



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARDA ALT ÜRİNER
SİSTEM SEMPTOMLARI PREVALANSI, SEKSÜEL
FONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Hazırlayan

Dicle YILMAZ TAY

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2020



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARDA ALT ÜRİNER
SİSTEM SEMPTOMLARI PREVALANSI, SEKSÜEL
FONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Hazırlayan

Dicle YILMAZ TAY

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

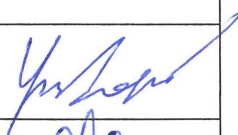
ÇANAKKALE-2020

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı :Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Dicle YILMAZ TAY
Tez Başlığı :Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları Prevalansı, Seksüel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sınav Tarihi : 27.01.2020

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç.Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Anabilim Dalı	
Sınav Jüri Üyeleri (Ünvan ve Adları)		
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR	Malatya İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ebelik Anabilim Dalı	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name :Çanakkalale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()

Department : Nursing


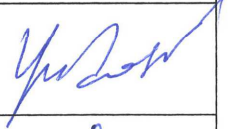

Student Name and Surname: Dicle YILMAZ TAY

Title of the Thesis :The Prevalence Of Lower Urinary Tract Symtoms Among The Women Working İn Health Sector And İts Effect On Their Sexual Function And Overall Life Quality

Examination Place : Institute of Health Sciences

Examination Date : 27.01.2020

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approvedas a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Assoc.Prof. Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkalale Onsekiz Mart University/ Faculty of Health Sciences	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR	Malatya İnönü University/ Faculty of Health Sciences	
Asist. Prof. Dr. Eda CANGÖL	Çanakkalale Onsekiz Mart University/ Faculty of Health Sciences	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 27.01.2020

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Dicle YILMAZ TAY

İmza: 

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitimim, tez çalışmam ve hayatımın her aşamasında bilgi ve desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, değerli fikirleriyle bana her konuda yol gösteren çok değerli hocam Doç. Dr. Ayten DİNÇ 'e,

Varlığı ile bana büyük manevi destek veren ve bana benden çok inanan eşim Batuhan Tay'a, annem Pervin Yılmaz, babam Murat Yılmaz, ikizim Ece Kayrak ve bana aynı dönemlerde yaşam kaynağı olan yeğenim Uras Kayrak'a yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda oldukları, bana güvendikleri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri ve bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için tüm içtenliğimle teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca 8 yıllık meslek hayatımda eğitimimi sonuna kadar destekleyen, her açıdan yanımda olan başta klinik sorumlum olmak üzere Burhaniye Devlet Hastanesi ortopedi servisi çalışma arkadaşlarıma, tezin veri toplama aşamasında yardımcı olan arkadaşlarıma ve çalışmaya dâhil olan tüm katılımcı meslektaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Dicle YILMAZ TAY

Çanakkale

2020

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	II
TEZ ONAY FORMU.....	III
TEZ ONAY FORMU (İNGİLİZCE).....	IV
BEYAN FORMU.....	V
TEŞEKKÜR SAYFASI	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ÖZET.....	XIII
ABSTRACT	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Alt Üriner Sistem Semptomlarının Tanımlanması	3
2.1.1. İdrarın Depolanması İle İlgili Semptomları	3
2.1.2. İdrarın Boşaltılması İle İlgili Semptomlar	7
2.1.3. İşeme İle İlgili Semptomlar	8
2.1.4. Diğer Alt Üriner Sistem İle İlgili Semptomlar	8
2.2. AÜSS Prevalansı	9
2.2.1. Üriner İnkontinans Prevalansı	13
2.2.2. AAM Prevalansı	14
2.3. Alt Üriner Sistem Semptomları Risk Faktörleri	14

2.4. AÜSS ve Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkisi	20
2.5. AÜSS'lerin Kadınlarda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	21
2.6. AÜSS Olanların Sağlık Arama Davranışları	22
2.7. AÜSS ve Hemşirenin Rolü.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	26
3.2. Araştırmanın Uygulanma Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulama	28
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	28
3.5.2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik, Obstetrik, Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	32
4.2. Katılımcıların Alt Üriner Sistem Semptomları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular	36
4.3. AÜSS Olan Katılımcıların Seksüel Şikâyetlerinin Dağılımı ve Seksüel Fonksiyon Bozukluğu Durumunun incelenmesi	40
4.4. BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamalarının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	41
5. TARTIŞMA	53
5.1. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda AÜSS Şikâyetlerine İlişkin Verilerin Tartışılması	53

5.2. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların AÜSS Şikâyetleri ve Sağlık Arama Davranışlarının Tartışılması	60
5.3. Üİ Şikâyeti Olan Kadınların Davranış Değişiklikleri ve Günlük Yaşantısının Etkilenme Durumunun Tartışılması	61
5.4. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda AÜSS Şikâyetinin Seksüel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Tartışılması	62
5.5. BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Farklı Değişkenlere İlişkin Veriler İle Tartışılması	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	70
7. KAYNAKLAR	71
8. EKLER.....	88
EK 1. Anket Formu	88
EK 2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu (BFLUTS-SF) 91	
EK 3. Etik Kurul Karar Formu.....	93
EK 4. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair Kurum İzni Formu	94
EK 5. Ölçek Kullanma İzin Formu.....	95
EK 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	96
EK 7. Özgeçmiş.....	98
EK 8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/ Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	100
EK 9. Spiralli Tez Kontrol Formu.....	101

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AÜSS	Alt Üriner Sistem Semptomları
Üİ	Üriner İnkontinans
AAM	Aşırı Aktif Mesane
ÜYE	Üriner Yol Enfeksiyonu
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ICS	International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
SD	Seksüel Disfonksiyon
EPİC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (Avrupa Kanser ve Beslenme Prospektif Araştırması)
NOBLE	National Overactive Bladder Evaluation (Ulusal Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Programı)
DM	Diabetes Mellitus
HT	Hipertansiyon
SÜİ	Stres Üriner İnkontinans
MÜİ	Miks Üriner İnkontinans
MS	Multiple Skleroz
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
BFLUTS	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları)
BKAÜSS-SF	Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu
PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EpiLUTS	Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms (Alt Üriner Sistem Semptomları Epidemiyolojisi)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Toplum Temelli Çalışmalar.....	11
Tablo 2: Türkiye’de Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları İle İlgili Yapılan Çalışmalar.....	12
Tablo 3: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	32
Tablo 4:Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Kişisel Alışkanlıkları ve Sağlık Durumu.....	33
Tablo 5: Kadınların Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular.....	34
Tablo 6: Kadınların Jinekolojik Öykülerine İlişkin Bulgular.....	35
Tablo 7: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların AÜSS Sıklığı.....	36
Tablo 8: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Üriner Şikâyetleri ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	38
Tablo 9: Üİ Şikâyeti Olan Kadınların Davranış Değişiklikleri ve Günlük Yaşantısının Etkilenme Durumu.....	39
Tablo 10: AÜSS Olan Katılımcıların Seksüel Şikâyetlerinin Dağılımı.....	40
Tablo 11:AÜSS ve Üİ şikâyeti Olan Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Bozukluğu Durumu.....	41
Tablo 12: BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyutları Verilerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 13: Katılımcıların Yaş ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Tablo 15: Katılımcıların Meslekleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 16: Katılımcıların Gelir Durumu ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	44
Tablo 17: Katılımcıların BKİ ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 18: Katılımcıların Alkol Kullanımı ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45

Tablo 19: Katılımcıların Sigara Kullanımı ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 20: Katılımcıların Kronik Hastalık ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 21: Katılımcıların Konstipasyon ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 22: Katılımcıların Toplam Gebelik Sayıları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 23: Katılımcıların Toplam Doğum Sayıları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 24: Katılımcıların Doğum şekilleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 25: Katılımcıların En Ağır Doğan Bebek Kilosu ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 26: Katılımcıların Adet Düzenleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 27: Katılımcıların Dismenore Şikâyeti ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 28: Katılımcıların Vajinal Akıntı/Kaşıntı şikâyetleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 29: Katılımcıların Menopoz Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 30: Katılımcıların Üriner Yol Enfeksiyonu Geçirme Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52

ÖZET

Bu araştırma; sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS prevalansını tanımlamak ve seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Kesitsel nitelikteki bu araştırma, Mayıs 2017– Aralık 2017 tarihleri arasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışan 243 kadın personel ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; “Anket Formu” ve “Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (BFLUTS)” kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın uygulanmasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden kurum izni alınmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler, Fisher Exact Test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve bağımsız örneklem t testi, Anova testi kullanılmıştır. Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS prevalansı %95,1 ve Üİ prevalansı %44,9 olarak saptandı. Katılımcıların %93,4’ünün depolama, %51,4’ünün boşaltım ve %44,9’unun Üİ ile ilgili en az bir AÜSS varlığı saptandı. Çalışmada en sık görülen AÜSS olarak urgency (%70,4), hesitency (%35,8), mesaneyi tam boşaltamama (%28,4) ve MÜİ (%44,4) sorunu saptandı. AÜSS şikâyeti olan kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluğu olanların oranı %56,7 (p=0,007) ve Üİ şikâyeti olanlarda %44 olarak bulunmuştur (p=0,000). Katılımcıların %24,7’sinin AÜSS nedeniyle tıbbi yardım aradığı, tıbbi yardım aramayanların çoğunluğunun durumu normal olarak algıladığı ve sorunu önemsemedikleri saptandı. Katılımcıların BFLUTS ölçeği ve alt boyut skorları ile yaş (p=0,015), eğitim durumu (p=0,039), alkol kullanımı (p=0,006), parite (p=0,002), bebek kilosu (p=0,046), adet düzeni (p=0,026), dismenore (p=0,011), vajinal akıntı, kaşıntı (p=0,019), ÜYE (p=0,010) ve kronik hastalık (p=0,012) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Sağlık sektöründe çalışan kadınların AÜSS konusunda farkındalıklarının artırılması, önlenebilir risk faktörlerinin azaltılması, çalışma koşullarının düzenlenmesi, sağlık arama davranışı geliştirmeleri konusunda teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Alt Üriner Sistem Semptomları, Sağlık Sektörü, Çalışan Kadın, Seksüel Fonksiyon, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

The Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms Among the Women Working in Health Sector and Its Effect on Their Sexual Function and Overall Life Quality

The aim of this study was to determine the prevalence of LUTS and its effect on sexual function and quality of life among women working in the health sector. This cross sectional study was conducted between May 2017 and December 2017 on 243 female staff working in Çanakkale Onsekiz Mart University Research and Application Hospital, Çanakkale, Turkey. Data were collected through a Survey Form and the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom (BFLUTS) Index. Data were collected by face-to-face interview technique. Ethics approval was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of Çanakkale Onsekiz Mart University and the institutional approval was obtained from the Chief Physician of Çanakkale Onsekiz Mart University, Research and Application Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, Kruskal–Wallis H test, independent samples t test and anova test. The prevalence of LUTS and UI was 95.1% and 44.9%, respectively. Of the participants, 93.4% had urine storage symptoms, 51.4% had urine emptying symptoms and 44.9% had at least one LUTS related to UI. The most common lower urinary tract symptoms (LUTS) were urgency (70.4%), hesitancy (35.8%), incomplete emptying of the bladder and mixed urinary incontinence (MUI). The rate of sexual dysfunction was 56.7% in women with LUTS ($p=0.007$) and 44% in patients with UI ($p=0.000$). It was determined that 24.7% of the participants were seeking medical help because of LUTS and the majority of those who did not seek medical help perceived the situation as normal and did not care about the problem. A statistically significant difference was found between the BFLUTS scale and subscale scores of the participants and the variables of age ($p=0.015$), education ($p=0.039$), alcohol use ($p=0.006$), parity ($p=0.002$), baby weight ($p=0.046$), menstrual pattern ($p=0.026$), dysmenorrhea ($p=0.011$), vaginal discharge and pruritis ($p=0.019$), urinary tract infection ($p=0.010$) and chronic disease ($p=0.012$). It is recommended to raise awareness of LUTS, to reduce preventable risk factors, to improve working conditions and to encourage health seeking behavior among women working in the health sector.

Key Words: Lower Urinary Tract Symptoms, Health Sector, Working Women, Sexual Function, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) hem kadın hem erkekte görülen, yaş ile birlikte şiddeti artan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlar topluluğudur (Al-Hayek ve Abrams, 2004). Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından AÜSS terimi, depolama (sık idrara çıkma, noktüri ve aşırı aktif mesane), boşaltım (idrarı başlatmakta gecikme, akım gücünde azalma, kesintili idrar akımı), işeme sonrası (mesanede dolmuş hissi, damla damla idrar yapma) ve alt üriner sistemde ağrı semptomları (mesane, üretra, vajina ve ya pelvik ağrı) olarak sınıflandırılmaktadır (Abrams ve ark. 2002).

AÜSS prevalansının yurtdışında yapılan birkaç toplumsal araştırmada kadınlar arasında %25 ile %89,6 arasında değiştiği söylenmektedir (Moller ve ark. 2000, Liao 2006, Zhang ve ark. 2013, Van Breda ve ark. 2015, Abrams ve ark. 2016, Palsson ve ark. 2017, Wan ve ark. 2017). AÜSS hakkındaki yapılan çalışmaların çoğu üriner inkontinans (Üİ) veya noktüri üzerine odaklanmıştır (Hunskaar ve ark. 2002). Dünyada yaklaşık 250 milyon yetişkinin Üİ'den etkilenmekte olduğu bildirilmektedir (Beji ve ark. 2010). Üİ prevalans tahminleri yapılan toplumsal çalışmalarda %5 ile %69 arasında değiştiği bildirilmiştir (Hunskaar ve ark. 2002, Van Oyen 2002, Yip ve Chung, 2003, Zhu ve ark. 2010). Türkiye'de Üİ prevalansının %9,6 ile %25,8 arasında (Özerdoğan ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Beji ve ark. 2010), kadınlardaki Üİ sıklığının ise %16,4 ile %49,5 arasında değiştiği bildirilmektedir (Filiz ve ark. 2006, Tozun ve ark. 2009). Yapılan çalışmalarda dünyada aşırı aktif mesane (AAM) şikâyeti olan insan sayısının 50-100 milyon arası olduğu ve bunlardan %9,7-35,7'sini kadınların oluşturduğu gözlemlenmiştir (Çankaya ve Oskay, 2014).

AÜSS, yaygın görülen ve rahatsız edici semptomlar olup, erkek ve kadınların yaşam kalitesini %20-50 oranında negatif etkilediği bildirilmiştir (Kupelian ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2009a). Yapılan çalışmalarda AÜSS'lü kadınların sadece 1/3'ünün sağlık uzmanlarından yardım istedikleri belirlenmiştir. Profesyonel yardım almak yerine birçok kadın AÜSS şikâyetlerini gidermek için sıvı kısıtlaması, sık tuvalete gitme gibi yöntemlere başvurmaktadır (Gormley ve ark. 2012). AÜSS

toplumsal açıdan da ekonomik anlamda büyük yük getiren ciddi bir sağlık sorunudur (Chaple ve Roehrborn, 2006).

Çalışma yaşamının AÜSS'leri etkilediği düşünülmektedir. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Tayvan'da 445 öğretmenle yapılan bir çalışmada, öğretmenlerin %65,8'inin (n=293) en az bir AÜSS deneyimi yaşadığı, %26,7'sinin (n=119) Üİ şikâyeti olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada AÜSS nedeni olarak, çalışma koşulları, tuvalet yetersizliği gösterilmektedir (Liao ve ark. 2007). ABD'de akademik bir kuruluştaki 18 yaş üstü 1113 kadından yaklaşık %21'i en az ayda bir Üİ yaşadıklarını belirtmiştir (Palmer ve ark. 1999). Fransa'da bir eğitim hastanesinde genç yetişkin ve orta yaşlı 1700 kadınla yapılan bir çalışmada Üİ prevalansı %6,2-47 arasında değiştiği bildirilmiştir (Peyrat ve ark. 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerde Üİ prevalansı %21,5 olarak bulunmuştur (Yağmur ve Ulukoca, 2009).

Literatürde sağlık çalışanlarında AÜSS görülme oranı ile sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur. Türkiye'de AÜSS araştırması için yapılan prevalans çalışmaları sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda gebelik, menopoz dönemindeki kadınlarda ve erkeklerde AÜSS ve bazı hastalıklar (Obezite, diyabet) ve AÜSS'e etkileri üzerine çalışmalara rastlanmıştır. Çalışan kadınlarda AÜSS prevalansının yaşam kalitesine ve seksüel fonksiyonlara etkisi ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Yapılan bu çalışmada Çanakkale ilinde sağlık sektöründe çalışan kadınların AÜSS prevalansı, seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Sağlık çalışanı kadınlarda AÜSS oranı ne kadardır?
2. Sağlık çalışanı kadınlarda AÜSS seksüel fonksiyonu etkilemekte midir?
4. Sağlık çalışanı kadınlarda AÜSS yaşam kalitesini nasıl etkilemektedir?
5. AÜSS sorunu olan kadınlar sağlık arama davranışında bulunmakta mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem Semptomlarının Tanımlanması

AÜSS hasta tarafından tanımlanmaktadır. Semptomlar çoğu zaman hasta tarafından bildirilir ya da anemnez alınırken öğrenilebilir, bazen de hasta yakınları tarafından aktarılmaktadır. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) 2002 standardizasyon raporuna göre AÜSS aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır (Abrams ve ark. 2002).

-İdrarın depolanması ile ilgili semptomlar (frequency, noktüri, urgency, üriner inkontinans, aşırı aktif mesane)

-İdrarın boşaltılması ile ilgili semptomlar (idrar yaparken zorlanma, idrar başlamasında gecikme, zayıf idrar akımı, kesintili idrar akımı, çatallı–dağınık idrar akımı, idrar yapımı sonunda damlama)

-İşeme sonrası semptomlar (mesane dolmuş hissi, işeme sonunda damlama)

2.1.1. İdrarın Depolanması İle İlgili Semptomları

Gündüz sık idrara çıkma (pollaküri), noktüri, urgency ve üriner inkontinans depolama semptomları arasında yer alır. Türkiyede kadınlar ile yapılan bir çalışmada idrarın depolanması ile ilgili semptomların prevalansı %64,1 olarak bulunmuştur (Zümrütbaş ve ark. 2014).

2.1.1.1. Frequency

Gündüz sık idrar yapmadır. Kişi gündüz 8 kez ve daha fazla idrara çıktığını ifade eder. Bu terim çoğu zaman “pollaküri” olarak geçmektedir (Abrams ve ark. 2002, Arıkan ve ark. 2010). Çin’de yapılan bir çalışmada öğretmenlerin %26,5’inde frequency bildirilmiştir (Liao ve ark. 2007). Ülkemizde Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan bir çalışmada frequency prevalansı %35,6, Taşçı’nın (2019), hastanede çalışan kadınlarda yapmış olduğu araştırmada %45,6 olarak bildirilmiştir.

2.1.1.2. Noktüri

Kişinin gece boyunca bir ya da daha fazla sayıda idrara çıkmak için uykusunun bölünmesi olarak tanımlanmaktadır (Van ve ark. 2000). Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve Birleşik Krallığın içinde bulunduğu beş ülkede yapılan (N: 19165) 18 yaş

üstü tüm kadın ve erkekleri kapsayan bir çalışmada kişilerin %50'sinde noktüri görüldüğü bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006). Yine Avusturya'da 20 yaş üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada (N=2500) bireylerin %10'unda noktüri şikâyeti bildirilmiştir (Schatzl ve ark. 2000). Asplund ve Hans'ın (2000), 40-64 yaşları arasındaki kadınlar ile yaptığı çalışmada noktürinin kalp hastalığı, diyabet, yaş ve menopozal durumdan etkilendiğini ve bu durumlarda arttığını rapor etmişlerdir.

2.1.1.3. Urgency

Ertelemesi zor, ansızın, şiddetli idrara çıkma hissi uyandıran durumdur (Abrams ve ark. 2002, Arıkan ve ark. 2010). Yurtdışında yapılan çalışmalarda urgency prevalansı %10,2-54 arasında değişmektedir (Milsom ve ark. 2001, Zhang ve ark. 2005, Chuang ve Kuo, 2010, Zhang ve ark. 2015, Soler ve ark. 2018, Yoo ve ark. 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda urgency prevalansının %35,6-85,6 arasında değiştiği bildirilmektedir (Zümrütbaş ve ark. 2014, Sever ve Oskay, 2015, Taşçı 2019, Karakaş 2019).

2.1.1.4. Üriner İnkontinans

Her türlü idrar kaçırma şikâyetidir (Abrams ve ark. 2002). Üriner inkontinans; tipi, sıklığı, şiddeti, idrar kaçırma ile ilişkili faktörler, yaşam kalitesi üzerine etkileri, sağlık arama davranışları ve üriner inkontinansa yönelik alınan tedbirler açısından tanımlanmalıdır. Üİ doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir problem olduğundan dikkatle ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (Özerdoğan ve ark. 2004, Bilgili ve ark. 2008). AÜSS'ün depolama ile ilgili semptomlarından biri olan Üİ en sık görülen ve en sıkıntılı olanıdır. Kadın ve erkekte yaşam kalitesinin bozulmasına ve morbiditeye neden olan en önemli sebeplerdendir (Chapple ve ark. 2008).

2.1.1.5. Üriner İnkontinans Tipleri

Üİ'ninde kendi arasında çeşitleri bulunmaktadır. Bunlar; stres üriner inkontinans (SÜİ), urge inkontinans, miks üriner inkontinans (MÜİ), enürezis noktürna (uykuda idrar kaçırma), sürekli idrar kaçırma ve diğer inkontinans türleridir (Seksüel ilişki esnasında, gülerken ya da nörolojik bir hastalığa bağlı duyu olmaması) (Abrams ve ark. 2002).

Stres Üriner İnkontinans

SÜİ semptom olarak; fiziksel zorlanmaya bağlı, ıkınma, gülme veya hapsirme, öksürme gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlarda istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmıştır (Jolleys 1988, Beji 2002, Menefee ve Wall, 2004, Güngör ve Çetinkaya, 2009). Üİ tipleri ile ilgili yapılan çalışmalarda SÜİ prevalansı yaklaşık %6,7-72,7 arasında bildirilmektedir (Oyelade ve ark. 2016, Araki ve ark. 2005).

Urge İnkontinans

Aniden idrar yapma zorunluluğu hissi ile birlikte olan idrar kaçırmadır. Ani ve önlenemeyen kasılmalar sonucunda mesane içi basınç ve üretra basıncı artar. Bu hastalar ani ve şiddetli idrar yapma hissi ile tuvalete ulaşmadan istemsiz idrar kaçırmaktan yakınırlar. Ayrıca urge inkontinans ısı değişmesi, su sesi duyma, kapı çalması, bazen seksüel ilişki ve orgazm ile ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (Abrams ve ark. 2002, Koçak 2002, Attar 2007, Günalp ve ark. 2008). Lin ve arkadaşları (2014), urge inkontinans prevalansını %10,4 olduğunu, Cutner ve arkadaşları (1991), urge inkontinans prevalansını %10 oranlarında bildirmişlerdir.

Mikst Üriner İnkontinans

Stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü durumdur. Hunskar ve arkadaşlarının (2000), çalışmasında üriner inkontinans tiplerinden %48'ini SÜİ, %17'sini urge inkontinans, %34'ünü MÜİ bildirilmiştir. Pierce ve arkadaşlarının (2017), çalışmasında MÜİ %22,7, SÜİ %46,2, urge inkontinans %23 olarak bildirilmiştir.

Overflow (Taşma) İnkontinans

Mesanenin aşırı doluluğuna bağlı inkontinanstır. Mesanenin aşırı gerildiği durumlarda, mesanenin boşalmasında bozukluk olarak tanımlanır. Detrüör kas aktivitesi azalmıştır. Üretral çıkış azaldığı için idrar mesanede birikir ve mesane hacmi dolar, bir noktadan sonra mesanede idrar daha fazla biriktirilemez ve taşma gözlenir. Hastada sık sık damlama şeklinde idrar kaçırma şikâyetlerine yol açar. Diyabet, omurilik yaralanmaları, diabetik nöropati, bazı ilaçların kullanımı ve pelvik

prolapsus veya geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı mesane çıkışı obstuksiyonu oluşmaktadır (İtil 2000, Mehdiyev 2007, Güngör ve etinkaya, 2009). Diğer inkontinans tiplerinin semptomlarını da (sık idrara çıkma, noktüri) içerdiğinden teşhisi zordur (Strohbehn 2003).

Fonksiyonel/Bilişsel İnkontinans

Fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışındaki faktörler nedeniyle oluşan idrar kaybıdır. Alzheimer ve parkinson gibi hastalığı bulunan kişilerde görülen üriner inkontinanstır. Kişide hareket kısıtlılığına yol açan artrit gibi hastalıklar, demans gibi kognitif bozukluklar, ciddi psikolojik rahatsızlıklar (psikoz gibi) en sık nedenleridir. Genellikle huzurevleri ve yatağa bağımlı hastaların oldukları yerlerde sık görülür (Yalçın 2000, Beji 2002, Güner 2008).

