30-34 yaş	% 8,83
25-29 yaş	818	869	% 9,83	25-29 yaş	% 10,02
20-24 yaş	644	753	% 7,74	20-24 yaş	% 8,68
15-19 yaş	677	629	% 8,13	15-19 yaş	% 7,25
10-14 yaş	641	632	% 7,7	10-14 yaş	% 7,28
5-9 yaş	585	671	% 7,03	5-9 yaş	% 7,73
0-4 Yaş	514	515	% 6,17	0-4 Yaş	% 5,94
Toplam	8.319	8.670			
			Erkek	Kadın	
			0	0	

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL : KIRKLARELİ
İLÇE : MERKEZ
Kurum : MERKEZ 3 NOLU EMİNE TUNCAN SAĞLIK OCAĞI

Tarih : 2006

NUFUS PİRAMİDİ

Sayfa : 1

Erkek

Kadın

Toplam

Erkek

Kadın

Toplam

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
85+ yaş	18	27	% 0,32	% 0,48	% 0,40
80-84 yaş	47	73	% 0,84	% 1,3	% 1,07
75-79 yaş	120	181	% 2,15	% 3,24	% 2,69
70-74 yaş	153	201	% 2,74	% 3,6	% 3,17
65-69 yaş	172	209	% 3,08	% 3,74	% 3,41
60-64 yaş	174	200	% 3,12	% 3,58	% 3,35
55-59 yaş	299	271	% 5,36	% 4,85	% 5,10
50-54 yaş	434	404	% 7,79	% 7,24	% 7,51
45-49 yaş	472	444	% 8,47	% 7,95	% 8,21
40-44 yaş	426	465	% 7,64	% 8,33	% 8,00
35-39 yaş	427	413	% 7,66	% 7,4	% 7,53
30-34 yaş	412	386	% 7,39	% 6,91	% 7,15
25-29 yaş	457	450	% 8,2	% 8,06	% 8,13
20-24 yaş	457	452	% 8,2	% 8,1	% 8,15
15-19 yaş	490	435	% 8,79	% 7,79	% 8,29
10-14 yaş	372	387	% 6,67	% 6,93	% 6,80
5-9 yaş	327	291	% 5,87	% 5,21	% 5,54
0-4 Yaş	313	290	% 5,61	% 5,19	% 5,40
Toplam	5.570	5.579	0	0	0

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İL : KIRKLARELİ

İLÇE : MERKEZ

Kurum : MERKEZ 4 NOLU SAĞLIK OCAĞI

NUFUS PIRAMIDI

Tarih : 2006

Sayfa : 1

Yaş Grubu	Erkek	Kadın			
85+ yaş	13	19			% ,46
80-84 yaş	27	52			% 1,28
75-79 yaş	81	109			% 2,68
70-74 yaş	127	172			% 4,24
65-69 yaş	177	171			% 4,21
60-64 yaş	143	174			% 4,29
55-59 yaş	162	184			% 4,53
50-54 yaş	272	250			% 6,16
45-49 yaş	332	283			% 6,98
40-44 yaş	301	338			% 8,33
35-39 yaş	298	284			% 7
30-34 yaş	273	305			% 7,52
25-29 yaş	301	305			% 7,52
20-24 yaş	358	346			% 8,53
15-19 yaş	327	332			% 8,18
10-14 yaş	318	292			% 7,2
5-9 yaş	275	253			% 6,24
0-4 Yaş	189	185			% 4,56
Toplam	3.974	4.054			
			Erkek	Kadın	
			0	0	

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL : KIRKLARELİ
İlçe : MERKEZ
Kurum : MERKEZ 5 NOLU SAĞLIK OCAĞI

Tarih : 2006

Sayfa : 1

NÜFUS PİRAMİDİ

Yaş Grubu	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Toplam
85+ yaş	20	29	% 0,45	% 0,45	49
80-84 yaş	48	72	% 1,13	% 1,13	120
75-79 yaş	99	129	% 2,03	% 2,03	228
70-74 yaş	151	217	% 3,42	% 3,42	368
65-69 yaş	174	260	% 4,09	% 4,09	434
60-64 yaş	204	192	% 3,02	% 3,02	396
55-59 yaş	330	295	% 4,65	% 4,65	625
50-54 yaş	392	418	% 6,58	% 6,58	810
45-49 yaş	572	508	% 8	% 8	1080
40-44 yaş	499	492	% 7,75	% 7,75	991
35-39 yaş	471	470	% 7,4	% 7,4	941
30-34 yaş	431	494	% 7,78	% 7,78	925
25-29 yaş	569	462	% 7,28	% 7,28	1031
20-24 yaş	542	546	% 8,6	% 8,6	1088
15-19 yaş	539	480	% 7,56	% 7,56	1019
10-14 yaş	481	475	% 7,48	% 7,48	956
5-9 yaş	419	435	% 6,85	% 6,85	854
0-4 Yaş	382	370	% 5,83	% 5,83	752
Toplam	6.323	6.344	Erkek	Kadın	12.667



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:16

Karar Tarihi:09.08.2007

11-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 09.08.2007 tarihinde "40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi" adlı TUTFEK 2007/146 protokol no.lu çalışmayı incelemek üzere toplandı. Prof. Dr. Betül Biner ORHANER, Doç. Dr. Dilek MEMİŞ, Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN ve Av. Mustafa POLAT iznli olmaları nedeniyle katılmadılar ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Üniversitemiz Kırklareli Sağlık Yüksekokulunda yapılacağı, Öğretim Görevlisi Gönül AKGÜN'ün yürütücüsü olduğu ve araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda yapılmasının UYGUN olduğuna mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma

Doç. Dr. Levent ÖZTÜRK
Dekan V.

Posta Adresi:

T.Ü. Tıp Fakültesi

Tel: (0284) 235 76 53 – 235 73 73