Enürezis Noktürna

Uyku sırasında görülen üriner inkontinanstır (Abrams ve ark. 2002). Yurtdışında yetişkinlerde enürezis noktürna prevalansı %2-4,3 oranında rapor edilmiştir (Yeung ve ark. 2004, Zhang ve ark. 2005, Oria ve ark. 2018). Ülkemizde Taşçı (2019), tarafından hastanede çalışan kadınlarda enürezis noktürna prevalansı %5,2 olarak bildirilmiştir.

Sürekli İdrar İnkontinansı

Hastanın devamlı idrar kaçırma yakınması vardır (Abrams ve ark. 2002).

2.1.1.6. Ařırđ Aktif Mesane

Ařırđ aktif mesane (AAM), hastada idrar yolu enfeksiyonu veya belirgin bir patoloji olmaksızın, genelde işeme sıklılığında artış ve noktürinin eşlik ettiği, idrar kaçırma şikâyeti olsun veya olmasın, sıkışma hissi olarak tanımlanmaktadır (Haylen ve ark. 2010, Coyne ve ark. 2011).

Gündüz ve gece güçlükle ertelenebilen veya ertelenemeyen ani idrar yapma isteği olarak tanımlanan urgency AAM'de temel semptomdur. Literatürde, AAM sendromuna frequency, noktüri ve urgency ile birlikte İ'nin de eşlik edebildiği bildirilmiştir (Milsom ve ark. 2001, Dmochowski ve ark. 2005, Zhang ve ark. 2006).

Avrupa'da yapılan geniş çaplı bir araştırmada AAM prevalansı %16,6 bulunmuş olup, kadınlarda (%17,4) erkeklere (%15,6) göre daha fazladır. Yaş arttıkça her iki cinste sıklık artmaktadır. Aynı çalışmada sık idrara çıkma bildirilen en sık semptom iken bunu urgency ve urge inkontinans izlemektedir (Milsom ve ark. 2001). AAM'de hem SÜİ hem de urge inkontinans görüldüğünü bildiren çalışma sonuçları mevcuttur (Coyne ve ark. 2009a, Lugo Salcedo ve ark. 2013).

Buna göre AAM; temel parametresi sıkışma olan, idrar depolama ile ilgili AÜSS'lerin birkaçının birlikte görüldüğü bir sendromdur. Sıkışma nedeniyle düşük mesane hacmi sıklıkla ortaya çıkmakta ve hastalar tipik olarak düşük hacimli sık idrara çıkma eğiliminde olmaktadır (Drake ve Abrams, 2012).

2.1.2. İdrarın Boşaltılması İle İlgili Semptomlar

Boşaltım semptomları zayıf idrar akımı, çatallı dağınık idrar akımı, kesintili idrar akımı, idrara geç başlama, zorlanarak idrar yapma, terminal damlamadır. Bu semptomlar idrar yapma sırasında yaşanır. Türkiye'de 919 kadın ile yapılan bir çalışmada idrarın boşaltılması ile ilgili semptomların prevalansı %37,8 olarak bulunmuştur (Zümürübaş ve ark. 2014).

Zayıf İdrar Akımı (Slow Stream)

Kişi daha önceki idrar akımına göre ya da diğer kişilerin idrar akımları ile karşılaştırarak idrar akımının zayıf olduğunu belirtebilir. Çatallı, dağınık idrar akımı (Splitting / Spraying) bildirilebilir (Abrams ve ark. 2002).

Kesintili İdrar Akımı (Intermittency)

İdrar yapma esnasında bir veya birkaç kez idrar akımının durup tekrar başladığı akım biçimidir (Arıkan ve ark. 2010).

İdrara Geç Başlama (Hesitancy)

Kişinin idrarını başlatmasında zorlanmasıdır. Erkeklerde genellikle prostat bezinin büyümesi neden olurken, kadınlarda gebelik ya da doğumdan sonra gelişebilir. Doğumun ikinci evresinin uzun sürmesi, perineal travma, epizyotomi, epidural kullanımı, iri bebek risk faktörleridir (Arıkan ve ark. 2010).

Zorlanarak İdrar Yapma (Straining)

İdrarını boşaltmak için zorlanma veya boşaltma işlemini güçlendirmek için kas gücü kullanılması gerektiğini ifade eder. Mesane çıkışı ve üretranın tıkanması ile ilgili sorunlardan ve ÜYE'den kaynaklanabilir (Abrams ve ark. 2002, Arıkan ve ark. 2010).

Terminal Damlama

İdrar boşaltımının son devresi uzayarak akım iyice zayıflamış, idrar damla damla boşalmaktadır (Abrams ve ark. 2002).

2.1.3. İşeme İle İlgili Semptomlar

İdrar yapımından hemen sonra yaşanan semptomlardır. İşeme sonrası görülen ve hasta tarafından dile getirilen semptomlardır. Bunlar, idrar yapımından sonra mesanede dolmuş hissi olmasıdır. Kişi idrarı varmış gibi hisseder ve idrar yaptıktan hemen sonra damlama şeklinde idrar kaçırma durumudur. Genellikle kadınlarda tuvaletten kalkarken idrarın kontrolsüz olarak dışarı akması demektir (Abrams ve ark. 2002). Türkiye'de kadınlar ile yapılan bir çalışmada işeme sonrası ile ilgili semptomların prevalansı %28,7 olarak bulunmuştur (Zümrütbaş ve ark. 2014). Lin ve arkadaşları (2014), eksik boşaltım prevalansını %43,7, Cutner ve arkadaşları (1991) ise, %26 oranlarını bildirmişlerdir.

2.1.4. Diğer Alt Üriner Sistem İle İlgili Semptomlar

-Koitus İle İlgili Belirtiler

Seksüel ilişki sırasında ağrı, kuruluk ve idrar tutamama durumudur (Abrams ve ark. 2002).

-Pelvik Organların Sarkması İle İlgili Belirtiler

Pelvik organların (mesane, uterus, rektum) vajina içine veya vajinadan dışarı sarkmasına pelvik organ prolapsusu denir. Pelvik organ prolapsusu klinikte genellikle SÜİ ile birlikte görülmektedir. Başlangıçta semptom vermemekle birlikte, ilerleyen durumlarda, kitle hissi, idrar veya defekasyonla ilgili şikayetler, seksüel sorunlar, ağrı şikayetleri görülür (Baykuş ve ark. 2017).

-Genital Bölge ve Alt Üriner Sistemde Ağrı

Genitoüriner Ağrı Sendromları: Ağrılı mesane sendromu, üretral ağrı sendromu, vulval ağrı sendromu, vajinal ağrı sendromu, pelvik ağrı sendromudur (Abrams ve ark. 2002).

Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu Düşündüren Sendromlar: Aşırı aktif mesane sendromu (urgency, frequency), mesane çıkım tıkanıklığı düşündüren AÜSS'leridir (Abrams ve ark. 2002, Arıkan ve ark. 2010).

2.2. AÜSS Prevalansı

Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalarından elde edilen sonuçlar, AÜSS tanımlanmasında güçlükler sebebi ile birbirinden farklı bildirilmiştir. Ayrıca toplumun özellikleri, çalışma şekli, klinik özellikleri ve kullanılan yöntemlerden elde edilen prevalans oranları etkilenmiştir (Moller ve ark. 2000, Ragnar ve Hans, 2000, Song ve ark. 2003, Boyle ve ark. 2003, Anger ve ark. 2006, Homma ve ark. 2006, Irwin ve ark. 2006). Dünyada 4,2 milyar yetişkin nüfusunun yaklaşık %46'sının AÜSS'lerden en az birini yaşadığı tahmin edilmektedir. Kadınların erkeklere göre AÜSS'ü yaşama olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Irwin ve ark. 2011, Abrams ve ark. 2016). AÜSS prevalansı yaşa, cinsiyete, ülkelere ve semptom çeşitlerine göre değişmektedir (Zhang ve ark. 2013, Zhang ve ark. 2015, Wang ve ark. 2015, Abrams ve ark. 2016). AÜSS prevalansının yurtdışında yapılan birkaç toplumsal araştırmada kadınlar arasında %25 ile %89,6 arasında değiştiği söylenmektedir (Moller ve ark. 2000, Liao ve ark. 2006, Zhang ve ark. 2013, Van Breda ve ark. 2015, Abrams ve ark. 2016, Palsson ve ark. 2017, Wan ve ark. 2017). AÜSS, yetişkin kadınları etkileyen yaygın, rahatsız edici durum olduğu ve sosyal yaşamlarını ciddi şekilde tehlikeye attığı söylenmektedir (Pinnock ve Marshal, 1997, Moller ve ark. 2000).

Moller ve arkadaşlarının (2000), Danimarka'da yaptıkları çalışmada 40-60 yaş arası kadınların %27,8'inde AÜSS'lerin sık görüldüğü saptanmıştır. Schatzl ve arkadaşlarının (2001), yapmış olduğu çalışmada AÜSS'ün 20 yaşından sonra 10 yılda bir %3,9 arttığı saptanmıştır. Danimarka'da 4052 kadın ile yapılan çalışmada AÜSS görülme sıklığı %41,3 olarak bulunmuştur (Hansen 2004). Beş Avrupa ülkesi ve Kuzey Amerika'da, Avrupa Kanseri ve Beslenme Prospektif Araştırması'nda (EPIC) belirlenen AÜSS yaygınlık oranı ise %48,1 olarak belirlenmiştir (Irwin ve

ark. 2006). Çin'de 6 bölgede yapılan bir çalışma yetişkin kadınların %50'sinin AÜSS yaşadığını göstermiştir (Zhang ve ark. 2015).

Tayvan'daki 1065 kadın hemşirenin yaklaşık %65'inin en az bir tane AÜSS yaşadığı bildirilmiştir. Kadın hemşirelerin AÜSS'lere karşı daha savunmasız olduğu ve bu sorunun önemli ölçüde dikkat çektiği bildirilmektedir (Liao ve ark. 2009). Avustralya'da 600 hemşire ve ebe ile yapılan çalışmada AÜSS prevalansı %46,7 (N=165) olarak bulunmuş (Wan ve ark. 2017), Çin Fizhou'da 4745, 20 yaş üzeri kadın ile yapılan AÜSS prevalansının araştırıldığı çalışmada kadınların %39,7'sinin AÜSS'ü olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark. 2005).

Ülkemizde yapılan çalışmalar kadınlar arasında AÜSS prevalansını %38,1 ile %94,8 oranında bildirmişlerdir (Zümrütbaş ve ark. 2014, Kaya ve ark. 2016, Taşçı 2019). Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), yapmış oldukları çalışmada kadınlardaki AÜSS prevalansını %73,5, Kaya ve arkadaşları (2016), hemşirelerde %44,5 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde Taşçı (2019), tarafından hastanede çalışan kadınlar ile yapılan çalışmada en az bir AÜSS prevalansını %94,8 olarak bildirilmiştir. Kadın hemşirelerin genel kadın popülasyonu ile karşılaştırıldığında AÜSS oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Pierce ve ark. 2016, Wan ve ark. 2017).

Tablo 1: Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Toplum Temelli Çalışmalar

Yazar/ Yıl	Araştırma Yeri	N	Yaş	AÜSS Semptomlar	Prevalans %
(Batista ve ark. 2018)	Brezilya 1. Basamak Sağlık Hizmetleri	322 Kadın	Ortalama 40 yaş	AÜSS Depolama Semptomları Noktüri Üİ	25-45 64,6 57,8 37,3
(Zhang ve ark. 2005)	Çin Fuzhou	4684 Kadın	20 yaş ve üstü	AÜSS İşeme Semptomları Depolama Semptomları	39,7 13,4 37,3
(Pierce ve ark. 2019b)	Avustralya Sidney	353 Hemşire	Ortalama 42 yaş	AÜSS	46,7
(Oyelade ve ark. 2016)	Nijerya	223 Kadın Öğrenci Hemşire	Ortalama 18-34 yaş arası	AÜSS Noktüri Üİ Urge Üİ SÜİ	52,2 35 15 9,4 6,7
(Liao ve ark. 2006)	Taiwan Taipei	445 Kadın Öğretmen	Ortalama 39 yaş	AÜSS Üİ Noktüri Frequency Urgency	65,8 26,7 16 44,5 17,8
(Wan ve ark. 2017)	Çin Jinan Hastanesi	636 Hemşire	Ortalama 31 yaş	AÜSS SÜİ Depolama Semptomları Üİ İşeme Semptomları	68 41 40 50 18
(Pierce ve ark. 2017)	Avustralya	2907 Hemşire ve Ebe	Ortalama 47 yaş	Üİ SÜİ Urgency MÜİ	32 46,2 23,1 22,7
(Araki ve ark. 2005)	Japonya	3522 Hemşire	Ortalama 20-64 yaş arası	Üİ SÜİ Urge Üİ MÜİ	16,7 72,7 12,1 9,9
(Xu ve ark. 2016)	Çin	636 Hemşire	Ortalama 31 yaş	AÜSS	90,5

Tablo 2: Türkiye’de Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Yazar/Yılı	Araştırma Yeri	N	Yaş	AÜSS Semptomlar	Prevalans %
(Yağmur ve Ulukoca, 2009)	Malatya Kamu Hastanesi ve Özel Tıp Merkezi	600 Hemşire	Ortalama 30-39 yaş arası	Üİ SÜİ MÜİ Urge Üİ	21,5 56,6 17,8 25,6
(Kaya ve ark. 2016)	Eskişehir Üniversite Hastanesi	281 Hemşire 63 Sekreter	Ortalama 34 yaş	AÜSS (Hemşire) (Sekreter) SÜİ MÜİ Urge Üİ	38,1 44,5 49 19,6 27,5
(Taşçı 2019)	Nevşehir Üniversite Hastanesi	365 Çalışan Kadın Personel	Ortalama 37 yaş	AÜSS Depolama Semptomları Boşaltım Semptomları Üİ	94,8 62,9 40,2 %43,9
(Zümrütbaş ve ark. 2014)	Denizli, Aile Sağlığı Merkezleri	919 Kadın	18 yaş ve üstü	AÜSS Depolama Semptomları Boşaltım Semptomları İşeme Semptomları	73,5 64,1 37,8 28,7

2.2.1. Üriner İnkontinans Prevalansı

Dünyada yaklaşık 250 milyon kadının Üİ sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (Özerdoğan ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Beji ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda Amerika'da kadınların yaklaşık olarak %11-63'ünün Üİ'den etkilendiği gösterilmiştir (Locher ve Burgio, 1996). Amerika'da 2000 yılında kadınların Üİ nedeniyle 1,1 milyon kez doktora başvurmuş olduğu tahmin edilmektedir (Litwin ve ark. 2005). Görülme sıklığının bu kadar geniş bir aralıkta bildirilmesinin sebebi çalışmalarda Üİ'nin farklı tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Howard ve Steggall'ın (2010), yaptığı araştırmaya göre İngiltere'de yaklaşık 3 milyon kişinin Üİ yaşadığı saptanmıştır. Toplumsal çalışmalarda Üİ prevalansı %5-69 arasında değiştiği bildirilmiştir (Hunnskaar ve ark. 2002, Van Oyen 2002, Yip ve Chung, 2003, Zhu ve ark. 2010). Çin'de Jinan hastanesinde 636 kadın hemşire ile yapılan çalışmada, hemşirelerin yarısının Üİ olduğu bildirildi. Aynı çalışmada en sık görülen Üİ tipinin, SÜİ ve urgency olduğu bildirilmiştir (Wan ve ark. 2017).

Türkiye'de Üİ prevalansının %9,6 ile %25,8 arasında (Özerdoğan ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Beji ve ark. 2010), kadınlarda ki Üİ sıklığının ise %16,4 ile %49,5 arasında değiştiği bildirilmektedir (Filiz ve ark. 2006, Tozun ve ark. 2009). Filiz ve arkadaşlarının (2006), Doğu Marmara bölgesinde altı sağlık kuruluşunda, 650 hasta ile yaptıkları araştırmada 106 kadında (%16,4) Üİ rapor edilmiştir. Üİ'nin en sık rastlanan türünün MÜİ (%61,3) olduğu, tüm inkontinanslı kadınlarda SÜİ prevalansı %20,8 ve urgency prevalansı ise %17,9 olarak belirlenmiştir. Hastanede çalışan 600 hemşire ile yapılan diğer bir çalışmada, Üİ'li çalışan hemşirelerde SÜİ prevalansı %56,6, urge üriner inkontinans %25,6, MÜİ %17,8 olduğu bulunmuş. Bu üç Üİ çeşidinin prevalansı yaş, parite ve BKİ ile birlikte arttığı bildirilmiştir (Yağmur ve Ulukoca, 2009). Özerdoğan ve arkadaşları (2004), 20 yaş ve üzeri 625 kadın ile yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %25,8 olarak bulmuştur. Türkiye'de, 17-80 yaş arası 2275 kadın üzerinde yapılan ve Üİ ve risk faktörleri inceleyen bir çalışmada kadınların %46'sında SÜİ, %43 ise urge Üİ saptanmıştır (Onur ve ark. 2009). Türkiye'de kadınlarda Üİ sorununu, mahremiyet duyguları, söylemekten utanmaları, doğumun ve ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görüp tedavi için başvurmamaları gibi nedenlerle gerçek Üİ prevalansının saptanması güç olmaktadır.

2.2.2. AAM Prevalansı

AAM yüksek prevalans oranları ile dünyada milyonlarca kişiyi etkileyen bir semptom olduğu bildirilmiştir (Coyne ve ark. 2011). Tüm dünyada AAM'li olan 50–100 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir. Toplum temelli çalışmalarda AAM prevalansının kadınlarda %9,7 ile %35,7 olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülen AAM'nin yaş ilerledikçe daha sık görüldüğü ve tüm yaş gruplarını etkilediği bildirilmiştir (Irwin ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2009a). Değişik ülkelerden yapılan birçok çalışmada AAM'nin yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (Milsom ve ark. 2001, Stewart ve ark. 2003, Irwin ve ark. 2006, Zhang ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2009a, Wang ve ark. 2011, Lugo Salcedo ve ark. 2013). EPIC raporu ile Kanada ve 4 Avrupa ülkesinde ICS'in AAM tanımlaması kullanılarak prevalans %11,8 olarak bulunmuş. Ulusal Aşırı Aktif Mesane Değerlendirmesi (NOBLE) ile Amerika'da telefon ile iletişim kullanılarak 5000'den fazla kişi değerlendirilmiştir. ICS tanımlaması kullanılmış ve AAM prevalansı kadınlarda %16,9 bulunmuştur (Stewart ve ark. 2003).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınlarda AAM prevalansı %20,7 olarak bulunmuş ve AAM'li kadınların, olmayanlara göre daha yaşlı olduğu ve doğum sayısının fazla olduğu dikkati çekmektedir (Sarıcı ve ark. 2014).

2.3. Alt Üriner Sistem Semptomları Risk Faktörleri

AÜSS semptomlarının gelişmesinde pek çok risk faktörünün etkisi olduğu bildirilmektedir. Bunlar bazı sosyo-demografik faktörler (yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim, çalışma durumu vs.), obstetrik ve jinekolojik faktörler (menopoz, gebelik ve doğum sayısı, doğum şekli, epizyotomi, iri bebek, doğum travması vs.), kişisel özellikler ve alışkanlıkları (BKİ, kronik hastalıklar, ÜYE, kabızlık, sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel aktivite, kafeinli içecekler ve bazı ilaçlar) sayılabilir.

Yaş

Yaşlanma ile birlikte alt üriner sistem fonksiyonları etkilenmekte, mesane kapasitesi, kompliyansı ve idrar akım hızı azalmaktadır. Ayrıca maksimal üretra kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu yaşla birlikte azalmaktadır (Lackner

2001, Merkelj 2001, Meville 2005). AÜSS semptomlarının her yaş kadını etkilediği bildirilmekle birlikte, yaşın artması ile prevalansı da arttığı söylenmektedir (Özerdoğan ve ark. 2004, Teunissan ve ark. 2006, Biri ve ark. 2006, Manonai ve ark. 2006, Danforth ve ark. 2006, Azuma ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada AÜSS'lerin 20 yaşından sonra 10 yılda bir %3,9 arttığı bildirilmiştir (Schatzl ve ark. 2001). Chapple ve arkadaşlarının (2017), yaptığı araştırmada, 40-44 yaş aralığındaki katılımcıların %49,9'unda ve 60 yaş üzerindeki katılımcıların %69,7'sinde en az bir AÜSS görüldüğü saptamıştır.

Irk

Irk ve etnik özelliklere göre kadınlardaki Üİ oranları değişkenlik göstermektedir. SÜİ'nin siyah ırkta daha düşük oranda bulunduğu, urge inkontinansın ise daha yüksek oranda olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Onder ve ark. 2012, Wehrberger ve ark. 2012). Yine başka bir çalışmada Beyaz Amerikalı kadınlarda, Asyalı ve Afrika-Amerikan kadınlara göre daha fazla Üİ oranları bildirilmiştir (Townsend ve ark. 2010). Başka bir çalışmada İspanyol kökenli Amerikan vatandaşlarında, Afrika kökenli siyahî kadınlara göre gün içerisinde daha fazla Üİ görüldüğü bildirilmiştir (Thom ve ark. 2006).

Cinsiyet

Kadınların erkeklere göre AÜSS şikâyetlerinin daha yüksek oranda olduğu bildirilmektedir (Ortiz 2004, Irwin ve ark. 2011). Üİ, kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Faltin 2009). ICS raporuna göre erkeklerde Üİ prevalans oranı %1 ile %39 arasında değişmektedir (Milsom ve ark. 2013). Alt Üriner Sistem Semptomları Epidemiyolojisi (EpiLUTS) çalışması ile ABD, Birleşik Krallık ve İsveç'te, erkek ve kadınlardaki Üİ oranlarını araştırılmış, Üİ prevalansı erkeklerde %46, kadınlarda %68 oranında bildirilmiştir (Coyne ve ark. 2012).

Eğitim Durumu

Sosyo-ekonomik durumu etkileyen düşük eğitim durumu sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükler yaratarak AÜSS riskini ve şikâyetlerini arttırdığı bildirilmiştir (Fowke ve ark. 2011, Wang ve ark. 2011, Choi ve ark. 2014, Abbot ve Elliot, 2016).

Medeni Durum

AÜSS şikâyetlerinin kişilerin medeni durumu ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark. 2011). Çin'de 636 hemşire ile yapılan bir çalışmada evli kadın hemşirelerin AÜSS şikâyetlerinin, evli olmayanlara göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Wan ve ark. 2017).

Çalışma Durumu ve Çalışma Saatleri

Yoğun iş temposu ve uzun çalışma saatlerinin tuvalet alışkanlıklarını olumsuz etkilediği ve AÜSS şikâyetlerini artırdığı bildirilmektedir. Örneğin, kadın hemşireler üzerinde yapılan farklı çalışmalarda yetersiz molalar, az sayıda tuvalete gitme ve tuvalet hijyeninin kötü olması nedeniyle idrar yapma isteklerini erteledikleri ve AÜSS şikâyetlerinin arttığı bildirilmiştir (Zhang ve ark. 2013, Wu ve ark. 2015, Wan ve ark. 2017).

Gelir Durumu

Düşük gelir durumu ve işsizlik gibi sosyo-ekonomik faktörlerin ve sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluğun AÜSS riskini artırdığı bildirilmiştir (Fowke ve ark. 2011, Choi ve ark. 2014, Abbot ve Elliot, 2016). Çin'de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada yüksek gelir düzeyine sahip hemşirelerin, düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre AÜSS şikâyetlerinin daha az olduğu saptanmıştır (Wan ve ark. 2017).

Gebelik ve Doğum

Kadınlar obstetrik, jinekolojik ve hormonal değişikliklerden çok fazla etkilenmektedir (Ateşkan ve ark. 2001). Gebelik ve doğum Üİ'nin en başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Gebeliğin son trimesterinde fizyolojik değişikliklerin etkisiyle Üİ görülebilir ancak bunlar sıklıkla doğumdan sonra düzelmektedir (Thorp ve ark. 1999, Jacobus 2003, Brummen ve ark. 2006, Yalçın 2009). Gebelikte mesane üzerindeki artmış bası nedeniyle SÜİ'da gebelik öncesi dönemle karşılaştırıldığında daha sık görülür (Bump ve ark. 1991, Rett ve ark. 2007). Bir çalışmada gebelik ilerledikçe Üİ semptomlarının arttığı ortaya konmuştur (Yalçın 2009).

Doğum şeklinin AÜSS üzerine etkisini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Vajinal doğumda travayın ikinci evresinin uzunluğu ve bebeğin baş çevresinin genişliği, doğum sırasında pelvis taban, üretral kaslar ve sinirlerde hasar meydana getirdiği için SÜİ'ye sebep olduğu düşünülmektedir. (Viktrup 2002, Parazzini ve ark. 2003). Sezaryen doğumunun, vajinal doğum ile karşılaştırıldığında AÜSS'leri koruduğu düşünülmüştür (Wan ve ark. 2017).

Literatürde Üİ ile ilişkili risk faktörleri olarak parite, iri bebek, çoğul gebelik gibi diğer obstetrik risk faktörlerinin de önemli rolü olduğu bildirilmektedir (Wesnes ve ark. 2007, Minassian ve ark. 2008, Ham ve ark. 2009, Christopher ve ark. 2012).

Bazı çalışmalarda epizyotominin, özellikle bebek ağırlığının fazla ve doğum evresinin uzun olduğu vakalarda AÜSS riskini arttırdığı bildirilmiştir (Viktrup 2002, Song ve ark. 2003, Mononai ve ark. 2004, Oskay ve ark. 2005, Ham ve ark. 2009).

Brezilya'da 322 kadın ile yapılan bir çalışmada forseps kullanılan doğumlarda idrarın boşaltılması ile ilgili semptomlar ve işeme sonrası mesanede dolun hissi gibi semptomlar sık görüldüğü bulunmuştur (Batista ve ark. 2018).

Menopoz

Menopoz ile birlikte östrojenin azalması, vajinal atrofiye ve üretra çevresindeki destek dokuların azalmasına ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak Üİ için eğilimi arttırmaktadır (Botlero ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan bir çalışmada premenopoz ve menopoz dönemdeki kadınların Üİ prevalansının karşılaştırıldığı bir çalışmada premenopoz dönemde Üİ prevalansı %9 iken, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda %50 olduğu bildirilmiştir (Özer ve Dinç, 2019). Çin'de 636 hemşire ile yapılan bir çalışmada menopozun AÜSS'e yatkınlığı artırdığı bulunmuştur (Wan ve ark. 2017).

Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Obezitenin intraabdominal basınç artışına neden olarak Üİ yol açtığı ve BKİ arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığını belirten birçok çalışma vardır. Özer ve Dinç'in (2019), yaptıkları çalışmada BKİ $30 \geq$ olanlarda 25,47 kat, Lu ve arkadaşlarının (2016), çalışmasında 3,36 kat, Dellú ve arkadaşlarının (2016), yaptıkları araştırmada 1,83 kat Üİ için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

Üriner Yol Enfeksiyonu (ÜYE)

Literatürde önceden geçirilmiş ÜYE, AÜSS için risk faktörü olarak gösterilmiştir. Espuña-Pons ve arkadaşlarının (2012), yaptıkları çalışmada sık ÜYE geçiren kadınlarda AAM'nin daha sık görüldüğü bulunmuştur. Ülkemizde 600 hemşire ile yapılan çalışmada ÜYE olan hemşirelerde urge inkontinans insidansı daha yüksek bulunmuştur (Yağmur ve Ulukoca, 2009). Çin'de 636 hemşire ile yapılan çalışmada, risk faktörleri olarak kadınların ÜYE öyküsü olması ile AÜSS arasında ilişki bulunmuştur (Wan ve ark. 2017).

Sigara Kullanımı

Sigara kullanmaya bağlı oluşan kronik öksürük, intrabdominal basınç artışına sebep olmakta ve pelvik tabanın zayıflamasına neden olmaktadır. Sigara içerisinde bulunan zararlı maddeler mesane basıncında artışa sebep olarak Üİ'ye yol açabileceği bildirilmiştir (Hampel ve ark. 1997, Yalçın 2000, Coyne ve ark. 2012, Burti ve ark. 2012). Song ve arkadaşlarının (2003), yaptıkları çalışmada sigara içenlerin AÜSS puanları sigara içmeyenlerden daha yüksek çıkmıştır. Bazı çalışmalarda ise sigara alışkanlığı ve AÜSS arasında ilişki gösterilememiştir (Bortolotti ve ark. 2000, Parazzini ve ark. 2003, Minassian ve ark. 2003, Koçak ve ark. 2005, Hsieh ve ark. 2008).

Fizik Aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersizin Üİ üzerine etkisi tartışılır iken, uzun süreli ağır egzersizlerin karın içi basıncı artırması nedeniyle pelvik taban desteğini zayıflatabileceği söylenmiştir (Bo 2004, Jean-Baptiste ve Hermiev, 2010, Chapple ve Milson, 2012).

Kronik Hastalıklar

Yaş ile birlikte kronik hastalıklar ve ilaç kullanımının artması alt üriner sistem fonksiyonlarını etkilemektedir. Hipertansiyon (HT), Diabetes mellitus (DM), solunum problemleri, KOAH, ödem, multiple skleroz (MS), konjestif kalp yetmezliği ve aşırı sıvı yüklenmesi ile AÜSS'ları, frequency, urgency ve Üİ ortaya çıkabilmektedir (Yalçın 2000, Haslam ve Laycock, 2008, Smith 2010). Diyabeti

olan hastalarda %80 oranında AÜSS bulunduğu gösterilmiştir (Yavuz ve Özkürkçügil, 2012).

Diüretik İlaçlar

Diüretik ilaçların AÜSS şikâyetlerini artırdığı söylenmektedir (Gomel ve ark. 1995, Atasü 2001). Danimarka'da 2860 kadın ile AÜSS için risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada diüretik ilaç kullanımının SÜİ için risk faktörü olduğunu belirtilmiştir (Moller ve ark. 2000).

Sıvı Alımı

Sıvı tüketiminin miktarı ve çeşidi AÜSS'leri etkilemektedir (Elstad ve ark. 2011). Diüretik özelliğe sahip kafein ve alkol içeren (kahve, şarap, çay, Türk kahvesi gibi) sıvılar fazla miktarda idrar boşaltımına ve idrara çıkma sayısının artmasına yol açabileceği bildirilmiştir (Kiyohara ve ark. 1999). Bu sıvıların fazla miktarda alınması da AAM semptomlarını kötüleştirdiği çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (Arya ve ark. 2000, Dallaso ve ark. 2003, Quinn ve ark. 2003, Fitzgerald ve ark. 2005, Dmochowski ve ark. 2005, Homa ve ark. 2011). Danimarka'da 40-60 yaş arası kadınlarla yapılan çalışmada urge inkontinansın, diüretik etkili sıvı alımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Moller ve ark. 2000).

Konstipasyon

Literatürde pek çok çalışmada konstipasyonun AÜSS'leri olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Zhang ve ark. 2005, Oskay ve ark. 2005, Koçak ve ark. 2005, Zhu 2009, Chapple ve Milson, 2012). Konstipasyonun pelvis sinirlerinde gerilmeye bağlı hasara yol açarak pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği öne sürülmüştür (Moller ve ark. 2000).

Ailede Üriner İnkontinans Öyküsü

Üİ gelişmesinde genetik faktörlerinde rolü olabilir. Anne veya ablasında Üİ olanlarda SÜİ gelişme riskinin fazla olduğu ve semptomları daha ciddi yaşadıkları bildirilmiştir (Hannestad ve ark. 2000). Yapılan başka bir çalışmada, aile hikâyesinde

Üİ şikâyeti olan kadınlarda, olmayanlara göre 2-4 kat daha fazla Üİ şikâyeti bulunmuştur (Sommer ve ark. 1990).

2.4. AÜSS ve Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkisi

Kadınlarda yaygın olan seksüel disfonksiyon (SD) anatomik, fizyolojik, tıbbi, psikolojik ve sosyal bileşenlerle çok faktörlü bir durum olarak tanımlanmıştır (Laumann ve ark. 1999, Ponholzer ve ark. 2005). Son yıllarda kadınlar üzerinde yaşam kalitesi ve seksüel fonksiyonlara ilişkin hastalık ve tedavileri konu alan çalışmalarda ki artış dikkati çekmektedir. AÜSS'leri olan kadınların Üİ şikâyeti olmasa bile, fiziksel, sosyal ve seksüel refahı üzerinde olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir (Teleman ve ark. 2005, Zhang ve ark. 2005).

Çalışmalarda Üİ ve AÜSS'lü kadınlar, sağlıklı genel popülasyona oranla daha fazla SD'den şikâyetçi olmuşlardır (Salonia 2003, Andrea ve Giuseppe, 2004). Literatürde kadınlarda SD'nin yaş ile birlikte arttığı, Üİ ve pelvik organ prolapsusuyla ilişkili (Field ve Hilton, 1993, Barber ve ark. 2002) ve ilerleyici olduğu, kadınların %30-50'sini etkileyerek yaygın görüldüğü bildirilmektedir (Berman ve ark. 1999, Laumann ve ark. 1999). Yapılan farklı iki çalışmada AÜSS'ün, uyarılma ve seksüel ilişki sırasında disporoni şikâyetlerini 7 kat arttırdığını bildirmiştir (Laumann ve ark. 1999, Leiblum 1999).

Danimarka'da 40-65 yaşları arasında 7500 kadın ile yapılan bir çalışmada, AÜSS varlığının kadınlarda SD için bağımsız risk faktörü olduğu söylenmiştir (Hansen, 2004). ABD'de 18-59 yaş arasında 1749 kadın ile yapılan bir çalışmada, SD oranı %43 olarak bulunmuştur (Laumann ve ark. 1999). Avrupa'da seksüel disfonksiyonu araştıran Braun ve arkadaşları (2004), 3145 üreme çağındaki kadında SD sıklığını yaklaşık %31,1 olarak bildirmişlerdir. Duralde ve Roven (2017), yaptıkları araştırmada Üİ şikâyeti olan kadınların %66'sında koital inkontinans görüldüğünü bildirmişlerdir. Pek çok kadın koital Üİ'yi ifade etmekten çekinmekte ve hatta birçoğu seksüel ilişkiye girmekten kaçınmaktadırlar.

Ülkemizde kadın SD prevalansına ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Ercan ve arkadaşlarının (2012), AÜSS ve Üİ'si olan kadınlarla yaptıkları çalışmaya göre SD, 39 AÜSS'lü kadın hastanın 31'inde ve 32 sağlıklı kadının 5'inde tespit edilmiştir. Salonia'nın (2003), çalışmasında ise, AÜSS ve Üİ hikâyesi olan 216 kadın hastanın

(ortalama 52 yaşlarında) %46'sında SD tanımlanmış ve %40'ı orgazm sırasında urge inkontinans şikâyet bildirmişlerdir. Moller ve Lose'un (2006), çalışmasında da seksüel olarak aktif olmayan kadınlarda, aktif olanlara kıyas ile 3-6 kat arasında daha fazla AÜSS'u görüldüğü saptanmıştır.

AÜSS'ü olan hastalarda SD prevalansındaki artışın nedeni net olarak bilinmesede ileri yaşlarda östrojen düzeylerindeki değişim ve ürogenital yaşlanmaya bağlı olarak vajina, üretra, mesane ve pelvik kaslarında zayıflama hem AÜSS'e, hem de SD'ye yol açabileceği söylenmektedir (Mauritsen 1997, Filiz ve ark. 2007).

2.5. AÜSS'lerin Kadınlarda Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

AÜSS yaygın görülen ve rahatsız edici bir durum olup, erkek ve kadınların %20 ile %50'sini etkileyerek sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kupelian ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2009b). AÜSS, hem yüksek prevalans hem de sağlığı ilgilendiren ve yaşam kalitesine olumsuz etkilerinden dolayı son yıllarda önem kazanmış ve bu konuda araştırmalar artmaktadır (Wang ve ark. 2015, Bavendam ve ark. 2016).

AÜSS, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlığını, yaşam kalitesini, aile, iş ve seksüel olarak tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (Luscombe 2000, Bilgiç ve Kızılkaya, 2010). AÜSS'ü olan kadınlar, seksüel aktivite (Tannenbaum 2015) ve duygusal rahatsızlıklar (örneğin; anksiyete, depresyon ve stres belirtileri) gibi yaşam kalitesi üzerinde çeşitli olumsuz etkiler yaşamaktadır (Choi ve ark. 2016). AÜSS utangaçlık, hayal kırıklığı ve uyku kalitesinin düşmesi sebebiyle sosyal aktivitelere engel olabilmektedir (Perera ve ark. 2014). Üİ şikâyeti olanlar üriner fonksiyonlarını kontrol edemezler ve durumun dışarıdan fark edilebileceği endişesi ile kendilerini kusurlu ve eksik olarak görmektedirler (Coyne ve ark. 2003, Koçak ve ark. 2005, El-Azab ve ark. 2007). Bu durum önemli bir problem olarak, Amerika'da yılda 8,1 milyar dolara mal olduğu bildirilmektedir (Peyrat ve ark. 2002).

Üİ doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen, kadının aile ve sosyal yaşantısını fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen bir problem olması ayrıca kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmesi nedeniyle dikkatle ele alınmalı ve değerlendirilmelidir (Özerdoğan ve ark. 2004, Wall 2006, Bilgili ve ark. 2008,

Dinç, 2016). İdrar kaçırma korkusu, potansiyel olarak utanma ve stres, kadınların sosyal yaşantılarında kısıtlama yapmalarına neden olmaktadır. Yolculuk ve alışveriş yapma, egzersiz yapma, seksüel ilişki gibi aktiviteler Üİ nedeniyle kısıtlanmakta, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Williams 2004). Üİ veya urgency olan kadınlarda yaşam kalitesi, uyku düzeni ve eşleri ile olan ilişkileri önemli oranda bozulmaktadır (Filiz ve ark. 2007). Üİ sıklığı ve şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesini etkileme derecesi değişmektedir (Güler 2006).

Literatür, Üİ'si olan kadınların iş performansının bozulduğu görüşündedir (Margalith ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin çalışma koşullarının AÜSS'lerini etkilediği bildirilmiştir (Liao ve ark. 2006). Hemşirelerin çalışma koşulları, vardiya, nöbet vs. dolayı genellikle stresli ve yoğundur. Yetersiz dinlenme ve ihtiyaç molaları küresel mesleki sorunlar olarak kabul edilmiştir (Wendsche ve ark. 2017, Brennan 2017). Avustralya'da kadın hemşire ve ebeler ile (21 ila 67 yaş arası) yapılan bir çalışmada, Üİ şikâyeti olan kadınların konsantre olma veya zamanı yönetme yeteneğinin azaldığı bildirilmiştir (Pierce ve ark. 2018). Başka bir çalışmada ise tuvalete erişimi kısıtlı olan hemşirelerin iş stresi ile AÜSS arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca kaygı ve depresyon oranları yüksek bulunmuştur (Zhang ve ark. 2013).

2.6. AÜSS Olanların Sağlık Arama Davranışları

Sosyal ve hijyenik problemlere yol açması sebebiyle kişilerin hangi nedenler ile Üİ yaşadıklarının araştırılması önem kazanmıştır. AÜSS nedenleri birçok faktöre bağlı olduğu için, sorun yaşayan kişilere hizmet sağlamada, birçok sağlık profesyoneli rol almaktadır (Aslan 1999). AÜSS'ün giderilmesine yönelik bakım ve tedavi genellikle 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri ile sınırlıdır bundan dolayı semptomlarda kötüleşme görülmektedir. Çünkü birçok kadın AÜSS ve özellikle Üİ'yi yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılar ve daha önce sağlık kuruluşuna başvurmaz (Berzuk ve Shay, 2015). Bu hastaların tedavi için başvurmama nedenleri arasında utanma, olayın hekim tarafından önemsiz bulunacağı endişesi, tedavi edilebileceğini bilmeme, operasyon korkusu, tedavinin maliyeti ve tedavi için zaman bulamama yer almaktadır. Üİ yaşamı tehdit eden bir durum olmadığı halde fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlara neden olmakla birlikte yapılan çalışmalar

kadınların sadece 1/4'nün problemlerine çözüm aramak için doktora başvurduklarını göstermiştir (Horrocks ve ark. 2004, Güler 2006, Hagglund ve ark. 2007). Üİ yaygın görülen semptomlar olmasına rağmen kadınlar, utandıklarını, yaşlanma sürecinin ve doğumun kaçınılmaz bir sonucu olduğunu düşünmekte ve kendilerini ihmal etmektedirler (Wong ve ark. 2006). Üİ'li birçok kadın profesyonel yardım istemez ve bunun yerine kendi başlarına durumu yönetmeye çalışmaktadır (Samuelsson ve ark. 1997). Üİ, tedavisi olan bir durum olduğu halde Üİ şikâyeti olanların yaklaşık %38-50'si sağlık personeli tarafından bilinmemektedir (Kök ve ark. 2006).

Türkiye'de hastanede çalışan 600 hemşire ile yapılan bir çalışmada Üİ'li hemşirelerin sadece %18,7'si bu durum için tıbbi yardım istemiştir. Tıbbi yardım istemeyenler gerekçe olarak, Üİ'nin yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğuna inanmaları, semptomları görmezden geldikleri, tedaviye güvenmemeleri, utandıklarını belirtmişlerdir (Yağmur ve Ulukoca, 2009). Yine başka bir çalışmada kadınların Üİ'yi yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılamadıkları ve göz ardı ettikleri söylenmektedir (Dinç ve Beji, 2008). Birçok çalışmada, Üİ'si olan kadınların doktora başvurmama nedenleri arasında idrar kaçırmayı normal veya basit bir problem olarak algılama, idrar kaçırmının ayıp ve utanç verici olduğunu düşünme ve Üİ'nin tedavi edilemeyeceğini düşünme gibi inanışların var olduğu bildirilmiştir (Bush ve ark. 2001, Kinchen ve ark. 2003, Horrocks ve ark. 2004, Hagglund ve ark. 2007, Kang ve Crogan, 2008, Beji ve ark. 2010).

2.7. AÜSS ve Hemşirenin Rolü

Sağlık ekibinde olan hemşirelerin, Üİ'nin önlenmesi ve bu sorunun giderilmesine ilişkin aktif rol almaları gerekmektedir (Acar 2010, Aslan 2002, Kök ve ark. 2006). Üİ'ye yönelik davranışsal tedavilerin uygulanmasında hemşirelerin rolleri bulunmaktadır. Klinik uygulamada davranışsal tedavilerin uygulanması zaman almakta ve tedavi etkinliğinin uzun sürede görülmesinden dolayı tercih edilmemekte, ilaç ya da cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Davranışsal tedavilerin ve diğer uygulamaların hastalara uygulanabilmesi için klinik ortamda yeterli sayıda eğitimli hemşire bulunmamasından dolayı da bu tür tedavilerin kliniklerde etkin olmadığı düşünülmektedir (Özcan ve Kapucu, 2014). Ürojinekoloji hemşiresinin rolleri 4 ana başlıkta incelenebilir.

1. Klinik Uygulama

AÜSS ve Üİ bakıma ihtiyacı olan kişilerin klinik ortamda gereksinimlerini sağlamak hemşirenin rollerindedir (Haken 1997). Hemşireler hastalarla daha yakın iletişimde olduğundan, AÜSS'ün tanısı, tedavisi ve önlenmesi konusunda aktif olarak etkin rol oynamaktadırlar (Bilgic ve Kızılkaya, 2010). Hemşirelerin, AÜSS'ün tanısına yönelik yapılacak muayeneler, testler ve tedaviler konusunda hastaları bilgilendirmesi önemlidir (Kocaöz ve Aşçı, 2019). Üİ sadece bir semptom olmadığı gibi kişinin tüm sosyal hayatını etkileyen bir durumdur. Değerlendirme yapılırken hastanın semptomlarının yaşam kalitesini ne kadar etkilediğine önem verilmelidir. Ayrıca hastanın idrara gitme sıklığı, şikâyetlerinin ciddiyeti, risk faktörleri ve tedavi isteyip istememesi değerlendirilmelidir (Abrams ve ark. 2002).

2. Eğitim

Kadınların yaşam boyunca alt üriner sistem fonksiyonunu sürdürebilmesi ve var olan sorunlarının tedavi edilebilmesi için sağlıklı mesane alışkanlıkları, önleyici stratejiler ve yaşam biçimi değişiklikleri ve tedaviler hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (Palmer ve ark. 2012). Hemşirelerin kişisel sağlık davranışlarıyla ilgili eğitilmesi semptomları önleyebilir veya iyileştirebilir (Fultz ve ark. 2005, Liao ve ark. 2009). AÜSS semptomlarının giderilmesi ve iyileştirilmesi için; sıvı alımı yönetimi, içilen sıvı türünde değişiklik, ilaç tedavisinde değişiklik yapılması, ÜYE'nin tedavisi, kronik solunum problemlerinin iyileştirilmesi, diyet ve kabızlık sorununa ilişkin çözümler (Eskiyurt ve Karan, 2000, Ballentyne 2002, Rodoplu 2009, Beji 2009), diyet, pelvik taban kas egzersizleri (kegel) ve mesane eğitimi gibi davranışsal müdahaleler, yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakoterapi yer almaktadır (Bradway ve ark. 2008). Kegel egzersizlerinde amaç; pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmektir (Kegel 1948, Davilla 1994, Kişnişçi 1996, Wise 1999). Mesane eğitiminde amaç; miksiyon aralıklarını giderek açmak ve belirli zamanlarda mesaneyi boşaltmaktır (Ballentyne 2002, Karan 2009). Sağlıklı mesane uygulamaları, bir insanın uyanık olduğu her 3-4 saatte bir idrar çıkışının olması ve günlük sıvı alımının her kilo başına 25-30 ml olması gerektiği söylenmiştir (Lukacz ve ark. 2011). Depolama AÜSS'leri sıklıkla, içilen sıvı miktarı değiştirilerek ve düzenli mesane boşaltımını sağlayarak yönetilir (Elstad

ve ark. 2010, Cardozo ve ark. 2009). Yaşam tarzı değişikliklerinde ise; kafein ve alkol tüketiminin azaltılması (Gormley ve ark. 2012), konstipasyonu önlemek için günde 1,5-2 litre sıvı ve lifli gıda tüketimi (Demirci ve Kızılkaya, 2002), kilo vermek (Özerdoğan ve ark. 2004, Oskay ve ark. 2005, Zhang ve ark. 2005, Song ve ark. 2005, Filiz ve ark. 2006, Khong ve Jackson, 2008), sigara tüketiminin azaltılması (Bradley ve ark. 2017), idrar yapmanın geciktirilmemesi ve sıvı alımının kısıtlanması yer almaktadır (Wan ve ark. 2017, Palmer ve Newman, 2015).

Davranışsal tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri hemşireler tarafından kolaylıkla uygulanabilen basit, ucuz, etkili, yan etkileri olmayan, etkilerinin zamanla görüldüğü ve cerrahi olmayan tekniklerdir (Sherman ve ark. 1997, Eric, 2004).

3.Yönetim

AÜSS ve Üİ danışma servisinin oluşturulması ve kaliteli olarak yönetilmesini sağlamak yönetim tarafından sağlanmalıdır (Haken 1997). Hemşirelerin iş rolleri fiziksel olarak zordur ve etkili zaman yönetimi gerektirmektedir. AÜSS görülen hemşirelerde yaşam kalitesi düşmekte ve konsantrasyonları azalmaktadır. Bu yüzden klinik uygulamalarda hata yapmaları olumsuz sonuçlara yol açabilir. Sağlık hizmetleri yöneticilerine hemşirelerin çalışma koşullarında tuvalet temizliği, erişiminin ve mola zamanlarının düzenlenmesi önerilmektedir (Melnyk 2018).

4. Araştırma

Daha kapsamlı araştırmalarla AÜSS konusunda daha fazla kanıta dayalı bilgi edinmek ve bu bilgiyi Üİ bakımında kullanmak hemşirenin rollerinden biridir (Haken 1997). Semptomları etkileyen çevresel faktörlerin değişiminin, hemşirelerin sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir faktör olduğu söylenmiştir. İlgili risk faktörlerini ve hemşirelerin iş gücünde AÜSS'lerin neden kaynaklandığını saptamak adına daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Pierce ve ark. 2019b).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma Çanakkale ilinde sağlık sektöründe çalışan kadınların AÜSS prevalansı, seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Uygulanma Yeri ve Zamanı

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde, Mayıs 2017– Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma örneklemini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan kadın personeller oluşturmaktadır.

Örnekleme alınma ölçütleri;

- Hastanede çalışan kadın olmak
- Evli ve seksüel yönden aktif
- Türkçe bilen
- En az ilkokul mezunu
- Katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

Örnekleme alınmama ölçütleri;

- Bekâr olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmamıza alınacak sağlık sektöründe çalışan kadınlarda olayın görülme olasılığı hesaplanmak istendiğinde, örnekleme alınacak kişi sayısını hesaplamak için evrendeki birey sayısı biliniyor ise;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1)+t^2 p q} \quad \text{formülü kullanılmıştır.}$$

Formülde;

n= Örnekleme alınacak kişi sayısı

N= Evrendeki kişi sayısı = 559

p= İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşme olasılığı) = 0,5

q= İncelenen olayın görülmemeye sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) (1-p) = 0,5

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer=1.96

d= Olayın görülme sıklığına kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır =0,05

$$n = \frac{559 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2(559-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)} = 228$$

2017 yılı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastane verilerine göre; hemşire-ebe 179, sekreter 111, diğer sağlık personeli 153, doktor 116, toplam N=559 kadın personel bulunmaktadır. Bu formüle göre; evreni bilinen örneklem yöntemine göre %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile ulaşılması gereken minimum örneklem hacmi 228 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda 243 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yöntemi olarak olasılıksız amacına uygun örneklem yöntemi kullanılmıştır.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; AÜSS şikâyetleri, **bağımsız değişkenleri** ise kişisel özellikler, obstetrik ve jinekolojik öykü, seksüel fonksiyonlar ve yaşam kalitesidir.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Uygulama

Çalışmada veri toplamak amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu (BFLUTS-SF) (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) kullanılmıştır (Jackson ve ark. 1996, Güngör 2005).

Formlar, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde, sağlık kurumunda çalışan, araştırma kriterlerine uygun olan kadınlardan yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Haftanın iki veya üç günü (Salı, Çarşamba, Perşembe günleri) hastaneye gidilerek formlar yaklaşık 10-15 dakikada doldurulmuştur.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen bir formdur. Bu formda, kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, BKİ), kişisel alışkanlıklarını (sigara ve alkol kullanma durumu, kabızlık, kronik hastalık durumu), obstetrik ve jinekolojik özelliklerini (toplam gebelik sayısı, toplam doğum sayısı, doğum şekli, en ağır doğan bebek kilosu, adet düzeni, dismenore, vajinal akıntı, kaşıntı, disparoni, menopoz ve ÜYE vb.), bazı AÜSS semptomları ve sağlık arama davranışlarını saptamaya yönelik toplam 29 soru bulunmaktadır (Jackson ve ark. 1996, Aksakal ve ark. 2006, Sever 2010, Başgöl 2013, Wan ve ark. 2017) (Ek.1).

Anket formu 30 kişi üzerinde uygulanmış ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmıştır. Ön uygulama yapılan grubun verileri araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.5.2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu (BFLUTS-SF) (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Index)

BFLUTS ölçeği Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş, kadınların üriner inkontinans şikâyeti, diğer alt üriner sistem semptomları, seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir (Jackson ve ark. 1996). Güngör (2005), tarafından Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır.

Bu soru formu; 1-2-3-4. sorular depolama semptomlarını, 5-6-7. sorular işeme semptomlarını, 8-9-10-11-12. sorular idrar kaçırma, 13 ve 14. sorular seksüel fonksiyon ve 15-16-17-18-19. sorular yaşam kalitesini değerlendiren beş alt boyuttan oluşmaktadır. İçeriğinde toplam 19 soru yer almaktadır. BFLUTS-SF'de katılımcıların vereceği cevaplar “hiçbir zaman”dan “her zaman”a ve “hiç”ten “çok”a doğru değişmektedir. Ayrıca “gece ortalama kaç defa idrar yapmaya kalkıyorsunuz” sorusu (1.soru) “Hiç”den “4 ya da daha fazlaya” ve “günde kaç kez idrar yapıyorsunuz” sorusu (4.soru) “her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum”dan “saatte bir yapıyorum”a kadar değişen aralıkta yanıt verilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanının yükselmesi seksüel yaşamın ve yaşam kalitesinin daha olumsuz yönde etkilendiğini ve alt üriner yol semptomlarının daha şiddetli olduğunu göstermektedir (Jackson ve ark. 1996). Soru formunun Cronbach alfa değeri 0,66, tekrar test'te 0,70 ($p < 0,01$) olduğu bildirilmiştir (Güngör 2005) (EK.2). Çalışmamızda ölçek güvenirliliği Cronbach Alpha değeri 0,841 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerinden tanımlayıcı bilgiler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum maksimum istatistiksel metotlar kullanılarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların AÜSS, Üİ ve seksüel disfonksiyon değişkenleri arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymak için Fisher Exact Test ile değerlendirme yapılmıştır.

Elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığını kontrol etmek için normallik analizleri yapılmış, basıklık çarpıklık değerleri incelenmiş, varyans katsayıları hesaplanmış ve normallik grafikleri incelenerek depolama alt boyutu normal dağılım gösterirken diğer alt boyut verilerinin normal dağılım göstermediği görülmüştür. Bunun sonucunda araştırma problemlerinin analizlerinde bağımsız örneklem t testi, Anova testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan etik onay (Karar No:2017-06) (EK-3) ve çalışmanın uygulanacağı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınmıştır (Sayı:27222899-045.99-E35332) (EK-4). Güngör (2005), tarafından Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği yapılan BFLUTS-SF'nun ölçek kullanım izni alınmıştır (EK-5).

Çalışma öncesinde katılımcılara çalışmanın amacı iletilmiş, verilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı ve kişisel bilgilerin saklanacağı anlatılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır (EK-6). Bütün toplanan formlar araştırmacı tarafından dosyalanmış ve gizlilik ilkesine bağlı kalarak saklanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sonuçları Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan evli kadınlara için geçerlidir. Tüm sağlık sektöründe çalışan evli kadınlara genellenemez.

4. BULGULAR

Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS prevalansı, yaşam kalitesi ve seksüel fonksiyonları üzerine etkisini saptamak amacıyla planlanan çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan çalışmayı kabul eden 243 kadın ile yapılmıştır.

Araştırmanın bulguları 4 bölümde incelenmiştir;

4.1. Birinci bölümde, katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik öyküleri, kişisel alışkanlıklarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

4.2. İkinci bölümde katılımcıların AÜSS görülme sıklıklarına ve sağlık arama davranışlarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

4.3. Üçüncü bölümde, AÜSS olan katılımcıların seksüel şikâyetlerinin dağılımı ve seksüel fonksiyon bozukluğu durumunun incelenmiştir.

4.4. Dördüncü bölümde, BFLUTS ölçeği ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının bazı değişkenler ile karşılaştırılmıştır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik, Obstetrik, Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 3: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=243)

Özellik	Sayı (n)	%
Yaş		
20-29	50	20,6
30-39	100	41,2
40 ve üzeri	93	38,3
Eğitim		
İlköğretim	18	7,4
Ortaöğretim	64	26,3
Önlisans	34	14,0
Lisans ve üzeri	127	52,3
Meslek		
Hemşire	138	56,8
Sekreter	37	15,2
Diğer Sağlık Personeli (Temizlik Personeli, Güvenlik Görevlisi)	68	28,0
Gelir		
Gelir giderden az	85	35,0
Gelir gidere denk	130	53,5
Gelir giderden fazla	28	11,5
BKİ		
Zayıf ($\leq 18,4$)	5	2,1
Normal kilolu (18,5-24,9)	144	59,3
Fazla kilolu (25,0-29,9)	65	26,7
Obez ($\geq 30,0$)	29	11,9

Çalışmamızda ki kadınlar yaş gruplarına göre incelendiğinde; %20,6'sının 20-29 yaş grubunda, %41,2'sinin 30-39 yaş grubunda %38,3'ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların yaş ortalamaları ise, $36,74 \pm 7,16$ (min. 22-max. 56) olarak bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumlarına bakıldığında; %7,4'ünün ilköğretim, %26,3'ünün ortaöğretim, %14'ünün önlisans, %52,3'ünün lisans ve üstü mezunu olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların meslek grupları incelendiğinde; %56,8'i hemşire ve ebe, %15,2'si sekreter, %28'i diğer sağlık personeli olarak hastanede görev yapmaktadırlar.

Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde; %35'i gelir giderden az, %53,5'i gelir gidere denk, %11,5'i gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınların beden kitle indeksi (BKİ) incelendiğinde ise; %2,1'i zayıf ($\leq 18,4$),

%59,3'ünün normal kilolu (18,5-24,9), %26,7'sinin fazla kilolu (25,0-29,9), %11,9'unun obez ($\geq 30,0$) olduğu bulunmuştur. BKİ ortalamalarının ise, $24,55 \pm 4,20$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Kişisel Alışkanlıkları ve Sağlık Durumu (N=243)

Özellik	Sayı (n)	%
Alkol		
Evet	29	11,9
Hayır	214	88,1
Sigara		
Evet	76	31,3
Hayır	167	68,7
Kronik Hastalık		
Yok	182	74,9
HT	9	3,7
DM	8	3,3
Troid	14	5,8
Anemi	9	3,7
Diğer	21	8,6
Kronik Konstipasyon		
Evet	60	24,7
Hayır	183	75,3

Araştırmaya katılan katılımcıların %11,9'unun alkol kullandığı, %88,1'inin alkol kullanmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların %31,3'ünün sigara kullandığı, %68,7'sinin sigara kullanmadığı bulunmuştur.

Kronik hastalık dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %74,9'unun herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %3,7'sinin HT, %3,3'ünün DM, %5,8'inin troid hastalıkları, %3,7'sinin anemi rahatsızlığı olduğu ve %8,6'sının çeşitli kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sık rastlanan diğer kronik hastalıklar ise; astım, migren, gastrik ülser, ürtiker, bipolar, trombositopeni, alerji, ankilozan spondilit ve varis sorunları olduğu saptanmıştır.

Kadınların %24,7'sinin kronik konstipasyon problemi olduğu bildirilmiştir.

Tablo 5: Kadınların Obstetrik Öykülerine İlişkin Bulgular (N=243)

Özellik	Sayı (n)	%
Toplam Gebelik Sayısı		
Hiç gebe kalmamış	23	9,5
1 Gebelik	77	31,7
2 Gebelik	92	37,9
3 Gebelik ve Üzeri	51	21,0
Toplam Doğum Sayısı		
Hiç doğum yapmamış	31	12,8
1 Doğum	92	37,9
2 Doğum	107	44,0
3 Doğum ve üzeri	13	5,3
Son Doğum Şekli (n=212)		
Normal	65	30,7
Sezaryen	147	69,3
En Ağır Doğan Bebek		
3000 gr ≤	43	17,7
3000-4000 gr	148	60,9
4000 gr ve ≥	21	8,6
	43	17,7
Perineal Travma nedeni (N=65)		
Epizyotomi	49	75,4
İri bebek	8	12,3
Vakum	7	10,8
Forseps	1	1,5

Kadınların; %9,5'i hiç gebe kalmamış, %31,7'si 1 gebelik, %37,9'u 2 gebelik, %21'i ise 3 gebelik yaşadığı bulunmuştur. Kadınların toplam doğum sayısı incelendiğinde; %12,8'i hiç doğum yapmamış, %37,9'u 1 doğum, %44'ü 2 doğum, %5,3'ü ise 3 doğum gerçekleştirdiği bulunmuştur.

Katılımcıların son doğum şekilleri incelendiğinde; %69,3'ü sezaryen doğum, %30,7'si normal doğum gerçekleştirdiği bulunmuştur.

En ağır doğan bebeklerinin kilosu incelendiğinde; %17,7'si 3000 gr altında, %60,9'u 3000-4000 gr arasında, %8,6'sı 4000 gr ve üstünde olduğu saptanmıştır. Kadınların en ağır bebek kilosu ortalaması 3327,64±511,978 (min.1500-max.4900) gr olduğu tespit edilmiştir.

Herhangi bir vajinal doğumunda perineal travma yaşayan katılımcılar incelendiğinde; 49 katılımcı epizyotomi, 8 katılımcı iri bebek, 7 katılımcı vakum, 1 katılımcı forseps, ve nedeniyle perineal travma yaşamıştır.

Tablo 6: Kadınların Jinekolojik Öykülerine İlişkin Bulgular (N=243)

Özellik	Sayı (n)	%
Adet Düzeni		
Düzenli	189	77,8
Düzensiz	36	14,8
Sık Aralıklarla	9	3,7
Seyrek Aralıklarla	9	3,7
Dismenore		
Evet	140	57,6
Hayır	103	42,4
Vajinal/Akıntı Kasıntı		
Evet	41	16,9
Hayır	202	83,1
Menopoz		
Evet	15	6,2
Hayır	228	93,8
Üriner Yol Enfeksiyonu		
Evet	186	76,5
Hayır	57	23,5

Katılımcıların adet düzeni incelendiğinde %77,8'i düzenli, %14,8'i düzensiz, %3,7'si sık aralıklarla, %3,7'si ise seyrek aralıklarla adet gördüğü, %57,6'sının dismenore sorunu yaşadığı saptanmıştır.

Katılımcıların %16,9'unun vajinal akıntı/kaşıntı şikâyeti yaşadığı, %83,1'inin ise vajinal akıntı/kaşıntı şikâyeti olmadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %93,8'i ise menopoza girmemiştir.

Katılımcıların %76,5'inin hayatlarında en az bir kez ÜYE geçirdiği saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Alt Üriner Sistem Semptomları ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 7: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların AÜSS Sıklığı (N=243)

Alt Üriner Sistem Semptomları	Sayı	%
En Az Bir Alt Üriner Sistem Semptomu Varlığı (Depolama, Boşaltım, Üriner İnkontinans)		
Var	231	95,1
Yok	12	4,9
Depolama İle İlgili Semptomlar		
Var	227	93,4
Yok	16	6,6
Noktüri (Gece ≥ 2 kez)		
Var	38	15,6
Yok	205	84,4
Urgency		
Var	171	70,4
Yok	72	29,6
Mesanedede Ağrı		
Var	121	49,8
Yok	122	50,2
Frequency (Gündüz ≥ 8 kez)		
Var	111	45,7
Yok	132	54,3
Boşaltım İle İlgili Semptomlar		
Var	125	51,4
Yok	118	48,6
İdrara Geç Başlama (Hesitency)		
Var	87	35,8
Yok	156	64,2
Zorlanarak İdrar Yapma (Straining)		
Var	50	20,6
Yok	193	79,4
Kesintili İdrar Yapma (İntermittency)		
Var	83	34,2
Yok	160	65,8
İdrar Akışında Azalma (Slow Stream)		
Var	31	12,8
Yok	212	87,2
İşeme İle İlgili Semptomlar		
Mesaneyi Tam Boşaltamama		
Var	69	28,4
Yok	174	71,6

Üİ Tipleri	n	%
Urge İnkontinans		
Var	71	29,2
Yok	172	70,8
Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)		
Var	83	34,2
Yok	160	65,8
Miks Üriner İnkontinans (MÜİ)		
Var	108	44,4
Yok	135	55,6
Beklenmedik Anda Sebepsiz Üriner İnkontinans		
Var	19	7,8
Yok	224	92,2
Enürezis Nokturna		
Var	4	1,6
Yok	239	98,4
Seksüel İlişki Sırasında Üriner İnkontinans		
Var	13	5,3
Yok	230	94,7

Kadınların %95,1'inde depolama, boşaltım ve üriner inkontinans alt boyutlarını içeren en az bir alt üriner sistem semptomu bulunmaktadır. Depolama semptomları (%93,4) incelendiğinde; katılımcıların %15,6'sında noktüri, %70,4'ünde urgency, %49,8'inde mesane ağrı hissi ve %45,7'sinde frequency semptomlarının olduğu belirlenmiştir.

Katılımcılarda boşaltım semptomlarının (%51,4) görülme sıklıkları sırası ile idrara geç başlama %35,8, kesintili idrar yapma %34,2, zorlanarak idrar yapma %20,6, idrar akışında azalma görülme sıklığı %12,8 olarak bulunmuştur. İşeme ile ilgili semptom olan mesaneyi tam olarak boşaltamama katılımcılarda %28,4 oranında görülmektedir.

Katılımcıların üriner inkontinans ile ilgili semptomları incelendiğinde; %29,2'sinde urge inkontinans, %34,2'sinde SÜİ, %44,4'ünde MÜİ, %7,8'inde beklenmedik anda sebepsiz üriner inkontinans, %1,6'sında enürezis noktürna ve %5,3'ün de seksüel ilişki sırasında Üİ görüldüğü bulunmuştur.

Tablo 8: Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların Üriner Şikâyetleri ve Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgular

Özellik	Gruplar	n	%
Üriner inkontinans (n=243)	Var	109	44,9
	Yok	134	55,1
Üriner Yol Enfeksiyonu (n=243)	Geçiren	186	76,5
	Geçirmeyen	57	23,5
İdrar Kaçırma Şikâyeti ile Doktora Başvurma (n=109)	Evet	27	24,8
	Hayır	82	75,2
Doktora Başvurmama Sebebi (n=82)	Utanma	2	2,4
	Durumu Önemsememe	23	28,1
	Rahatsızlık Vermemesi	8	9,8
	Şikâyetinin çok nadir olması	7	8,5
Üİ Nedeniyle Tedavi Görme (n=27)	Evet	12	44,4
	Hayır	15	55,6
Tedavi Şekli (n=12)	Medikal Tedavi (İlaç)	8	66,7
	Davranışsal Tedavi (Sıvı dengesi, beslenme ve mesane eğitimi)	4	33,3

Araştırmaya katılan kadınların %44,9'unun Üİ şikâyeti olduğu %55,1'inde Üİ şikâyeti olmadığı saptanmıştır.

Katılımcılara idrar kaçırma şikâyeti ile doktora başvuru yapmaları durumu sorgulandığında; %24,8'si doktora başvurdukları, %75,2'sinin ise doktora başvurmadıkları bulunmuştur (n=109). Üİ şikâyeti ile doktora başvurmayan katılımcıların %2,4'ü utandığı için, %28,1'i durumu önemsemediği için, %9,8'i rahatsızlık vermediği nedeniyle, %8,5'i şikâyetinin çok nadiren olmasından, %51,2'si ise Üİ şikâyetini normal bir durum olarak algıladığı, hastalık olarak görmediğinden olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %44,4'ü Üİ rahatsızlığı sebebi ile tedavi görür iken, %55,6'sının tedavi görmediği saptanmıştır. Tedavi gören katılımcıların tedavi şekillerine bakılacak olunursa (n=12); %66,7'sinin tedavi şeklinin medikal tedavi olduğu, %33,3'ünün ise davranışsal tedavi (sıvı dengesinin sağlanması, mesane eğitimi, beslenme şekli, kegel egzersizleri) gördüğü saptanmıştır. Katılımcıların %76,5'inin daha önce ÜYE geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 9: Üİ Şikâyeti Olan Kadınların Davranış Değişiklikleri ve Günlük Yaşantısının Etkilenme Durumu (n=109)

	n	%
Sıvı Alımını Kısıtlama İhtiyacı		
Var	53	48,6
Yok	56	51,4
Tuvalet Olmayan Yerlere Gitmekten Kaçınma		
Var	60	55,1
Yok	49	44,9
Üİ Sebebiyle Günlük İşlerinde Etkilenme		
Var	42	38,5
Yok	67	61,5
Üİ Sebebi İle İç Çamaşır Değiştirme/Koruyucu Kullanma Durumu		
Hiç	50	45,9
İç çamaşır değiştirme	36	33
Küçük ped kullanma	22	20,2
Bez-havlu gibi kalın şeyler kullanma	1	0,9

Üİ şikâyeti olan kadınların davranış değişiklikleri incelendiğinde; %48,6'sının sıvı alımını kısıtladığı, %55,1'inin tuvalet olmayan yerlerden kaçındıkları ve %38,5'inin Üİ sebebiyle günlük işlerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Kadınların Üİ sebebi ile çamaşır değiştirme veya koruyucu kullanma durumu incelendiğinde; %33'ü iç çamaşırını değiştirdiklerini, %20,2'si küçük ped kullandığı ve yalnız 1 kişinin ise kalın bez, havlu gibi şeyleri kullandığını ifade etmişlerdir.

4.3. AÜSS Olan Katılımcıların Seksüel Şikâyetlerinin Dağılımı ve Seksüel Fonksiyon Bozukluğu Durumunun incelenmesi

Tablo 10: AÜSS Olan Katılımcıların Seksüel Şikâyetlerinin Dağılımı (n=231)

	n	%
Seksüel Şikâyet Varlığı		
Evet	133	57,6
Hayır	98	42,4
Vajende Kuruluk Sebebi İle Ağrı Yaşama		
Hiç	149	64,5
Az	41	17,4
Biraz	36	15,6
Çok	5	2,2
Üİ'nin Seksüel Hayatı Etkileme Durumu		
Hiç	171	74
Az	30	13
Biraz	26	11
Çok	4	2
Seksüel İlişki Sırasında Ağrı Yaşama (Disparoni)		
Hiç	135	58,4
Az	45	19,5
Biraz	41	17,8
Çok	10	4,3

Üİ şikâyeti olan katılımcıların seksüel şikâyetleri incelendiğinde; %2,2'si vajende kuruluk sebebi ile çok ağrı yaşadıklarını, %15,6'sı biraz, %17,4'ü az, %64,5'i ise bu konuda şikâyeti olmadığını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların Üİ sebebi ile seksüel hayatlarının etkilenme durumu incelendiğinde; %2'sinin çok, %11'i biraz, %13'ü az, %74'ünün ise seksüel hayatlarının hiç etkilenmediği saptanmıştır.

Katılımcıların seksüel ilişki sırasında ağrı yaşama durumları incelendiğinde; %4,3'ü çok, %17,8'i biraz, %19,5'i az oranda disparoni yaşadıklarını, %58,4'ü ise disparoni yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 11: AÜSS ve Üİ şikâyeti Olan Kadınlarda Seksüel Fonksiyon Bozukluğu Durumu

Değişken	Seksüel Disfonksiyon				P*
	Yok		Var		
	N	%	n	%	
AÜSS					
Yok	10	83,3	2	16,7	P=0,007
Var	100	43,3	131	56,7	
Üİ					
Yok	75	560	59	44,0	P=0,000
Var	35	32,1	74	67,9	

*Fisher Exact test

AÜSS şikâyeti olan katılımcıların %56,7'sinde seksüel fonksiyon bozukluğu saptanmış olup istatistiksel olarak aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,007).

Üİ şikâyeti olan katılımcıların %67,9'unda seksüel fonksiyon bozukluğu saptanmış olup, istatistiksel olarak aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,000).

4.4. BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyutlarının Toplam Puan Ortalamalarının Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Bu bölümde katılımcıların BFLUTS ölçeği ve alt boyutları verilerinin puan ortalamalarının dağılımı ve BFLUTS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamalarının, AÜSS'leri etkileyebileceği düşünülen faktörler (Sosyo-demografik, kişisel alışkanlıklar, obstetrik ve jinekolojik özellikleri) ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 12: BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyutları Verilerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	X ± SS	Med.	Min.	Max.
Depolama	3,38±2,03	3,00	0,00	10,00
İdrar Yapma	1,15±1,56	0,00	0,00	6,00
İdrar Kaçırma	1,14±1,89	0,00	0,00	10,00
Cinsel Yaşam	0,46±0,87	0,00	0,00	5,00
Yaşam Kalitesi	1,77±2,64	1,00	0,00	15,00
Toplam Ölçek Puanı	7,89±6,44	6,00	0,00	38,00

Katılımcılara uygulanan BFLUTS ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı tablo 12’de verilmiştir. Buna göre; katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ortalamasının $7,89\pm 6,44$ ve ortalamasının 6 olduğu, katılımcıların seksüel yaşam alt boyutu puan ortalamasının $0,46\pm 0,87$ ve ortalamasının 0 (sıfır) olduğu, katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamasının $1,77\pm 2,64$ ve ortalamasının 1 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 13: Katılımcıların Yaş ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Yaş Grupları			*F	**X ²	p
	20-29 Yaş (n=50)	30-39 Yaş (n=100)	40 Yaş ve Üzeri (n=93)			
	X ± SS	X ± SS	X ± SS			
Depolama	3,90±1,95	3,19±1,77	3,29±2,31	2,186	-	0,115
İdrar Yapma	1,58±1,62	0,97±1,36	1,12±1,71	-	8,384	0,015
İdrar Kaçırma	1,04±2,15	0,86±1,32	1,48±2,21	-	5,327	0,070
Cinsel Yaşam	0,54±1,01	0,39±0,75	0,50±0,92	-	0,484	0,785
Yaşam Kalitesi	2,20±3,23	1,37±2,45	1,97±2,46	-	7,238	0,027
Toplam Ölçek Puanı	9,26±7,40	6,78±5,03	8,36±7,08	-	4,761	0,093

* One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile yaş değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(2-243)}=2,19$] idrar kaçırma [$X^2(2)=5,327$] cinsel yaşam alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=0,484$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(2)=4,761$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaş değişkeni ile idrar yapma [$X^2(2)=8,384$] ve yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=7,238$] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Hangi grupların puanlarında anlamlı farklılık olduğunu ölçmek için yapılan Mann-Whitney U testinde, idrar yapma alt boyut puanlarında; yaşları 20-29 arasında olan katılımcılar ile yaşları 30-39 arasında olan katılımcılar, yaşları 20-29 arasında olan katılımcılar ile yaşları 40 ve üzerinde olan katılımcılar arasında ve yaşam kalitesi alt boyut puanlarında; yaşları 20-29 arasında olan katılımcılar ile yaşları 30-39 arasında olan katılımcılar, yaşları 30-39 arasında olan katılımcılar ile yaşları 40 ve üzeri olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 14: Katılımcıların Eğitim Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Eğitim Durumları				*F	**X ²	p
	İlköğretim (n=18)	Ortaöğretim (n=64)	Önlisans (n=34)	Lisans ve Üzeri (n=127)			
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS			
Depolama	2,72±1,74	3,58±2,43	3,68±1,72	3,28±1,92	1,171	-	0,322
İdrar Yapma	1,22±1,73	1,03±1,55	1,38±1,81	1,14±1,48	-	1,644	0,649
İdrar Kaçırma	1,17±2,23	1,44±1,78	1,47±2,63	0,89±1,63	-	8,367	0,039
Cinsel Yaşam	0,44±0,71	0,59±0,89	0,59±0,99	0,36±0,85	-	6,226	0,101
Yaşam Kalitesi	2,11±2,19	1,80±2,15	2,12±2,97	1,61±2,84	-	6,167	0,104
Toplam Ölçek Puanı	7,67±5,45	8,44±5,73	9,24±8,33	7,29±6,33	-	4,376	0,224

* One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(3-243)}=2,19$], idrar yapma [$X^2(3)=1,644$], cinsel yaşam [$X^2(3)=6,226$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=6,167$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(3)=4,376$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu değişkeni ile idrar kaçırma alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=8,367$] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Hangi grupların puanlarında anlamlı farklılık olduğunu ölçmek için yapılan Mann-Whitney U testinde, idrar kaçırma alt boyutunda eğitim durumu ortaöğretim olan katılımcılar ile eğitim durumu lisans ve üzeri olan katılımcıların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Tablo 15: Katılımcıların Meslekleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Meslekler			*F	**X ²	p
	Hemşire (n=138)	Sekreter (n=37)	Diğer Sağlık Per. (n=68)			
	X ± SS	X ± SS	X ± SS			
Depolama	3,20±2,03	3,92±1,89	3,44±2,09	1,914	-	0,150
İdrar Yapma	1,16±1,58	1,38±1,66	1,02±1,49	-	0,696	0,404
İdrar Kaçırma	1,26±2,04	1,11±1,33	0,90±1,84	-	0,172	0,679
Cinsel Yaşam	0,46±0,95	0,51±0,80	0,44±0,76	-	0,808	0,369
Yaşam Kalitesi	1,72±2,72	1,70±2,26	1,91±2,70	-	0,438	0,508
Toplam Ölçek Puanı	7,79±7,24	8,62±4,99	7,71±5,37	-	3,686	0,055

* One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile meslek değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(2-243)}=1,914$], idrar yapma [$X^2(2)=0,696$], idrar kaçırma [$X^2(2)=0,172$], cinsel yaşam [$X^2(2)=0,808$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=0,438$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(2)=3,686$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 16: Katılımcıların Gelir Durumu ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Gelir Durumu			*F	**X ²	p
	Gelir<Gider (n=85)	Gelir=Gider (n=130)	Gelir>Gider (n=28)			
	X ± SS	X ± SS	X ± SS			
Depolama	3,26±2,26	3,46±1,85	3,32±2,18	0,265	-	0,767
İdrar Yapma	1,07±1,60	1,29±1,62	0,75±1,11	-	2,903	0,234
İdrar Kaçırma	1,21±2,12	1,12±1,80	0,96±1,60	-	0,232	0,890
Cinsel Yaşam	0,39±0,77	0,52±0,95	0,43±0,79	-	0,880	0,644
Yaşam Kalitesi	1,51±2,33	2,03±2,86	1,36±2,45	-	4,900	0,086
Toplam Ölçek Puanı	7,44±6,83	8,42±6,34	6,82±5,61	-	4,174	0,124

* One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile gelir durumu değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(2-243)}=0,265$], idrar yapma [$X^2(2)=2,903$], idrar kaçırma [$X^2(2)=0,232$], cinsel yaşam [$X^2(2)=0,808$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=4,900$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(2)=4,174$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17: Katılımcıların BKİ ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Beden Kitle İndeksi				*X ²	p
	Zayıf (n=5)	Normal (n=144)	Fazla (n=65)	Obez (n=29)		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Depolama	3,20±1,64	3,24±2,08	3,48±1,95	3,86±2,07	2,841	0,417
İdrar Yapma	1,20±1,30	1,22±1,62	0,97±1,60	1,24±1,22	4,515	0,211
İdrar Kaçırma	0,80±0,84	1,00±1,86	1,32±1,98	1,45±1,99	4,190	0,242
Cinsel Yaşam	0,60±1,34	0,47±0,84	0,31±0,64	0,72±1,28	2,111	0,550
Yaşam Kalitesi	0,00±0,00	1,77±2,77	1,66±2,20	2,31±3,06	5,668	0,129
Toplam Ölçek Puanı	5,80±1,79	7,69±6,64	7,74±5,57	9,59±7,59	2,008	0,571

* Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile BKİ değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$X^2(3)=2,841$], idrar yapma [$X^2(3)=4,515$], idrar kaçırma [$X^2(3)=4,190$], cinsel yaşam [$X^2(3)=2,111$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=5,668$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(3)=2,008$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($P>0,05$).

Tablo 18: Katılımcıların Alkol Kullanımı ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Alkol Kullanım		*t	**U	z	p
	Evet (n=29)	Hayır (n=214)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,52±2,18	3,36±2,02	0,403	-	-	0,688
İdrar Yapma	1,35±1,54	1,13±1,57	-	2678,00	-1,292	0,196
İdrar Kaçırma	0,31±0,60	1,25±1,98	-	2225,00	-2,727	0,006
Cinsel Yaşam	0,28±0,65	0,49±0,90	-	2763,50	-1,230	0,219
Yaşam Kalitesi	0,93±1,41	1,88±2,75	-	2560,50	-1,619	0,105
Toplam Ölçek Puanı	6,38±3,66	8,10±6,71	-	2872,00	-0,652	0,514

*Independent Samples t Test

** Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile alkol kullanımı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; idrar kaçırma alt boyutunda alkol kullanan katılımcılar ile alkol kullanmayan katılımcıların puanları arasında [$U= 2225,50$, $p<0,05$] istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Tablo 19: Katılımcıların Sigara Kullanımı ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Sigara Kullanım		*t	**U	z	p
	Evet (n=76)	Hayır (n=167)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,33±2,14	3,40±1,99	-0,235	-	-	0,814
İdrar Yapma	1,38±1,67	1,05±1,51	-	5601,50	-1,582	0,114
İdrar Kaçırma	1,17±1,94	1,12±1,88	-	6310,00	-0,078	0,938
Cinsel Yaşam	0,42±0,77	0,48±0,92	-	6213,00	-0,337	0,736
Yaşam Kalitesi	1,93±2,86	1,70±2,54	-	6072,50	-0,571	0,568
Toplam Ölçek Puanı	8,24±6,16	7,74±6,57	-	5858,50	-0,962	0,336

*Independent Samples t Test

** Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile sigara kullanımı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; sigara kullandığını belirten katılımcılar ile sigara kullanmadığını belirten katılımcıların BFLUTS toplam ölçek ve ölçeğin alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 20: Katılımcıların Kronik Hastalık ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Kronik Hastalık		*t	**U	z	p
	Yok (n=182)	Var (n=61)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,32±2,00	3,53±2,13	-0,666	-	-	0,506
İdrar Yapma	1,17±1,57	1,10±1,55	-	5282,00	-0,611	0,541
İdrar Kaçırma	0,97±1,75	1,62±2,19	-	4463,50	-2,527	0,012
Cinsel Yaşam	0,39±0,79	0,69±1,06	-	4698,50	-2,309	0,021
Yaşam Kalitesi	1,71±2,63	1,93±2,70	-	5259,50	-0,650	0,515
Toplam Ölçek Puanı	7,57±6,27	8,87±6,88	-	4955,50	-1,257	0,209

* Independent Samples t Test

**Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile kronik hastalık değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; idrar kaçırma alt boyutunda kronik hastalığı olan katılımcılar ile kronik hastalığı olmayan belirten katılımcılar arasında [U= 4463,50] ve cinsel yaşam alt boyutunda kronik hastalığı olan katılımcılar ile kronik hastalığı olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [U= 4698,50, p<0,05].

Tablo 21: Katılımcıların Konstipasyon Olma ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Konstipasyon		*t	**U	z	p
	Evet (n=60)	Hayır (n=183)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,33±2,33	3,39±1,93	-0,180	-	-	0,857
İdrar Yapma	0,97±1,53	1,21±1,57	-	4910,00	-1,325	0,185
İdrar Kaçırma	0,98±1,47	1,19±2,01	-	5442,00	-0,112	0,911
Cinsel Yaşam	0,43±0,81	0,47±0,89	-	5458,00	-0,087	0,931
Yaşam Kalitesi	1,72±2,62	1,79±2,66	-	5257,50	-0,522	0,602
Toplam Ölçek Puanı	7,43±6,07	8,04±6,56	-	5157,00	-0,707	0,480

*Independent Samples t Test

** Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile konstipasyon değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; konstipasyon olduğunu belirten katılımcılar ile konstipasyon olmadığını belirten katılımcıların BFLUTS toplam ölçek ve ölçeğin alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 22: Katılımcıların Toplam Gebelik Sayıları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Toplam Gebelik Sayıları				*F	**X ²	p
	Gebe kalmamış (n=23)	1 Gebelik (n=77)	2 Gebelik (n=92)	3 Gebelik+ (n=51)			
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS			
Depolama	3,91±2,07	3,47±2,00	3,05±1,77	3,57±2,44	1,519	-	0,210
İdrar Yapma	1,61±1,88	1,17±1,58	0,88±1,40	1,41±1,63	-	6,324	0,097
İdrar Kaçırma	0,65±1,23	0,92±1,83	1,32±1,94	1,35±2,20	-	6,389	0,094
Cinsel Yaşam	0,13±0,46	0,64±1,10	0,38±0,74	0,49±0,81	-	5,879	0,118
Yaşam Kalitesi	2,22±3,94	1,56±2,46	1,74±2,54	1,94±2,40	-	1,749	0,626
Toplam Ölçek Puanı	8,52±7,40	7,75±6,92	7,37±5,44	8,77±6,97	-	1,464	0,691

*One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile toplam gebelik sayısı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(3-243)}=1,519$], idrar yapma [$X^2(3)=6,324$], idrar kaçırma [$X^2(3)=6,389$], cinsel yaşam [$X^2(3)=5,879$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=1,749$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(3)=1,464$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 23: Katılımcıların Toplam Doğum Sayıları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Toplam Doğum Sayısı				*X ²	p
	Doğum yapmamış (n=31)	1 Doğum (n=92)	2 Doğum (n=107)	3 Doğum+ (n=13)		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Depolama	4,03±2,03	3,35±1,90	3,26±2,11	2,92±2,25	4,867	0,182
İdrar Yapma	1,45±1,71	1,15±1,55	1,03±1,52	1,46±1,71	2,630	0,452
İdrar Kaçırma	0,48±1,09	0,88±1,72	1,56±2,18	1,00±1,23	14,995	0,002
Cinsel Yaşam	0,13±0,43	0,58±1,06	0,49±0,81	0,23±0,44	6,192	0,103
Yaşam Kalitesi	2,36±3,60	1,44±2,51	1,81±2,44	2,39±2,43	5,865	0,118
Toplam Ölçek Puanı	8,45±6,58	7,39±6,59	8,15±6,41	8,00±5,72	1,969	0,579

*Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile toplam doğum sayısı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$X^2(3)=4,867$], idrar yapma [$X^2(3)=2,630$], cinsel yaşam [$X^2(3)=6,192$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=5,865$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(3)=1,969$] istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların toplam doğum sayı değişkeni ile idrar kaçırma alt boyut puanları arasında [$X^2(3)=14,995$] anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hangi grupların puanlarında anlamlı farklılık olduğunu ölçmek için yapılan Mann-Whitney U testlerinde, idrar kaçırma alt boyutta doğum yapmamış katılımcılar ile 2 doğum yapmış katılımcılar arasında [$U= 1075,00$, $p<0,05$] ve 1 doğum yapmış katılımcılar ile 2 doğum yapmış katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür [$U= 3839,50$, $p<0,05$].

Tablo 24: Katılımcıların Doğum Şekilleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Doğum Şekilleri				
	Normal (n=65)	Sezaryen (n=147)			
	X ± SS	X ± SS	*F	**X ²	p
Depolama	3,46±2,16	3,20±1,96	1,403	-	0,248
İdrar Yapma	1,06±1,60	1,13±1,52	-	1,954	0,376
İdrar Kaçırma	1,46±1,98	1,13±1,96	-	5,145	0,076
Cinsel Yaşam	0,57±0,87	0,48±0,93	-	5,821	0,054
Yaşam Kalitesi	1,94±2,82	1,57±2,30	-	0,195	0,907
Toplam Ölçek Puanı	8,49±6,33	7,51±6,48	-	1,686	0,430

*One Way ANOVA

** Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile doğum şekli değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$F_{(2-235)}=1,403$], idrar yapma [$X^2(2)=1,954$], idrar kaçırma [$X^2(2)=5,145$], cinsel yaşam [$X^2(2)=5,821$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=0,195$] ve toplam ölçek puanları arasında [$X^2(2)=1,686$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 25: Katılımcıların En Ağır Doğan Bebek Kilosu ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Bebek Kilosu				
	3000 gr Altı (n=43)	3000-4000 gr (n=148)	4000 gr Üzeri (n=21)		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	*X ²	p
Depolama	3,40±2,33	3,47±2,00	2,71±1,79	3,311	0,191
İdrar Yapma	1,16±1,62	1,23±1,59	0,95±1,57	1,029	0,598
İdrar Kaçırma	1,40±2,03	1,21±1,94	1,10±2,21	0,598	0,742
Cinsel Yaşam	0,28±0,70	0,56±0,92	0,43±0,98	4,677	0,096
Yaşam Kalitesi	2,54±3,52	1,84±2,49	1,10±2,34	4,436	0,109
Toplam Ölçek Puanı	8,77±7,15	8,30±6,31	6,29±8,03	6,143	0,046

* Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile en ağır doğan bebek kilosu değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [$X^2(2)=3,311$], idrar yapma [$X^2(2)=1,029$], idrar kaçırma [$X^2(2)=0,598$], cinsel yaşam [$X^2(2)=4,677$], yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında [$X^2(2)=4,436$] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların en ağır doğan bebek kilosu ile BFLUTS toplam ölçek puanları arasında [$X^2(2)=6,143$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($P<0,05$). Hangi grupların puanlarında anlamlı farklılık olduğunu ölçmek için yapılan

Mann-Whitney U testinde, ölçek toplam puanda en ağır bebek ağırlığı 3000-4000 gr arası olanlar ile en ağır bebek ağırlığı 4000 gr ve üzeri olanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür [U= 1004,00, p<0,05].

Tablo 26: Katılımcıların Adet Düzenleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Adet Düzenleri				*X ²	p
	Düzenli (n=189)	Düzensiz (n=36)	Sık Aralık (n=9)	Seyrek Aralık (n=9)		
	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS		
Depolama	3,26±1,87	3,64±2,45	4,22±2,91	3,89±2,52	1,376	0,711
İdrar Yapma	1,11±1,54	1,19±1,64	1,33±2,06	1,67±1,32	1,963	0,580
İdrar Kaçırma	1,02±1,86	1,31±1,85	2,33±2,50	1,78±1,79	10,066	0,018
Cinsel Yaşam	0,40±0,84	0,53±0,85	1,00±1,12	0,89±1,17	7,216	0,065
Yaşam Kalitesi	1,64±2,65	1,75±2,12	3,33±3,64	3,00±2,92	5,425	0,143
Toplam Ölçek Puanı	7,43±6,40	8,42±5,40	12,22±8,66	11,22±6,96	9,272	0,026

* Kruskal-Wallis H

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile adet düzeni değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama [X²(3)=1,376], idrar yapma [X²(3)=1,963], cinsel yaşam [X²(3)=7,216] ve yaşam kalitesi [X²(3)=5,425] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır (p>0,05).

Katılımcıların adet düzeni değişkeni ile idrar kaçırma alt boyut puanları arasında [X²(3)=10,066] ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir [X²(3)=9,272] (p<0,05). Hangi grupların puanlarında anlamlı farklılık olduğunu ölçmek için yapılan Mann-Whitney U testlerinde, idrar kaçırma alt boyutunda düzenli adet geçirdiğini belirten katılımcılar ile sık aralıklarla adet geçirdiğini belirten katılımcılar arasında [U= 551,50], düzenli adet geçirdiğini belirten katılımcılar ile seyrek aralıklarla adet geçirdiğini belirten katılımcılar arasında [U= 531,00], toplam ölçek puanında düzenli adet geçirdiğini belirten katılımcılar ile seyrek aralıklara adet geçirdiğini belirten katılımcılar arasında [U= 501,50] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür (p<0,05).

Tablo 27: Katılımcıların Dismenore Şikâyeti ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Dismenore		*U	z	p
	Evet (n=140)	Hayır (n=103)			
	X ± SS	X ± SS			
Depolama	3,76±2,02	2,85±1,94	5253,00	-3,657	0,000
İdrar Yapma	1,37±1,71	0,85±1,29	6024,50	-2,364	0,018
İdrar Kaçırma	1,16±1,90	1,10±1,88	7116,00	-0,192	0,848
Cinsel Yaşam	0,44±0,91	0,50±0,83	6802,00	-0,970	0,332
Yaşam Kalitesi	1,94±2,90	1,53±2,23	6670,50	-1,056	0,291
Toplam Ölçek Puanı	8,68±6,89	6,83±5,62	5842,00	-2,533	0,011

* Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile adet ağrısı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; depolama alt boyutunda adet ağrısı yaşadığını belirten katılımcılar ile adet ağrısı yaşamadığını belirten katılımcılar arasında [U= 5253,00], idrar yapma alt boyutunda adet ağrısı yaşadığını belirten katılımcılar ile adet ağrısı yaşamadığını belirten katılımcılar arasında [U= 6024,50], toplam ölçek puanında adet ağrısı yaşadığını belirten katılımcılar ile adet ağrısı yaşamadığını belirten katılımcılar arasında [U= 5842,00] istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 28: Katılımcıların Vajinal Akıntı, Kaşıntı Şikâyetleri ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Vajinal Akıntı/Kaşıntı		*t	**U	z	p
	Evet (n=41)	Hayır (n=202)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,88±2,26	3,27±1,97	1,748	-	-	0,082
İdrar Yapma	1,44±1,66	1,09±1,54	-	3582,00	-1,468	0,142
İdrar Kaçırma	1,76±2,38	1,01±1,76	-	3491,00	-1,748	0,080
Cinsel Yaşam	0,66±1,20	0,42±0,79	-	3839,00	-0,947	0,344
Yaşam Kalitesi	2,39±2,88	1,64±2,58	-	3503,50	-1,647	0,100
Toplam Ölçek Puanı	10,12±7,75	7,44±6,06	-	3180,50	-2,346	0,019

* Independent Samples t Test

**Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile vajinal akıntı/kaşıntı değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; toplam ölçek puanında vajinal akıntı/kaşıntı yaşadığını belirten katılımcılar ile vajinal akıntı/kaşıntı yaşamadığını belirten katılımcılar arasında [U= 3180,50] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 29: Katılımcıların Menopoz Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Menopoz Durumu		*t	**U	z	p
	Evet (n=15)	Hayır (n=228)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,47±2,56	3,37±2,00	0,181	-	-	0,856
İdrar Yapma	1,20±1,94	1,15±1,54	-	1573,00	-0,561	0,575
İdrar Kaçırma	1,80±2,73	1,09±1,82	-	1506,00	-0,854	0,393
Cinsel Yaşam	0,80±1,01	0,44±0,86	-	1342,00	-1,796	0,072
Yaşam Kalitesi	2,33±3,50	1,73±2,58	-	1686,50	-0,094	0,925
Toplam Ölçek Puanı	9,60±10,29	7,78±6,12	-	1682,00	-0,106	0,915

* Independent Samples t Test

**Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile menopoz değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; menopozda olan ile menopozda olmayan katılımcılar arasında BFLUTS toplam ölçek ve ölçeğin alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 30: Katılımcıların Üriner Yol Enfeksiyonu Geçirme Durumları ile BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu	Üriner Yol Enfeksiyonu		*t	**U	z	p
	Evet (n=186)	Hayır (n=57)				
	X ± SS	X ± SS				
Depolama	3,49±2,07	3,00±1,87	1,596	-	-	0,112
İdrar Yapma	1,26±1,59	0,79±1,41	-	4227,50	-2,496	0,013
İdrar Kaçırma	1,27±1,97	0,70±1,56	-	4320,00	-2,332	0,020
Cinsel Yaşam	0,48±0,89	0,40±0,82	-	5117,50	-0,509	0,611
Yaşam Kalitesi	1,90±2,80	1,35±2,02	-	4974,00	-0,747	0,455
Toplam Ölçek Puanı	8,40±6,53	6,25±5,88	-	4112,50	-2,566	0,010

* Independent Samples t Test

**Mann-Whitney U

Katılımcıların BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ile ÜYE değişkeni arasında farklılık olup olmadığı incelendiğinde; idrar yapma alt boyutunda ÜYE geçirdiğini belirten katılımcılar ile ÜYE geçirmedini belirten katılımcılar arasında [U= 4227,50], idrar kaçırma alt boyutunda ÜYE geçirdiğini belirten katılımcılar ile ÜYE geçirmedini belirten katılımcılar arasında [U= 4320,00] ve toplam ölçek puanlarında ÜYE geçirdiğini belirten katılımcılar ile ÜYE geçirmedini belirten katılımcılar arasında [U= 4112,50] istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (P<0,05).

5. TARTIŞMA

AÜSS kadın ve erkekleri etkileyen ve iki cinsiyette de yaygın görülen bir durumdur (Irwin ve ark. 2011, Coyne ve ark. 2012). AÜSS şikâyetleri kişilerin günlük ve sosyal yaşamlarını, seksüel fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen ortak bir sağlık problemidir (Kupelian ve ark. 2006, Coyne ve ark. 2009b, Wang ve ark. 2015).

Dünyada 4,2 milyar yetişkin nüfusun %46'sının AÜSS'lerden en az birini yaşadığı tahmin edilmektedir (Abrams ve ark. 2016). AÜSS prevalansının yurtdışında yapılan birkaç toplumsal araştırmada kadınlar arasında %25 ile %89,6 arasında değiştiği bildirilmektedir (Moller ve ark. 2000, Liao ve ark. 2006, Zhang ve ark. 2013, Van Breda ve ark. 2015, Abrams ve ark. 2016, Palsson ve ark. 2017, Wan ve ark. 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalar kadınlar arasında AÜSS prevalansını %38,1 ile %94,8 oranında bildirmişlerdir (Zümrütbaş ve ark. 2014, Kaya ve ark. 2016, Taşçı 2019). AÜSS tanılmasındaki güçlükler sebebi ile yapılan prevalans çalışmalarından farklı sonuçlar elde edilmektedir. Bu farklı sonuçlara toplumun özellikleri, çalışma şekli, klinik özellikleri ve kullanılan tanılama yöntemleri etki etmektedir.

Bu çalışmada, sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS prevalansı ve bu semptomların seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiş ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda AÜSS Şikâyetlerine İlişkin Verilerin Tartışılması

AÜSS Prevalansları

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda depolama, boşaltım ve üriner inkontinansı da içeren en az bir AÜSS görülme prevalansı %95,1 oranında bulunmuştur (Tablo 7). Bizim bulgularımıza benzer şekilde Zhang ve arkadaşlarının (2013), Çin'de yaptıkları çalışmada hemşirelerde AÜSS prevalansı %89,6, Ülkemizde Taşçı (2019), tarafından hastanede çalışan kadınlar ile yapılan çalışmada en az bir AÜSS prevalansı %94,8 olarak bildirilmiştir. AÜSS prevalansı ile ilgili

yapılan başka çalışmalarda da oranların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, Tayvan'da öğretmenlerde AÜSS prevalansı %65,8 (Liao ve ark. 2006), Çin'de hemşirelerde %68 (Wan ve ark. 2017) ve Avusturalya'da hemşirelerde %46,7 (Pierce ve ark. 2019b) ve Nijerya'da öğrenci hemşirelerde yapılan bir çalışmada %52,2 (Oyelade ve ark. 2016) olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan, Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), kadınlardaki AÜSS prevalansını %73,5, Kaya ve ark. (2016), sekreterlerde %38,1 ve hemşirelerde %44,5 olarak bildirmişlerdir.

Alt üriner sistem semptomları; depolama, boşaltım ve işeme olarak üç başlık altında incelenmektedir. Depolama semptomları; noktüri, urgency, frequency, mesanede ağrı ve Üİ semptomlarını içermektedir. Boşaltım semptomları; idrara geç başlama, idrar yaparken zorlanma, kesintili idrar yapma ve idrar akışında azalma gibi semptomları içermektedir. İşeme ile ilgili semptomlardan ise mesaneyi tam boşaltamama durumu görülmektedir (Abrams ve ark. 2002)

Depolama Semptomları

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınların %93,4'ünde depolama semptomları görüldüğü saptanmıştır (Tablo 7). Yapılan toplumsal temelli çalışmalarda kadınlarda depolama semptomları %23,8 ile %64,6 oranında değiştiği bildirilmektedir (Lee ve ark. 2011, Zümrütbaş ve ark. 2014, Wang ve ark. 2015, Chapple ve ark. 2017, Batista ve ark. 2018). Chapple ve arkadaşları (2017), tarafından yapılan toplumsal temelli çalışmada AÜSS'lerden depolama semptomları prevalansı kadınlarda %23,8, Çin'de Wan ve arkadaşları (2017), tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerde %40, Brezilya'da Batista ve arkadaşları (2018), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda %64,6 ve Türkiye'de Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan çalışmada ise %64,1 oranında bildirilmiştir.

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS depolama semptomlarının görülme prevalansının, yukarıda belirtilen çalışma sonuçlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguların yüksek saptanmasında, prevalansı belirlemek amacıyla kullanılan AÜSS ölçeklerinin farklılığı, çalışılan popülasyondaki farklılıklar, çevresel koşullar ve kişisel alışkanlıklardaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Urgency

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda urgency prevalansı %70,4 oranında olup, depolama semptomları arasında en sık görülen tipidir (Tablo 7). Yurtdışında yapılan çalışmalarda urgency prevalansı %10,2-54 arasında değişmektedir (Milsom ve ark. 2001, Zhang ve ark. 2005, Chuang ve Kuo, 2010, Zhang ve ark. 2015, Soler ve ark. 2018, Yoo ve ark. 2018). Urgency prevalansı Zhang ve arkadaşları (2005), tarafından Çin'de kadınlar ile yapılan bir çalışmada %10,2, Tayvan'da Liao ve arkadaşları (2007), tarafından yapılan bir çalışmada öğretmenlerde %17,8, Milsom ve arkadaşları (2001), tarafından altı farklı ülkeyi kapsayan bir çalışmada (Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık) %54 oranında bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda urgency prevalansının %35,6-85,6 arasında değiştiği bildirilmektedir (Zümrütbaş ve ark. 2014, Sever ve Oskay, 2015, Taşçı 2019, Karakaş 2019). Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda urgency prevalansı %35,6 olarak en sık görülen depolama semptomu olarak bildirilmiştir. Sever ve Oskay (2015), tarafından yapılan çalışmadan en sık görülen AÜSS prevalansının %61,5 oranında urgency olduğu bildirilmiştir. Taşçı (2019), tarafından hastanede çalışan kadın personel ile yapılan çalışmada %85,6 oranında urgency prevalansı bildirilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen urgency prevalansı yurtdışında yapılan çalışmalardan daha yüksek oranda saptanmıştır. Ancak ülkemizde Taşçı'nın (2019), çalışma bulguları ile Sever ve Oskay (2015), tarafından yapılan çalışma bulguları ile uyumludur.

Frequency

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda frequency prevalansı %45,7 oranında bulunmuştur (Tablo 7). Çin'de yapılan bir çalışmada öğretmenlerin %26,5'inde frequency bildirilmiştir (Liao ve ark. 2007). Ülkemizde Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan bir çalışmada frequency prevalansı %35,6, Taşçı'nın (2019), hastanede çalışan kadınlarda yapmış olduğu araştırmada %45,6 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda elde edilen frequency prevalansı ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Noktüri

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda noktüri görülme sıklığı %15,6 oranında saptanmıştır (Tablo 7). Çin’de öğretmenler ile yapılan bir çalışmada noktüri prevalansı %16 oranında bildirilmiştir (Liao ve ark. 2007). Ülkemizde yapılan çalışmalarda noktüri prevalansı %18,9 ile %37,2 oranları arasında bildirilmiştir (Zümrütbaş ve ark. 2014, Sever ve Oskay, 2015, Taşçı 2019). Çalışmamızda elde edilen noktüri prevalansı literatür bulgularıyla uyumludur.

Mesanedede Ağrı

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda mesanedede ağrı şikâyeti olanların oranı %49,8 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Brookes ve arkadaşlarının (2003), yapmış olduğu çalışmada AÜSS’lü kadınların %46,1’i mesanedede ağrı şikâyeti bildirmişlerdir. Taşçı’nın (2019), yapmış olduğu araştırmada hastanede çalışan kadınlarda mesanedede ağrı prevalansı %56,1 oranında bildirilmiştir. Bildirilen bulgular çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Üriner İnkontinans

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda Üİ prevalansı %44,9 olarak saptanmıştır (Tablo 9). ABD’de Fultz ve arkadaşları (2005), tarafından yapılan çalışmada çalışan kadınların %37’sinde Üİ bildirilmiştir. Çin’de yapılan bir çalışmada Üİ prevalansı öğretmenlerde %26,7 (Liao ve ark. 2006), yine Çin’de, hemşirelerde %50 (Wan ve ark. 2017) oranında bildirilmiştir. Japonya’da Araki ve arkadaşları (2005), tarafından kadın hemşirelerde Üİ prevalansı %16,7 olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde kadınlarda Üİ prevalansı %23,9-68,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve Beji 2004, Koçak ve ark. 2005, Sever ve Oskay, 2015, Taşçı 2019). Taşçı (2019), hastanede çalışan kadın personel ile yapılan çalışmasında Üİ prevalansını %68,8 olarak, Sever ve Oskay (2015), kadınlarda Üİ prevalansını %55,2 olarak, Koçak ve arkadaşları (2005), tarafından kadınlar ile yapılan çalışmada Üİ prevalansını %23,9 oranında bildirmiştir. Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda Üİ prevalansının yüksek olduğu dikkat çekicidir. Çalışma sonucumuz uluslararası ve ülkemizde yapılan çalışma bulguları ile uyumludur.

Üİ Tipleri

Miks Üriner İnkontinans

Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda MÜİ prevalansı %44,4 olup, üriner inkontinans tipleri arasında en sık görülen tipidir (Tablo 7). Yağmur ve Ulukoca (2009), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %17,8'inde, Koçak ve arkadaşları (2005), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda MÜİ prevalansı %41,3 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgular Koçak ve arkadaşları (2005), tarafından yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Stres Üriner İnkontinans

Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda en sık görülen Üİ tiplerinden ikincisi %34,2 ile SÜİ olduğu saptanmıştır (Tablo 7). Çin'de yapılan bir çalışmada kadın hemşirelerde SÜİ prevalansı %41 (Wan ve ark. 2017), Japonya'da çalışan kadınlarda SÜİ prevalansı %19,3 olarak bildirilmiştir (Azuma ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Kaya ve arkadaşlarının (2016), yapmış olduğu araştırmada hemşirelerde SÜİ prevalansı %49, Koçak ve arkadaşları (2005), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda %33,1, Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda %21,2 oranında bildirilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular, literatür bulguları ile uyumludur.

Urge Üriner İnkontinans

Çalışmamızda sağlık çalışanı kadınlarda urge inkontinans prevalansı %29,2 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Oyelade ve arkadaşları (2016), tarafından kadın öğrenci hemşireler ile yapılan çalışmadan urge Üİ prevalansı %9,4 oranında bildirilmiştir. Lin ve arkadaşları (2014), tarafından kadınlar ile yapılan çalışmada ise %10,4 oranında urge Üİ bildirilmiştir. Azuma ve arkadaşları (2008), tarafından Japon çalışan kadınlarda urge Üİ prevalansı %4,2 olarak saptanmıştır. Yağmur ve Ulukoca (2009), tarafından hemşireler ile yapılan çalışmada urge inkontinans prevalansı %25,6, Kaya ve arkadaşlarının (2016), yapmış olduğu araştırmada hemşirelerde %27,5 oranında bildirilmiştir. Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda urge Üİ prevalansı %8,2 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda

elde edilen bulgular Yağmur ve Ulukoca (2009), ve Kaya ve arkadaşları (2016), tarafından yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Enürezis Noktürna

Çalışmamızda sağlık çalışanı kadınlarda enürezis noktürna prevalansı %1,6 oranında bulunmuştur (Tablo 7). Yurtdışında yetişkinlerde enürezis noktürna prevalansı %2-4,3 oranında rapor edilmiştir (Yeung ve ark. 2004, Zhang ve ark. 2005, Oria ve ark. 2018). Ülkemizde Taşçı (2019), tarafından hastanede çalışan kadınlarda enürezis noktürna prevalansı %5,2 olarak bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız literatür bulguları ile paraleldir.

Seksüel İlişki Sırasında Üİner İnkontinans

Çalışmamızda seksüel ilişki sırasında Üİ prevalansı %5,3 oranında saptanmıştır (Tablo 7). Coyne ve arkadaşları (2009a), tarafından ABD, İngiltere ve İsveç'te yürütülen toplumsal temelli bir çalışmada seksüel ilişki sırasında Üİ prevalansı %2 oranında bildirilmiştir. Çin'de Zhang ve arkadaşları (2015), tarafından yapılan bir çalışmada kadınlarda seksüel ilişki sırasında Üİ prevalansı %2 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde Taşçı'nın (2019), yaptığı çalışmada hastanede çalışan kadınların %17,3'ünün seksüel ilişki esnasında Üİ şikâyeti yaşadıkları saptanmıştır. Sever ve Oskay'ın (2015), yapmış oldukları çalışmada kadınlarda seksüel ilişki sırasında Üİ prevalansı %4, Timur-Taşhan ve arkadaşları (2012), tarafından yapılan çalışmada %5,3 oranında bildirilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgular Sever ve Oskay (2015), ve Timur-Taşhan ve arkadaşlarının (2012), çalışmalarında elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Boşaltım Semptomları

Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınların %51,4'ünde boşaltım semptomları ile ilgili şikâyetler görülmektedir (Tablo 7). Taşçı'nın (2019), çalışmasında boşaltım semptomlarına ilişkin şikâyetlerin oranı %40,2, Zümrütbaş ve arkadaşları (2014), tarafından yapılan çalışmada %37,8 oranında bildirilmiştir.

İşemeye Başlamakta Gecikme (Hesitency)

Araştırmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınlarda boşaltım semptomlarından en çok işemeye başlamakta gecikme (zorlanma) şikâyeti (%35,8) saptanmıştır (Tablo 7). Yapılan uluslararası çalışmalarda hesitency prevalansının %5,6-44,5 arasında değiştiği bildirilmektedir (Zhang ve ark. 2005, Liao ve ark. 2007, Zhang ve ark. 2013, Zhang ve ark. 2015, Soler ve ark. 2018, Oria ve ark. 2018). Çin’de Zhang ve arkadaşları (2015), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda hesitency prevalansını %5,6 olarak bildirilmiştir. Liao ve arkadaşları (2007), tarafından yapılan çalışmada öğretmenlerde %9,9, Zhang ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerde %44,5 hesitency prevalansı bildirilmiştir. Ülkemizde Kaya ve arkadaşları (2016), tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %8,3’ünde hesitency saptanmıştır. Hastanede çalışan kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada hesitency %26,2 olarak bildirilmiştir (Taşçı 2019). Çalışmamızda elde edilen bulgular Zhang ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

İşeme Semptomları

Çalışmamızda işeme semptomlarına ilişkin şikâyet olan mesaneyi tam boşaltamama sorunu %28,4 olarak saptanmıştır (Tablo 7). Çin’de yapılan iki farklı çalışmada işeme semptomları ile ilgili şikâyetlerin prevalansı %13,4 (Zhang ve ark. 2005) ve %18 (Wan ve ark. 2017) olarak bildirilmiştir. Tayvan’da kadın öğretmenler ile yapılan çalışmada katılımcıların %26,1’inde (Liao ve ark. 2007) ve kadın hemşireler ile yapılan çalışmada %18,3’ünde (Liao ve ark. 2009) mesaneyi tam olarak boşaltamama sorunlarının olduğu tespit edilmiştir. Brezilya’da Soler ve arkadaşları (2018), tarafından yapılan çalışmada kadınlarda mesaneyi tam boşaltamama sorunu %13,8 olarak saptanmıştır. Ülkemizde ise Zümrütbaş ve arkadaşlarının (2014), yapmış oldukları çalışmada işeme semptomları prevalansı %28,7 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızdaki işeme ile ilgili semptom bulguları Zümrütbaş ve arkadaşları (2014) ve Liao ve arkadaşları (2007)’nin yapmış olduğu çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte iken, Zhang ve arkadaşları (2005) ve Wan ve arkadaşlarının (2017), çalışmalarından daha yüksek oranda saptanmıştır.

5.2. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınların AÜSS Şikâyetleri ve Sağlık Arama Davranışlarının Tartışılması

Literatürde AÜSS'lerden en az birini yaşayan kadınların çoğunluğu sorunları hakkında konuşmaktan kaçınmakta ve sorunu gizleme eğiliminde olduğu bildirilmektedir. Üİ'nin yaşlanmanın doğal sonucu olarak görmekte, doğuma bağlı geliştiği düşüncesi, utanma, nereye başvuracaklarını bilememe, durumu önemsememe, tedaviye güvenmeme, korkma gibi nedenlerle yardım arama davranışında bulunmama gerekçeleridir (Dinç ve Beji, 2008, Shaw ve ark. 2008, Yağmur ve Ulukoca, 2009, Berzuk ve Shay, 2015).

Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınların %24,8'si (n=109) AÜSS nedeniyle tedavi aramak amacıyla hekime başvurduğu, hekime başvuran katılımcıların %44,4'ü (n=27) tedavi almıştır (Tablo 8). Hagglund ve arkadaşlarının (2001), İsveç'te toplum temelli yapılan çalışmasında kadınlarda Üİ için yardım arama davranışı %14 oranında, Yu ve arkadaşlarının (2003), Tayvan'da yetişkin kadınlar ile yapılan çalışmalarında sağlık arama davranışı %27,8 oranında ve Kinchen ve arkadaşlarının (2003), çalışmasında %38 oranında bildirilmiştir. Tomoe ve arkadaşları (2005), tarafından Japonya'da yapılan bir çalışmada Üİ şikâyeti olan kadınların %5'i tıbbi yardım almıştır. Yağmur ve Ulukoca'nın (2009), Türkiye'de hastanede çalışan 600 hemşire ile yapılan çalışmalarında Üİ'li hemşirelerin sadece %18,7'si bu durum için tıbbi yardım istemiştir. Taşçı (2019), tarafından yapılan başka bir çalışmada, hastanede çalışan personelde AÜSS nedeniyle hekime başvurma prevalansı %16,2 oranında saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların herhangi bir AÜSS sebebiyle doktora başvurmama sebepleri (n=82) incelendiğinde ise; %51,2'si durumu normal olarak algıladığı, %28,1'i önemsemediğini, %9,8'i rahatsızlık vermediğini, %8,5'i şikâyetlerinin çok nadir olduğunu ve %2,4'ü ise utandığı için doktora başvurmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8). Yağmur ve Ulukoca'nın (2009), çalışmasında hemşirelerin tıbbi yardım istememe gerekçeleri; Üİ'nin doğal yaşlanma ve doğum sonucu olduğunu düşünme (%39,5), tedavinin işe yaramayacağına inanma (%16,8), utanma (%15,1) ve semptomları görmezden gelme (%28,6) olarak ifade etmişlerdir.

Literatürde başka çalışmalarda da, Üİ'si olan kadınların doktora başvurmama nedenleri arasında; idrar kaçırmayı normal veya basit bir problem olarak algılama, idrar kaçırmamanın ayıp ve utanç verici olduğunu ve Üİ'nin tedavi edilemeyeceğini düşünme gibi inanışlar yer almaktadır (Bush ve ark. 2001, Kinchen ve ark. 2003, Horrocks ve ark. 2004, Hagglund ve ark. 2007, Kang ve Crogan, 2008, Beji ve ark. 2010).

5.3. Üİ Şikâyeti Olan Kadınların Davranış Değişiklikleri ve Günlük Yaşantısının Etkilenme Durumunun Tartışılması

Çalışmamızda Üİ şikâyeti olan kadınların davranış değişiklikleri ve günlük yaşantısının etkilenme durumu incelendiğinde; Üİ şikâyeti olan katılımcıların sorunlarından kurtulmak için %55,1'inin tuvaleti olmayan yerlere gitmekten kaçındığı, %26,6'sının kıyafet değiştirdiği, %48,6'sının sıvı alımını kısıtladığı saptanmıştır. Kadınların %33'ü Üİ sebebi ile iç çamaşırı değiştirdiği ve %20,2'sinin küçük pedler kullandığı saptanmıştır (Tablo 9).

Higa ve arkadaşları (2007), tarafından hemşireler ile yapılan çalışmada katılımcıların yarısı Üİ sebebi ile günlük faaliyetlerine çeşitli kısıtlamalar getirdiği saptanmıştır. Üİ'li hemşirelerin (n=75) %25'i çalışırken semptomları azaltabilmek için birkaç strateji kullanmaktadırlar. Bu stratejiler; %25'i ped kullanmak, %9,3'ü sıvı kısıtlaması yapmak ve %1,3'ü duş almaktır. Saleh ve arkadaşlarının (2005), yapmış oldukları araştırmada, Üİ'li kadınların bu sorunla baş edebilmek için, %58,3'ü sık duş alma, %42,5'i koruyucu ped kullanma, %41,3'ü sık iç çamaşırını değiştirme, %23,6'sı sıvı alımını azaltma, %21,5'i ise bütün işlerini bırakma gibi önlemler aldıkları bildirilmiştir. ABD'de tam zamanlı çalışan kadınlar ile yapılan çalışmada 3062 kadından %11'i iş yerinde veya her yerde tuvalet kullanımını çoğunlukla sınırladığını bildirmiştir (Stuart ve ark. 2019). Liao ve arkadaşları (2007) tarafından Tayvan'da hemşireler ile yapılan çalışmada katılımcıların %58,3'ü (n=527) işyerinde semptomları azaltabilmek için sıvı kısıtlaması yaptıkları bildirilmiştir. Xu ve arkadaşlarının (2016), çalışmasında hemşirelerin %53,6'sının iş yoğunluğundan mesanelerini boşaltmayı çoğunlukla geciktirdiği bildirilmiştir.

Üİ şikâyeti olan kadınlar ev dışında tuvalet olmayan yerlerde, endişe ve anksiyete yaşadığı, seksüel fonksiyonlarında sorun yaşadığı bildirilmiştir (Addis 2008). Danimarka'da yapılan çalışmada SÜİ'li kadınlar fiziksel aktiviteden

kaçınmaktadır (Kenton ve Mueller, 2006).

Taşçı (2019), hastanede çalışan personel ile yaptığı çalışmada katılımcıların idrar kaçırma nedeniyle %28,4'ü kıyafet değiştirdiğini, %38'inin sıvı kısıtladığını, %55,7'sinin tuvaleti olmayan yerlere gitmekten kaçındığını ifade etmiş, %25,8'i günlük işlerinin ve %40,2'sinin hayatının etkilendiğini bildirmiştir. Arıkan ve arkadaşlarının (2003), yaptıkları çalışmada Üİ olanlardan %56'sının inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, %32'sinin hafif derecede, %12'si de önemli derecede etkilediği bildirilmiştir. Güler'in (2006), 160 Üİ'li kadın ile yaptığı çalışmada kadınların yaşamış oldukları semptom sıklığının yaşam kalitesini anlamlı derece etkilediği bildirilmiştir. AÜSS'ün yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen literatür çalışmalarında; şikayeti olan kadınların fiziksel aktivitelerini kısıtladığı, meslek hayatlarında iş performanslarının azaldığı, sosyal hayatta kişiler arası etkileşimde azalma olduğu, seksüel aktiviteden kaçınma ve psikolojik olarak suçluluk ve özgüven kaybı yaşadıkları bildirilmiştir (Terai ve ark. 2004, Coyne ve ark. 2006, Bradway ve ark. 2008, Oh ve ark. 2008).

5.4. Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda AÜSS Şikâyetinin Seksüel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Tartışılması

Kadın seksüel fonksiyon bozukluğu genel popülasyonda yaygın görülmele birlikte ürojinekolojik hastalarda daha sık karşımıza çıkmaktadır (Salonia ve ark. 2003, Rogers ve ark. 2006, Pauls ve ark. 2007). Literatürde Üİ olan kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluğu sıklığının %26 ile %47 arasında değiştiği bildirilmektedir (Saloni ve ark. 2003, Barber ve ark. 2005, Sen ve ark. 2006, Higa ve ark. 2007, Akhan 2009). Bizim çalışmamızda AÜSS şikâyeti olan kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluğu olanların oranı %56,7 (p=0,007), Üİ şikâyeti olanlarda seksüel fonksiyon bozukluğu olanların oranı %44 olarak bulunmuştur (p=0,000). Çalışma bulgularımız literatür bulgularına paraleldir (Tablo 11).

Literatürde seksüel ilişki sırasında Üİ prevalansı %2-17,3 oranları arasında değiştiği bildirilmektedir (Coyne ve ark. 2009a, Timur-Taşhan ve ark. 2012, Sever ve Oskay, 2015, Zhang ve ark. 2015, Taşçı 2019). Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınların %5,3'ü seksüel ilişki sırasında Üİ şikâyeti yaşadıkları ve seksüel fonksiyonlarını etkilediği bulunmuştur (Tablo 7). Çalışma sonucumuz literatür bulguları ile uyumludur.

Ülkemizde Taşçı'nın (2019), hastanede çalışan kadınlar ile yaptığı çalışmada katılımcıların %3,7'sinin AÜSS nedeni ile seksüel hayatlarının berbat olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %26'sı Üİ'nin seksüel hayatlarını etkilediğini düşünmekte ve %41,6'sı ise disparoni şikâyeti bildirmişlerdir (Tablo 10). Brookes ve arkadaşları (2003), tarafından yapılan çalışmada AÜSS'lü kadınların %33,7'sinde disparoni bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada disparoni şikâyetinin, Üİ'ye bağlı genital hijyenin bozulması sonucu oluşan enfeksiyondan kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Akhan 2009).

Kadınlarda SD'ye neden olabilecek risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada; kadınların %23'ünde Üİ, % 26,6'sında ÜYE ve %22,6 disparoni, Üİ'yi seksüel disfonksiyon için risk faktörü olarak göstermiştir (Kılıç 2019).

Yapılan bir çalışmada seksüel ilişki sırasında Üİ ve urgency semptomları olan kadınların seksüel yaşamlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Beji ve ark. 2005, Nilsson ve ark. 2011). Seksüel ilişki sırasında Üİ ile ilgili endişe, korku ve utanma duyguları, seksüel işlev bozukluğunun nedeni olarak gösterilmiştir (Aslan ve ark. 2005, Carusa ve ark. 2017). Ergenoğlu ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan bir çalışmada aşırı aktif mesane problemi olan üreme çağındaki hemşirelerde seksüel sağlıklarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Higa ve arkadaşlarının (2007), hemşireler üzerine yaptıkları çalışmada Üİ şikâyetinin hemşirelerin yaşam kalitelerini, mesleki ve seksüel faaliyetlerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

Literatürde AÜSS ve Üİ şikâyeti olan hemşirelerin genel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Araki ve ark. 2005, Paick ve ark. 2007, Oh ve ark. 2008, Bradway ve ark. 2008, Milsom ve ark. 2009). Brezilya'da AÜSS tanımlı yetişkin kadınlar ile yapılan çalışmada frequency, noktüri, urgency, SÜİ, yavaş idrar akımı ve işeme sonrası damlama semptomları yaşayanlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Soler 2019). Morkved ve arkadaşları (2003), Üİ'nin yaşam kalitesini önemli derecede azaltan semptom olduğunu belirtmiştir. İspanya'da yapılan bir çalışmada; seksüel ilişki sırasında Üİ şikâyeti olan kadınlar arasında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Espuna ve Puig, 2008). Yağmur ve Ulukoca (2009), tarafından yapılan çalışmada seksüel ilişki sırasında Üİ şikâyeti olan hemşirelerin, genel yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Başka çalışmalarda da benzer bulgular saptanmıştır (Bilgiç ve Kızılkaya, 2010, Karbage ve

ark. 2016).

5.5. BFLUTS Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Farklı Değişkenlere İlişkin Veriler İle Tartışılması

Çalışmamızda yaş ile işeme alt boyutu puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu anlamlılık 20-29 yaş grubunda olan kadınların lehinedir. 20-29 yaş grubu katılımcıların 30-39 yaş arası ve 40 yaş ve üzerinde olan katılımcılara göre idrar yapma alt boyut puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 13). Literatürde yaşın artması ile AÜSS'lerin arttığı bildirilmektedir (Özerdoğan ve ark. 2004, Teunissan ve ark. 2006, Biri ve ark. 2006, Manonai ve ark. 2006, Danforth ve ark. 2006, Azuma ve ark. 2008, Taşçı 2019). Çalışmamızda literatürden farklı olarak gençlerde idrar yapma ile ilgili daha çok sorun olduğu saptanmıştır. Farklılığın sebebi çalışmanın yapıldığı popülasyonun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada BFLUTS ölçeği idrar kaçırma alt boyutuna göre kadınların eğitim seviyesi düştükçe idrar kaçırma semptomları daha fazla görülmektedir (Tablo 14). Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur (Fowke ve ark. 2011, Wang ve ark. 2011, Choi ve ark. 2014, Abbot ve Elliot, 2016).

Kaya ve arkadaşlarının (2014), çalışmasında hemşirelerde AÜSS prevalansı %44,5 sekreterlerde %38,1 oranında olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada iki grup arasında herhangi bir AÜSS görülme sıklığında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda Kaya ve arkadaşlarının (2014), çalışması ile paralel şekilde katılımcıların meslek değişkeni açısından BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Bu çalışmada gelir durumu ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16). Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Çin'de hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada yüksek gelir düzeyine sahip hemşirelerin, düşük gelir düzeyine sahip olanlara göre AÜSS şikâyetlerinin daha az olduğu saptanmıştır (Wan ve ark. 2017).

Obezitenin intraabdominal basınç artışına neden olarak Üİ yol açtığını ve BKİ arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Özer ve Dinç, 2019, Lu ve ark. 2016, Dellú ve ark. 2016). Bizim çalışmamızda literatür bulgularından farklı olarak

BKİ ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 17). Bizim bulgularımıza benzer şekilde Wan ve arkadaşlarının (2017), Çin’de yapmış olduğu çalışmada hemşirelerde BKİ ile AÜSS arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmamıştır.

İdrar miktarını ve idrara çıkma sayısını artıran, içerisinde kafein ve alkol içeren sıvılar diüretik özelliğe sahiptirler (Kiyohara ve ark. 1999). Tüketilen diüretik etkili sıvı çeşidinin AÜSS’leri etkilediği bildirilmiştir (Elstad ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda idrar kaçırma alt boyutunda alkol kullandığını belirten katılımcılar ile alkol kullanmadığını belirten katılımcıların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Alkol kullanmayan katılımcıların idrar kaçırma şikâyetleri daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bu durum sağlık sektöründe çalışan kadınlarda alkol kullanımının azlığı sebebi ile tesadüfi olarak ortaya çıktığı ayrıca alkol kullanan kesimin Üİ’yi etkileyecek düzeyde alkol tüketmediğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bradley ve arkadaşları (2017), kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada alkolden kaçınmanın Üİ ve AÜSS riskini azalttığına dair kanıt bulamamışlardır.

Literatürde sigara kullanma ile AÜSS gelişmesine neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgiler tartışmalıdır. Song ve arkadaşlarının (2003), yaptıkları çalışmada sigara içenlerin AÜSS puanları, sigara içmeyenlerden daha yüksek çıkmıştır. Taşçı’nın (2019), çalışmasında sigara kullanma durumu ile BFLUTS ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise sigara alışkanlığı ve AÜSS arasında ilişki gösterilememiştir (Bortolotti ve ark. 2000, Parazzini ve ark. 2003, Minassian ve ark. 2003, Koçak ve ark. 2005, Hsieh ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda sigara kullanımı ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 19).

Sever’in (2010), çalışmasında kronik hastalığı olan kadınlarda cinsel yaşam alt boyutu dışında, hem BFLUTS toplam puanları hem de diğer alt boyut puanları daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ragnar ve arkadaşlarının (2000), yaptıkları çalışmada kronik hastalık varlığında noktüride artma görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda idrar kaçırma alt boyutunda kronik hastalığı olan katılımcılar ile kronik hastalığı olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan katılımcıların idrar kaçırma alt boyut

puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

Literatürde pek çok çalışmada konstipasyonun AÜSS'leri olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Oskay ve ark. 2005, Koçak ve ark. 2005, Zhu 2009, Chapple ve Milson, 2012). Kadınlarda kabızlık şikâyeti ile AÜSS arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin var olduğu bildirilmiştir (Zhang ve ark. 2005). Taşçı (2019), tarafından yapılan çalışmada kabızlık şikâyeti olan kadınların AÜSS puanlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu bildirilmiştir. Araştırmamızda literatür bulgularından farklı olarak konstipasyon ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 21).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada, gebelik sayısı ile AÜSS depolama semptomlarının görülme riskinin 3 kat arttığı saptanmıştır (Oriá ve ark. 2018). Türkiye'de Taşçı, (2019), tarafından yapılan çalışmada gebelik sayısı arttıkça AÜSS puanlarının anlamlı olarak yükseldiği bildirilmiştir ($p<0.05$). Araştırmamızda literatür bulgularından farklı olarak gebelik sayısı ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 22).

Türkiye'de Yağmur ve Ulukoca (2009), tarafından hastanede çalışan 600 hemşire ile yapılan çalışmada Üİ prevalansının parite ile arttığı gösterilmiştir. Çok sayıda doğum yapan kadının, SÜİ'ı nullipar kadınlara göre daha çok yaşadığı bildirilmiştir (Foldspan ve ark. 1992, Wesnes ve ark. 2007, Minassian ve ark. 2008). Araştırmamızda literatür bulguları ile paralel şekilde toplam doğum sayısı ile üriner inkontinans alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. 2 doğum yapmış olan katılımcıların hiç doğum yapmamış kadınlara göre idrar kaçırma şikâyetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma alt boyutundan alınan puanın arttığı saptanmıştır (Tablo 23).

Vajinal doğum ile karşılaştırıldığında, sezaryen doğumun alt üriner sistem semptomlarını azalttığı ve pelvik taban kaslarını koruduğu bildirilmiştir (Wan ve ark. 2017, Taşçı 2019). Sever ve Oskay'ın (2015), çalışmasında vajinal doğum ile BFLUTS ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda Sever ve Oskay'ın (2015), çalışmasına benzer olarak doğum şekli ile BFLUTS ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Doğum sırasında pelvik tabanı kas ve sinirlerinde meydana gelen hasarlanmalar alt üriner sistemi etkilediği bildirilmiştir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Doğum sırasında bebeğin doğum ağırlığının perianal bölgedeki sinirlerde hasara yol açabileceği belirtilmektedir. Ayrıca iri bebek doğumundan sonra kadınlarda urge ve SÜİ gelişim riskinin arttığı bildirilmiştir (Wijma ve ark. 2001). Yapılan bazı çalışmalar doğum sırasında iri bebek (4 kg ve fazlası) doğumu gibi obstetrik travmaların AÜSS gelişiminde rol oynadığını göstermektedir (Alling Møller ve ark. 2000, Parazzini ve ark. 2003; Zhang ve ark. 2005; Minassian ve ark. 2008; Ham ve ark. 2009). Taşçı'nın (2019), hastanede çalışan kadınlar ile yaptığı çalışmada doğumda iri bebek sahibi olan kadınların Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları soru formundan (BKAÜSS-SF) aldıkları genel puan ortancaları arasından anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak katılımcıların en ağır doğan bebek kilosu ile BFLUTS toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p < 0,05$). 3000-4000 gr aralığında bebek doğuran katılımcıların 4000 gr ve üzeri bebek doğuran katılımcılara göre BFLUTS toplam ölçek puanından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. AÜSS'lerin 4000 gr ve üzeri doğum yapan katılımcılarda az görülmesinin sebebi 4 kg ve üzeri bebeklerin doğumunda tıbbi olarak sezaryen doğum şeklinin tercih ediliyor olması etkili olabileceği düşünülmüştür (Tablo 25). Sever'in (2010), çalışmasında 4 kg ve üzeri bebek doğurma duruma göre BFLUTS ölçek toplam ve alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bildirilmemiştir ($p > 0,05$). Aynı şekilde Sever ve Oskay'ın (2017), çalışmasında kadınlarda iri bebek doğumu ile BKAÜSS-SF'den alınan genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların adet düzeni ile idrar kaçırma alt boyut puanları arasında ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Seyrek aralıklar ile adet geçiren katılımcıların düzenli adet geçirenlere göre BFLUTS-SF'den aldıkları toplam puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani seyrek aralıklar ile adet görmenin AÜSS'e yatkınlığı arttırdığı bulunmuştur (Tablo 26). Wan ve arkadaşları (2017), tarafından yapılan çalışmada düzensiz menstrüasyonun alt üriner sistem semptomlarına yatkınlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların dismenore şikâyeti ile depolama alt boyutu, idrar yapma alt boyutu ve BFLUTS ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dismenore yaşayan katılımcıların yaşamayanlara göre depolama, idrar yapma alt boyut ve BFLUTS-SF ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adet ağrısı yaşayan katılımcıların depolama semptomlarına, idrar yapma semptomlarına ve AÜSS'e yatkın olduğu saptanmıştır (Tablo 27). Literatürde ağrılı adet geçirme ve AÜSS arasındaki ilişki ile ilgili bulguya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda toplam ölçek puanında vajinal akıntı, kaşıntı yaşadığını belirten katılımcılar ile vajinal akıntı, kaşıntı yaşamadığını belirten katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Vajinal akıntı ve kaşıntı yaşayan kadınların BFLUTS'dan aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 28). Oskay ve arkadaşları (2005), tarafından yapılan çalışmada Üİ olan kadınlarda vajinal kaşıntı/akıntı daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Sever'in (2010), çalışmasında menopozdaki kadınların BFLUTS-SF'den daha yüksek puan aldıkları, toplam puan ve depolama alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Zhang ve arkadaşlarının (2005), çalışmasında menopozun AÜSS için risk faktörü olduğunu bildirilmiştir. Oskay ve arkadaşlarının (2005), araştırmasında ise AÜSS'ün postmenopozal dönemde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda menopozda olan katılımcılar ile menopozda olmayan katılımcılar arasında BFLUTS toplam ölçek ve ölçeğin alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Bu sonucun literatürden farklı çıkmasının sebebinin çalışmada menopoza giren kadınların menopozun erken evrelerinde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Tablo 29).

Çalışmamızda katılımcıların ÜYE değişkeni ile idrar yapma, üriner inkontinans alt boyutları ve BFLUTS ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). ÜYE geçiren katılımcıların idrar yapma, idrar kaçırma alt boyutu ve BFLUTS-SF ölçeğinden aldıkları puanların ÜYE geçirmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 30). Ülkemizde Yağmur ve Ulukoca (2009), tarafından çalışmada ÜYE olan hemşirelerde urge inkontinans insidansı daha yüksek bulunmuştur. Çin'de Wan ve arkadaşları (2017), tarafından yapılan çalışmada kadın hemşirelerin ÜYE öyküsü AÜSS için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Sağlık sektöründe çalışan kadınların %95,1'inin en az bir AÜSS'ü yaşadığı saptanmıştır. AÜSS yaşayan kadınların %93,4'ünün depolama, %51,4'ünün boşaltım, %44,9'u Üİ ile ilgili sorunları olduğu bulunmuştur.
- AÜSS'lerinin alt boyutlarına göre kadınların en sık yaşadıkları depolama semptomu olarak urgency (%70,4), boşaltım semptomlarından hesitency (%35,8), işeme semptomlarından ise mesaneyi tam boşaltamama (%28,4), Üİ tiplerinden ise MÜİ (%44,4) olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların BFLUTS ölçeği ve alt boyut skorları ile yaş ($p=0,015$), eğitim durumu ($p=0,039$), alkol kullanımı ($p=0,006$), parite ($p=0,002$), bebek kilosu ($p=0,046$), adet düzeni ($p=0,026$), dismenore ($p=0,011$), vajinal akıntı, kaşıntı ($p=0,019$), ÜYE ($p=0,010$) ve kronik hastalık ($p=0,012$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Katılımcıların BFLUTS ölçeği ve alt boyut skorları ile meslek, gelir durumu, BKİ, sigara, konstipasyon, toplam gebelik sayısı, doğum şekli ve menopoz değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Çalışmamızda AÜSS şikâyeti olan kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluğu olanların oranı %56,7 ($p=0,007$), Üİ şikâyeti olanlarda seksüel fonksiyon bozukluğu olanların oranı %44 olarak bulunmuştur ($p=0,000$). Katılımcıların %5,3'ü seksüel ilişki sırasında Üİ şikâyeti bildirmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %26'sı Üİ'nin seksüel hayatlarını etkilediğini düşünmektedir. %41,6'sı ise disparoni şikâyeti bildirmişlerdir.
- Üİ şikâyeti olan katılımcıların günlük yaşantılarının olumsuz etkilendiği ve aldıkları bazı önlemler olarak; tuvaleti olmayan yerlere gitmekten kaçındığı, sık iç çamaşırını değiştirdiği, sıvı alımını kısıtladığı, ped kullandığı belirlenmiştir.
- AÜSS olan kadınların %24,8'sinin tedavi aramak amacıyla hekime başvurduğu, doktora başvurmayanların sebepleri incelendiğinde ise; %51,2'sinin durumu normal olarak algıladığı, %28,1'inin önemsemediğini, %9,8'inin rahatsızlık vermediğini düşündüğü saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Dünya’da ve ülkemizde prevalansı yüksek oranlarda bildirilen AÜSS, hem seksüel fonksiyonları hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olduğu için AÜSS çalışmaları önem kazanmaya başlamıştır. Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışan kadınların neredeyse tamamında en az bir AÜSS saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında AÜSS semptomlarını önlemek ve tedaviye başvurularını sağlamak amacıyla önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir.

- Sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalıklarının artırılması ve sağlıklı mesane davranışlarını kazanmaları için hizmet içi eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması önerilmektedir.
- Sağlık sektöründe çalışanların AÜSS nedeniyle tedavi aramalarını engelleyen nedenlerin incelenmesi ve sağlık arama davranışı geliştirmeleri konusunda teşvik edilmeleri gerekmektedir.
- Hemşireler başta kendileri olmak üzere kadınları AÜSS'e karşı önleyici tedbirler hakkında bilgilendirmeli, AÜSS tedavisine yönelik davranışsal yöntemler kullanabilmeli, klinik araştırma ve sağlık bakımının yönetiminde rol sahibi olmalıdır.
- Ülkemizde AÜSS konusunda yapılan çalışmalar genellikle kadınlarda Üİ içermektedir. Çalışan kadınları içeren daha fazla çalışma yapılarak AÜSS yaygınlığı araştırılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Abbott LS, Elliott LT. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: A systematic review of home visiting in the United States, 2005–2015. *Public Health Nursing*. 2017; 34(1), 2-30.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21(2):167-78.
- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. *Incontinence*. Tokyo, ICS/ICUD; 2016
- Acar NB, Yurtsever S. Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. 2010, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 128 sayfa, Mersin, (Doç. Dr. Sabire Yurtsever).
- Addis IB. Social Impact of Urinary Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction. In R.S. Gibbs BY, Karlan AF, Haney IE, Nygaard (Eds.). *Female Urology*. (3th Ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008:p.69–74.
- Akhan SE. Pelvik taban ve cinsel yaşam. Yalçın Ö. (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. İstanbul, 2009:525-541.
- Aksakal OS, Gungor T, Karaer A, Uğurlu EN, Atalay AM, Bilge U. Stres üriner inkontinansa Transobturator tape tedavisi. *J Turkish-German Gynecol Assoc*. 2006; 7(3), 210-214.
- Al-Hayek S, Abrams P. Women's lower urinary tract function and dysfunction: Definitions and epidemiology. *Minerva Ginecologica*. 2004; 56(4), 311-325.
- Alling Møller L, Lose G, Jørgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet. Gynecol*. 2000; 96 (3), 446-451.
- Andrea S, Giuseppe Z. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *Eur Urol*. 2004; 45(5):642-648.
- Anger JT, Saigal CS, Litwin MS. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: Result from the national health and nutrition examination survey. *Journal of Urology*. 2006; 175, 601-604.
- Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, Takeda M. Japon çalışan kadınlarda üriner inkontinansın jenerik yaşam kalitesi yaygınlığı ve etkisi: ICI anketi ve SF-36 Sağlık Araştırması ile değerlendirme. *Üroloji*. 2005; 66 (1), 88-93.
- Arıkan E. ve ark. Huzurevinde yaşayan bir grup kadında üriner inkontinans. *Geriatrici*. 2003; 6: 3,104-108.
- Arıkan N, Cetinel B, İlker Y, Kocak T, Tarcan T. Alt üriner sistem işlevi terminoloji standardizasyonunun Türkçe'ye çevirisi. *Türk Üroloji Derneği, Nöroüroloji ve Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu*. 2003.
- Arıkan N, Çetinel B, İlker Y, Koçak T, Tarcan T. *Kontinans Derneği terminoloji standardizasyon raporu*, 2010, www.kontinansderneği.org.
- Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: A case-

- control study. *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 85.
- Aslan G, Köseoğlu H, Sadik O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. *International Journal of Impotence Research.* 2005; 173:248.
- Aslan E. Stres inkontinansda ped testinin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. 1999, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 122 sayfa, İstanbul, (Y.Doç.Dr. Nezihe Kızılkaya Beji)
- Aslan E. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Beji NK. (Ed.). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı.* F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002:51-60.
- Asplund R, Åberg HE. 40-64 yaş arası kadınlarda noktüri ve sağlık. *Maturitas.* 2000; 35 (2), 143-148.
- Atasü T. Menopoz ve Hormon Replasman Tedavisinin Tarihçesine Bir Bakış. *Menopoz Tedavisi ve Kanseri.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2001:p.1-11.
- Ateşkan Ü. Geriatrik Sendromlar, Üriner İnkontinansın Tanımı, Önemi ve Sınıflandırılması. 2001; 63-72, Gata Basımevi, Ankara.
- Attar E. Gomel'in Jinekolojisi, Ata B. (Edt.). *Nobel Tıp Kitabevleri,* İstanbul, 2007:p.425-442.
- Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Üriner inkontinansın yaygınlığı ve risk faktörleri ve Japon kadınlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri.* 2008; 10 (2), 151-158.
- Ballentyne B. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Beji NK. (Edt.). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemsirelik Yaklaşımı,* Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002: 4338,s.123-128.
- Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. and Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology.* 2002; 99(2), 281-289.
- Barber MD, Dowsett SA, Mullen KJ, Viktrup L. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2005; 72(3), 225- 32.
- Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: A synthesis of the literature. *International Nursing Review.* 2013; 60(4), 448-460.
- Başgöl Ş. Cinsel fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda interaktif biofeedback tedavisinin cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2013, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. 124 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Ümran Oskay).
- Batista MOO, Emma MM, Camila TMV, Tamires DAO, Lia GL, Purdenciana RM, Marli TGG. Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. *The International Urogynecological Association,* 2018, <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3635-1>.
- Bavendam TG, Norton JM, Kirkali Z, Mullins C, Kusek JW, Star RA, Rodgers GP. Advancing a comprehensive approach to the study of lower urinary tract symptoms. *The Journal of Urology.* 2016; 196(5), 1342-1349.
- Baykuş Y, Deniz R, Kavak EÇ. Pelvik organ prolapsuslu olgularda semptomatoloji. *Kafkas J Med Sci.*

2017; 7(2):107–110.

- Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urol Nurs.* 2010; 30:327-34.
- Beji NK, Yalcın O, Ayyıldız EH, Kayir A. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urologia Internationalis.* 2005; 74(3), 250-255.
- Beji NK. Üriner İnkontinans Tipleri ve Hasta Değerlendirmesi. Beji NK. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002:s75-84.
- Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: Incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology.* 1999; 54(3), 385-391.
- Berzuk K, Shay B. Effect of increasing awareness of pelvic floor muscle function on pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal.* 2015; 26(6), 837-844.
- Bilgic D, Beji NK. Lower urinary tract symptoms in women and quality of life. *International Journal of Urological Nursing.* 2010; 4 (3), 97–105.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2008; 28(4):487-93.
- Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tıraş B, Bumin MA. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *International Urogynecology Journal.* 2006; 17(6), 604-610.
- Bo K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004; 34:451-64.
- Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, DiBenedetto P, Giocoli NG, Landoni M, Lavezzari M, Pagliarulo A, Salvatore S, Heland M, Parazzini F, Artibani W. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol.* 2000; 37:30-5.
- Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: Review of the literature and investigation of methodological issues. *Int J Urol.* 2008; 15:230–234.
- Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FDR, Fourcade R. and Ur Epik Study Group. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The Ur Epik Study. *BJU International.* 2003; 92(4), 409-414.
- Bradley CS, Erickson BA, Messersmith EE, Pelletier-Cameron A, Lai HH, Kreder KJ, Kirkali Z. Evidence of the impact of diet, fluid intake, caffeine, alcohol and tobacco on lower urinary tract symptoms: A systematic review. *The Journal of Urology.* 2017; 198(5), 1010-1020.
- Bradway C, Coyne KS, Irwin D, Koop Z. Lower urinary tract symptoms in women a common but neglected problem. *J. Am. Acad. Nurse. Pract.* 2008; 20 (6),311-318.
- Braun M, Korda B, Sommer F, Engelmann UH. Prevalence and therapy necessity female sexual dysfunction (fsd), a different look at the epidemiology of female sexual disorders; results of the Cologne 20.000 men survey. *The Journal of Urology.* 2004; 171(4S), 235-235.
- Brennan E. Towards resilience and wellbeing in nurses. *British Journal of Nursing.* 2017; 26(1), 43-

47.

- Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: Data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004; 191(1), 73-82.
- Bump RC, Hurt WG, Fantl MD, et al. Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991;165 (2): 322-329.
- Burti JS, Santos AM, Pereira RM. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 54: 42-6.
- Bush TA, Castellucci DT, Phillips C. Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*. 2001; 21(3): 211-218.
- Cardozo L, Chapple CR, Dmochowski R, Fitzgerald MP, Hanno P, Michel MC, Staskin D, Van KP, Wyndaele JJ, Yamaguchi O, Yoshida M. Urinary urgency translating the evidence base into daily clinical practice. *International Journal of Clinical Practice*. 2009; 63(12), 1675-82.
- Caruso S, Brescia R, Matarazzo MG, Giunta G, Rapisarda AMC, Cianci A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's sexual function and quality of life. *Urology*. 2017; 108:59-64.
- Chapple CR, Roehrborn CG. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: Focus on the bladder. *Eur Urol*. 2006; 49(4):651-8.
- Chapple CR, Wein AJ, Abrams P, Dmochowski RR, Giuliano F, Kaplan SA, Roehrborn CG. Lower urinary tract symptoms revisited: A broader clinical perspective. *European Urology*. 2008;54(3), 563-569.
- Chapple CR, Milsom I. Urinary Incontinence and Pelvic Prolapse: Epidemiology and Pathophysiology. *Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012:1871-95.
- Chapple C, Castro-Diaz D, Chuang YC, Lee KS, Liao L, Liu SP, Wang J, Yoo TK, Chu R, Sumarsono B. Prevalence of lower urinary tract symptoms in China, Taiwan, and South Korea: Results from a cross-sectional, population-based study. *Adv. Ther*. 2017; 34 (8), 1953–1965,
- Choi EP, Lam CL, Chin WY. The health-related quality of life of Chinese patients with lower urinary tract symptoms in primary care. *Qual. Life Res*. 2014; 23 (10), 2723–2733.
- Choi EP, Lam CL, Chin WY. Mental health of Chinese primary care patients with lower urinary tract symptoms. *Psychol. Health Med*. 2016; 21 (1), 113–127.
- Chuang FC, Kuo HC. Prevalence of lower urinary tract symptoms in indigenous and non-indigenous women in Eastern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010; 109(3), 228-236.
- Correia S, Dinis P, Rolo F, Lunet N. Prevalence, treatment and known risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in the non-institutionalized Portuguese population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20: 1481-9.
- Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the

- United Kingdom, and the United States. *Eur Urol.* 2012; 61: 88-95.
- Coyne KS, Sexton CC, Vats V, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology.* 2011; 77:1081-7.
- Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, Wein AJ. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: Results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU international.* (2009a); 104(3), 352-360.
- Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, Aiyer LP. The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU International.* (2009b); 103, 4-11.
- Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU International.* 2003; 92(7), 731-735.
- Cutner LD, Cardozo and Benness CJ. Assessment of urinary symptoms in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1991; vol.98, no.12, pp.1283–1286.
- Çankaya A, Oskay UY. Aşırı aktif mesane tanısı almış kadınlarda mesane günlüklerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2014; 56(3): 169-73.
- Daloso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MMK. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: A longitudinal study in women. *BJU International.* 2003; 92: 169-177.
- Davilla GW. Urinary incontinence in women. How to help patients regain bladder control. *Postgraduate Medicine.* 1994; 96:103-10,
- Dellú MC, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Pereira WM, Pereira ECA, Vasconcelos ESF, Aldrighi JM. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2016; 62 (5), 441-446.
- Demirci H, Beji NK. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı.* 1. Bs. Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002:102-8.
- Diñç A. 44/ Epidemiology of Urinary Incontinence and Risk factors. In: *Recent Advances in Health Sciences*, Adil ÇA, Bilal A, Ramiz A, Recef E, (Eds.). St. Kliment Ohridski University Press Sofia, Sofia, 2016; pp.459-471.
- Diñç A, Beji NK. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2008; 16(62): 143-149.
- Dmochowski RR, Sanders WS, Apel A, et al. Bladder health diaries: An assessment of 3-day vs. 7-day entries. *BJU International.* 2005; 96: 1054-1049.
- Duralde ER, Rowen TS. Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sexual Medicine Reviews.* 2017; 5(4), 470-485.
- El-Azab AS, Mohamed EM, Sabra HI. The prevalence and risk factors of urinary incontinence its influence on the quality of life among Egyptian women. *Neurourol Urodyn.* 2007; 26 (6): 783-738.
- Elstad EA, Maserejian NN, McKinlay JB, Tennstedt SL. Fluid manipulation among individuals with

- lower urinary tract symptoms: A mixed methods study. *J. Clin. Nurs.* 2011; 20 (1–2), 156–165.
- Ercan A, Kaan B, Burak Ö, Ahmet B. Üriner inkontinans veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. *The New Journal of Urology.* 2012;7(1):33-41.
- Ergenoğlu AM, Yeniel AÖ, İtil IM, Askar N, Meseri R, Petri E. Aşırı aktif mesane ve kadınlar arasındaki cinsel işlev bozukluğuna etkileri. *Açta Obstet Jinekoloji Scand.* 2013; 92 (10): 1202 - 1207.
- Eric SR. Treatment options for stress urinary incontinence. *Rev Urol.* 2004;6 (Suppl 3): s29.S47.
- Eskiyurt N, Karan A. Üriner İnkontansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. *Ürojinekoloji.* (Edi: Haldun Güner). Atlas Kitapçılık Ltd. Şti. S.:135-151, Ankara. The Prevalance of Male Urinary Incontinence In Four Centres: The UrEpik Study. *British Journal of Urology International.* 2000; 92: 943-947,
- Espuña-Pons M, Castro-Díaz D, Díaz-Cuervo H, Pérez M. Impact of overactive bladder treatment on associated comorbidities. *Actas Urológicas Españolas (English Edition).* 2012;36: 590-6.
- Faltin DL. Epidemiology and definition of female urinary incontinence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2009; 38: S146-152.
- Field SM, Hilton P. The prevalence of sexual problems in women attending for urodynamic investigation. *Int Urogynecol J.* 1993; 4:212.
- Filiz TM, Topsever P, Uludağ C, Görpelioglu S, Çınar N. Effects of age and urinary incontinence severity on generic SF-36 quality of life measurements in Sakarya, Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.* 2007; 27(2), 189-194.
- Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A Cross-Sectional Study. *Saudi Med J.* 2006; 27(11):1688-92.
- Fitzgerald MP, Ayuste D, Brubaler L. How do urinary diaries of women with an overactive bladder differ from those of asemptomatic controls? *BJU International.* 2005; 95: 367-365.
- Fowke JH, Munro H, Signorello LB, Blot WJ, Penson DF. and Urologic Diseases of America Project. Association between socioeconomic status (SES) and lower urinary tract symptom (LUTS) severity among black and white men. *J. Gen. Intern. Med.* 2011; 26 (11), 1305–1310. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11606- 011-1776-8.
- Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occupational Medicine (Oxford).* 2005; 55(7), 552-7.
- Gomel V, Munro Mg, Rowe TC. Jinekoloji pratik yaklaşım. (Çev: Doç. Dr. N. Erkut Atar). *Özısık Ofset Matbaacılık.* 1995.
- Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of Urology.* 2012; 188(6S), 2455-2463.
- Güler TC. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2006, Yüksek Lisans Tezi, 135 sayfa, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli. (Y.Doç.Dr. Nesrin Yağcı).

- Güenalp S, Özyüncü Ö, Salman C. Ürojinekoloji. Ayhan A, Durukan T, Güenalp S, Gürkan T, Önderoğlu SL, Yaralı H, Yüce K. (Edt.). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitapevleri, 2.Baskı, Ankara, 2008:907-926.
- Güner H, Güler D. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi ve Sosyal İmpakt. Güner H. (Edt.). Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008:37-42.
- Güngör F, Yalçın Ö. Stres üriner inkontinans olgularında tension-free vaginal tape ve tension-free vaginal tape obturator operasyonlarının klinik ve ürodinamik sonuçlarının karşılaştırılması. 2005, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 93 sayfa, (Prof.Dr. Önay Yalçın).
- Hagglund D, Walker-Engström LM, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with longterm urinary incontinence do not seek professional help: A cross-sectional population-based cohort study. *International Urogynecology Journal*. 2007; 14(5): 296-304.
- Hagglund D, Walker-Engström M, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population-based study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2001; 80(11),1051–1055.
- Haken J. The Role of Continence Advisor. (Ed.). Cardozo L. *Urogynecology*. Churchill Livingstone, New York, 1997:p:633-642.
- Ham E, Choi H, Seo JT, Kim HG, Palmer MH, Kim I. Risk factors for female urinary incontinence among middle aged Korean women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;1801-6.
- Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol*. 1997; 32 (Suppl 2):3-12.
- Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar SA. Community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53:1150-7.
- Hansen BL. Lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *Eur Urol*. 2004; 46(2):229-234.
- Haslam J, Laycock J. *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. (2nd Ed.). Springer, London, 2008:s:21-26, 41-57, 139-143.
- Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29: 4-20.
- Higa R, Lopes MHBDM. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 2007; 60(2), 213-216.
- Homma Y, Kakizaki H, Yamaguchi O, Yamanishi T, Nishizawa O, Yokoyama O, Takeda M, Seki N, Yoshida M. Assessment of overactive bladder symptoms: Comparison of 3 day bladder diary and the overactive bladder symptoms score. *Urology*. 2011;77: 60-4.
- Homma Y, Yamaguchi O, Hayashi K, and Member of The Neurogenic Bladder Society Committee. Epidemiologic survey of lower urinary tract symptoms in Japan. *Urology*. 2006; 68,560-564.
- Hording U, Petersen KH, Sidenius K, Hedegard L. Urinary incontinence in 45 year old women. *Scand*

- J Nephrol. 1986;20: 183–6.
- Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice*. 2004; 21(2): 689-696.
- Howard F, Steggall M. Urinary incontinence in women: Quality of life and help-seeking. *British Journal of Nursing*. 2010; 19(12): 742-749.
- Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST, Taiwan J. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Obstet Gynecol*. 2008; 47:197-202.
- Hunnskaar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. (eds). *Incontinence*. Health Publication Ltd, Plymouth, UK, 2002:p.165–201.
- Hunnskaar S. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol. J Pelvic Floor Dysfunct*. 2000; 11, 310-319.
- Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int*. 2011; 108 (7), 1132–1138.
- Irwin DE, Milsom I, Hunnskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study. *Eur Urol*. 2006; 50:1306-14.
- İtil DM. Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu ve Pelvik Organ Prolapsusunda Sınıflamalar. Güner H. (Edt.). *Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000:29-36*.
- Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. Bristol kadın alt üriner sistem semptomları anketi: Gelişim ve psikometrik test. *BJU International*, 1996; 77 (6), 805–812.
- Jacobus W. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract following spontaneous vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003; 110(7), 658-663.
- Jean-Baptiste J, Hermieu JF. Sport and urinary incontinence in women. *Prog Urol*. 2010; 20:483-90.
- Jolleys JV. Reported prevalence of urinary incontinence in a general practice. *BMJ*. 1988; 296:13002.
- Kang Y, Crogan NL. Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean-American elderly women. *Geriatric Nursing*. 2008; 29(2): 105-111.
- Karakaş B. Çanakkale ili Gelibolu ilçesi'nde 20 yaş üstü kadınlarda aşırı aktif mesane prevalansı ve risk faktörleri. 2019, Yüksek Lisans Tezi, 106 sayfa, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Çanakkale, (Doç. Dr. Ayten Dinç).
- Karan A. Üriner İnkontinansta Konservatif Tedavi Rehabilitasyon Programları. Yalçın O. (Edt.). *Temel Urojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2009:305-315*.
- Karbage SA, Santos ZM, Frota MA, De Moura HJ, Vasconcelos CT, Neto JAV, Bezerra L. R. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual

- function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016; 201, 56-60.
- Kaya Y, Kaya C, Başeskiöglü B, Özerdoğan N, Yenilmez A, Demirüstü C. Effect of work-related factors on lower urinary tract symptoms in nurses and secretaries. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 2016; 8(1), 49-54.
- Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. *Am J Obstetrics and Gynaecology*. 1948; 56,238-48,
- Kenton K, Mueller ER. The global burden of female pelvic floor disorders. *British Journal of Urology International*. 2006; 98(1), 1–5.
- Khong S, Jackson S. Obesity and urinary incontinence. *Menopause International*. 2008; 14,53-56.
- Kılıç M. Türkiye'de sağlıklı kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı ve risk faktörleri. *Afrika Sağlık Bilimleri*. 2019; 19 (3), 2623-2633.
- Kinchen KS. et al. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of Women's Health*. 2003; 12(7): 687-697.
- Kisnişçi HA. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi, 1996, Ankara.
- Kiyohara C, Kono S, Honjo S, Todoroki I, Sakurai Y, Nishiwaki M, Nakagawa K. Inverse association between coffee drinking and serum uric acid concentrations in middle-aged Japanese males. *British Journal of Nutrition*. 1999; 82(2), 125-130.
- Kocaöz S, Aşçı Ö. *Üreme Organlarının Yapısal Bozukluklar*. Editör, Arslan ÖH. *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2019:s. 641-672.
- Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci*. 2009; 1 (2), 94-102.
- Koçak I, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urolog*. 2005; 48: 634–641.
- Koçak T. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesinde Yapılan Spesifik Tanı Testleri. Beji NK. (Edt.). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002:85-90.
- Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006; 48: 132-136.
- Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP, Kusek JW, Litman HJ, Link CL, McKinlay JB. Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: The Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(21), 2381-2387.
- Lackner TA. Innovations and strategies for achieving urinary incontinence in the elderly. *J Am Soc Consult Pharma*. 2001; 16 Suppl: 2.1-2.19.
- Lam G, Foldspang A, Elving LB, Mommsen S. Urinary incontinence in women aged 39–59 years: An epidemiological study. *Ugeskr Laeg*. 1990; 152:3244–6.

- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281(6), 537-544.
- Lee YS, Lee KS, Jung JH, Han DH, Oh SJ, Seo JT, Lee JG, Park HS, Choo MS. Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: Results of Korean EPIC study. *World J Urol*. 2011; 29(2), 185-190.
- Leiblum SR. SSI Grand Master Lecture 1 'What every urologist should know about female sexual dysfunction'. *International Journal of Impotence Research*. 1999; 11(S1), S39.
- Liao YM, Dougherty MC, Biemer PP, Boyington AR. Prevalence of lower urinary tract symptoms among female elementary school teachers in Taipei. *Int Urogynecol J*. 2007; 18:1151–1161.
- Liao YM, Dougherty MC, Boyington AR, Lynn MR, Palmer MH. Developing and validating a Chinese instrument to measure lower urinary tract symptoms among employed women in Taiwan. *Nursing Outlook*. 2006; 54(6), 353-361.
- Liao YM, Yang CY, Kao CC, Dougherty MC, Lai YH, Chang Y, Chen HL, Chang LI. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud*. 2009; 46 (5), 633–644.
- Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Uzun CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. Hindawi Publishing Corporation, *BioMed Research International*, Volume 2014, Article ID 303697, 5 pages.
- Litwin MS, Saigal CS, Yano EM, et al. Urologic diseases in America Project: Analytical methods and principal findings. *J Urol*. 2005; 173:933- 937.
- Locher JL, Burgio KL. Epidemiology of Incontinence. In: *Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice*. (Ed.). Ostergard DR, Bent AE, (2 ed.). Baltimore MD. Williams & Wilkins, 1996:67-73.
- Lu S, Zhang HL, Zhang YJ, Shao QC. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among perimenopausal women in Wuhan. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci*. 2016; 36 (5), 723-726.
- Lugo Salcedo F, Sánchez Borrego R, Bueno ER, Sanz TO, García PB, Munné JG, Cantos OG. Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self administered screening questionnaire: The Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). *Int Urogynecol J*. 2013; 24: 1559-66.
- Lukacz ES, Sampelle C, Gray M, Macdiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P, Palmer MH. A healthy bladder: A consensus statement. *International Journal of Clinical Practice*. 2011; 65(10), 1026-1036.
- Luscombe FA. Socio-economic burden of urinary incontinence with focus on overactive bladder and tolterodine treatment. *Rev Contemp Pharmacother*. 2000; 11:43-62.
- Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, Patrachai S, Udomsubpayakul U, Chittacharoen A. Female urinary incontinence: A cross-sectional study from a Thai rural area. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006; 17(4):321–5.
- Manonai J, Chittacharoen A, Sarit-Apirak S, Udomsubpayakul U, Khanacharoen A, Theppisai U.

- Lower urinary tract symptoms in Thai women attending the menopause clinic: Prevalence and associated factors. *J Med Assoc Thai*. 2004; 87(11), 1265-9.
- Maral I, Ozkardes H, Peskircioglu L, Bumin MA. Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: A cross-sectional study. *J Urol*. 2001; 165:408-12.
- Drake M, Abrams P. Over Active Bladder. Chapter 66. *Campbell Walsh Urology 10th*. Elsevier, 2012:1947-1957.
- Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research*. 2004; 13(8), 1381-1390.
- Mauritsen L. Sex and urogynecological problems a survey. *Nordisk Sexologi*. 1997; 15(2): 89-98.
- Mehdiyev M. Stres üriner inkontinans olgularının cerrahi tedavisinde Transvajinal Tape (TVT) ve Transobturator Tape (TOT) uygulamalarının etkinliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. 2007, Uzmanlık Tezi, 78 sayfa, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, (Prof. Dr. Niyazi Aşkar).
- Melnyk B. A national study links nurses physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2018; 60(2), 126.
- Melville JL. et al. Urinary incontinence in US women: A population based study. *Arch Intern Med*. 2005; 165,273-9.
- Menefee AS, Wall LL. İnkontinans, Prolapsus ve Pelvik Taban Hastalıkları. Erek A. (Edt.). *Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, 13.Baskı, İstanbul, 2004:645- 710*.
- Merkelj I. Urinary incontinence in the elderly. *South Med J*. 2001; 94(10):952-7.
- Milsom I, Abrams P, Cardoza L, et al. How widespread are the Symptoms of an Overactive Bladder and how are they Managed? A population-based prevalence study. *BJU International*. 2001; 87: 760-6.
- Milsom I, Altman D, Cartwright R. Epidemiology of urinary İncontinence (UI) and Other Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal İncontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein AJ. (eds.). *Incontinence. 5th ed. Paris, International Consultation on Urological Diseases and European Association of Urology, 2013:17-107*.
- Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol*. 2009;19: 337-41.
- Minassian VA, Drutz HP, Al Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynecol Obstet*. 2003; 82:327-38.
- Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 111(2), 324-331.
- Molander U. Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993; 72:832-4.
- Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2000; 79(4):298-305.
- Moller LA, Lose G. Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor*

- Dysfunct. 2006; 17:18–21.
- Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KÅ. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single-blind randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2003; 101(2), 313-319.
- Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, et al. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90: 621–628.
- Oh SJ, Ku JH, Soo Choo M, Yun JM, Kim DY, Park WH. Health-related quality of life and sexual function in women with stress urinary incontinence and overactive bladder. *International Journal of Urology*. 2008; 15(1), 62–67.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, Nikolaus T, Topinkova E, Tosato M, Liperoti R, Landi F, Bernabei R. Assessment of nursing home residents in Europe: The services and health for elderly in long term care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 1: 5.
- Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. *Int J Urol*. 2009; 16(6):566-9.
- Oriá MOB, Mitchell EM, Vasconcelos CTM, De Oliveira TDA, Lopes LG, De Menezes PR, Galvão MTG. Prevalence of lower urinary tract symptoms and social determinants in primary care users in Brazil. *International Urogynecology Journal*. 2018; 29(12), 1825-1832.
- Ortiz OC. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. *Int J Gynecol Obstet*. 2004; 86:6-16.
- Oskay ÜY, Beji NK, Yalçın Ö. A study on urogenital complaints of post menopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84:72-8.
- Oyelade BO, Jemilohun AC. Prevalence of lower urinary tract symptoms in apparently healthy young Nigerian women. *Br J Med Res*. 2016; 16(4), 1-7.
- Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(2), 101-109.
- Özer NE, Dinç A. Premenopoz ve menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8 (2), 1-9.
- Özerdogan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: Its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2004; 58:145-50.
- Paick JS, Cho MC, Oh SJ, Kim SW, Ku JH. Üriner inkontinansı olan kadınlarda kendini algılayan inkontinans şiddetinin yaşam kalitesi ve cinsel işlev üzerine etkisi. *Nöroüroloji ve Ürodinami: Uluslararası Kontinans Derneği Resmi Gazetesi*. 2007; 26 (6), 828-835.
- Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary incontinence in working women: An exploratory study. *Women Health*. 1999; 29(3):67–82.
- Palmer MH, Athanasopoulos A, Lee KS, Takeda M, Wyndaele JJ. Sociocultural and environmental influences on bladder health. *International Journal of Clinical Practice*. 2012; 66(12), 1132-1138.
- Palmer MH, Newman DK. Women's toileting behaviours: An online survey of female advanced

- practice providers. *International Journal of Clinical Practice*. 2015; 69(4), 429-435.
- Palsson M, Stjerndahl JH, Granasen G, Löfgren M, Sundfeldt K. Patient reported lower urinary tract symptoms after hysterectomy or hysteroscopy: A study from the Swedish quality register for gynecological surgery. *Int Urogynecol J*. 2017; 28:1341–9. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3268-9>.
- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. and VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG*. 2003; 110(10):927-33.
- Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, Karram MM. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007; 197(6), 622.e1-7.
- Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross-sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2014; 14, 78.
- 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; 89(1):61–66.
- Pierce H, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Culture, teams and organisations: A qualitative exploration of nurses and midwives urinary symptoms at work. *Journal of Advanced Nursing*. (2019a); 75(6), 1284-1295.
- Pierce H, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Delaying voiding, limiting fluids, urinary symptoms and work productivity: A survey of female nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*. (2019b); 75:2579–2590.
- Pinnock C, Marshall VR. Troublesome lower urinary tract symptoms in the community: A prevalence study. *Med J Aust*. 1997; 167(2):72–5
- Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence and risk factors. *European Urology*. 2005; 47(3), 366-375.
- Pons ME, Clota MP. Coital urinary incontinence: Impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal*. 2008; 19(5), 621-625.
- Quinn P, Goka J, Richardson H. Assessment of an electronic daily diary in patients with overactive bladder. *BJU International*. 2003; 91: 652-647. 21.
- Ragnar AB, Edvard H, Berg B. Nocturia and health in women aged 40–64 years. *Maturitas*. 2000; 35(2), 143-148.
- Rett MT, Simoes JA, Herrmann V, Pinto CL, Marques AA, Morais SS. Management of stress urinary incontinence with surface electromyography assisted biofeedback in women of reproductive age. *Physical Therapy*. 2007; 87(2), 136-142.
- Reynolds WS, Kowalik C, Delpe SD, Kaufman M, Fowke JH, Dmochowski R. Toileting behaviors and bladder symptoms in women who limit restroom use at work: A cross-sectional study. *The Journal of Urology*. 2019; 202(5), 1008-1014.
- Rodoplu H. Aşırı Aktif Mesane. Yalçın Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2009:253-266.

- Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 195(5), e1–e4.
- Saleh N, Bener A, Khenyab N, Mansori Z, Muraikki A. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: Neglected problem? *The European Menopause Journal*. 2005; 50: 58-65.
- Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *European Urology*. 2004; 45(5), 642-648.
- Samuelsson E, Victor A, Tibblin G. A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997; 76(1), 74-80.
- Sarici H, Ozgur BC, Telli O, Doluoglu OG, Eroglu M, Bozkurt S. The prevalence of overactive bladder syndrome and urinary incontinence in a Turkish women population; Associated risk factors and effect on Quality of life. *Urologia Journal*. 2016; 83(2), 93-98.
- Schatzl G, Temml C, Schmidbauer J, Dolezal B, Haidinger G, Madersbacher S. Cross-sectional study of nocturia in both sexes: Analysis of a voluntary health screening project. *Urology*. 2000; 56(1), 71-75.
- Schatzl G, Temml C, Waldmüller J, Thurridl T, Haidinger G, Madersbacher S. A comparative cross-sectional study of lower urinary tract symptoms in both sexes. *Eur Urol*. 2001; 40,213–9.
- Sen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Advances in Therapy*. 2006; 23(6), 999- 1008.
- Sever N, Menopozal dönemlerdeki kadınlarda alt üriner sistem semptomlarının belirlenmesi. 2010, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 110 sayfa, İstanbul. [Yrd. Doç. Dr. Ümran (Yeşiltepe) Oskay].
- Sever N, Oskay U. An investigation of lower urinary tract symptoms in women aged 40 and over. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 2017; 9(1), 21-26.
- Shaw C. Üriner inkontinansı olan kişilerde yardım arama davranışı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin psikososyal öngörücülerinin gözden geçirilmesi. *J Clin Nurs*. 2001; 10 (1): 15-24.
- Shaw C, Brittain K, Tansey R, Williams K. How people decide to seek health care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(10), 1516–1524.
- Sherman RA, Davis GD, Wong MF. Behavioral treatment of exercises induced urinary incontinence. *J Medicine*. 1997; 162,690-4.
- Smith PP. Aging and the underactive detrusor: A failure of activity or activation? *Neurourol Urodyn*. 2010; 29(3): 408-412.
- Soler R, Gomes CM, Averbek MA, Koyama M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. *Neurourology and Urodynamics*. 2018; 37(4), 1356-1364.
- Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K, Nordling J. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women: A questionnaire survey. *Br J Urol*. 1990; 66:12-5.

- Song YF, Lin J, Li YQ, He XY, Xu B, Hao L, Song J. Analysis of risk factors about stress urinary incontinence in female. *Zhonghua fu Chan ke za zhi*. 2003; 38(12), 737-40.
- Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003; 20:327-36.
- Strohbehn K. Urinary Incontinence: Clinical and Surgical Considerations. Editors: Baert AL, Leuven K. Sartor, Heidelberg, 2003;5(1.2), 125.
- Tannenbaum C. Associations between urinary symptoms and sexual health in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2015; 31(4), 581-590.
- Taşçı S. Hastanede çalışan evli kadınlarda alt üriner sistem semptomlarının prevalansı ve etkileyen risk faktörleri. 2019, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 104 sayfa, Nevşehir, (Prof. Dr. Semra Kocaöz).
- Teleman P, Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Mattiasson A. Lower urinary tract symptoms in middle-aged women—prevalence and attitude towards mild urinary incontinence. A community-based population study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2005; 84(11), 1108-1112.
- Terai A, Matsui Y, Ichioka K, Ohara H, Terada N, Yoshimura K. Comparative analysis of lower urinary tract symptoms and bother in both sexes. *Urology*. 2004; 63(3), 487-491.
- Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in the elderly: Attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2006;24(1):56–61.
- Thom DH, Van Den Eeden SK, Ragins AI, Wassel-Fyr C, Vittinghof E, Subak LL, Brown JS. Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. *J Urol*. 2006; 175: 259-64
- Thorp JM, Norton PA, Wall LL, Kuller JA, Eucker B, Wells E. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: A prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999; 181(2), 266-273.
- Timur-Taşhan S, Beji NK, Aslan E, Yalçın O. Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*. 2012; 118(1): 27-30.
- Tomoe H, Sekiguchi Y, Horiguchi M, Toma H. Kadın idrar sıklığı ve inkontinansı üzerine anket çalışması. *Üroloji Dergisi*. 2005; 12,621-630.
- Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. The incidence of urinary incontinence across Asian, black, and white women in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010; 378: 1-7.
- Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey. *Gynecol Obstet Invest*. 2009; 67 (4): 241-249.
- Van Breda HMK, Bosch JLHR, Kort LMO. Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women. *Int Urogynecol J*. 2015; 26:1637–43.
- Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van Der Bom JG, Heintz APM, Van Der Vaart CH. How do the

- prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*. 2006; 25(2), 135-139.
- Van Kerrebroeck P, Abrams P, Chaikin D, Donovan J, Fonda D, Jackson S, Robertson GL. The standardization of terminology in nocturia: Report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. *BJU International*. 2002; 90, 11-15.
- Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; Prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg*. 2002; 57:207- 218.
- Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21:2-29.
- Wall LL. Üriner Stres İnkontinans. Tavmergen E. (Çev.), *The Linde's Operative Gynecology*, İzmir Güven Kitabevi, 2006:947-981.
- Wan X, Wu C, Xu D, Huang L, Wang K. Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 65, 1-7.
- Wang Y, Hu H, Xu K, Kang X. Prevalence, risk factors and the bother of lower urinary tract symptoms in China: A population-based survey. *Int Urogynecol J*. 2015; 26:911-9.
- Wang Y, Xu K, Hu H, Zhang X, Wang X, Na Y, Kang X. Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life of overactive bladder in China. *Neurourol Urodyn*. 2011; 30: 1448-55.
- Wehrberger C, Madersbacher S, Jungwirth S, Fischer P, Tragl KH. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence in a geriatric cohort: A population- based analysis. *BJU Int*. 2012; 110: 1516-21.
- Wendsche J, Ghadiri A, Bengsch A, Wegge J. Antecedents and outcomes of nurses rest break organization: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 75, 65-80.
- Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2007; 109(4), 922-928.
- Wijma J, Weis Potters AE, Wolf BT, Tinga DJ, Aarnoudse JG, Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnanc. *BJOG*. 2001; 108 (7), 726-732.
- Williams K. Stress urinary incontinence: Treatment and support. *Nursing Standard*. 2004; 18(31).
- Wise B. Physiotherapy. Cardoza L. (ed.). *Urogynecology*. New York, 1999:583-94.
- Wong T, Lau BYT, Mak HL, Pang MW, Cheon C, Yip SK. Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. *International Urogynecology Journal*. 2006; 17(6), 593-597.
- Wu C, Wang K, Xu R, Correlation between delayed voiding and lower urinary tract symptoms among female nurses. *J. Qilu Nurs*. 2015; 21 (15), 37-38.
- Xu D, Chen L, Wan X, Zhang Y, Liu N, Wang K. Toileting behaviour and related health beliefs among Chinese female nurses. *International Journal of Clinical Practice*. 2016; 70(5), 416-423.
- Yağmur Y, Ulukoca N. Urinary incontinence in hospital based nurses working in Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010; 108 224-227.

- Yalçın Ö. Editör. Üriner İnkontinans, Genel Değerlendirme, Öykü ve Muayene. Temel Ürojinekoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2009.
- Yalçın Ö. Üriner İnkontinanslılara Genel Bakış. Güner H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000:19-28.
- Yavuz U, Özkürkçügil C. Diabetes mellitus ve alt üriner sistem semptomları arasındaki ilişki. Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni, 2012; cilt 2: sayı 3, 13- 16.
- Yeung CK, Sihoe JDY, Sit FKY, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: An epidemiological study. BJU International. 2004; 93(3), 341-345.
- Yip SK, Chung TK. Treatment seeking behaviour in Hong Kong Chinese women with urinary symptoms. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2003;14 (1): 27-30.
- Yoo TK, Lee KS, Sumarsono B, Kim ST, Kim HJ, Lee HC, Kim SH. The prevalence of lower urinary tract symptoms in population aged 40 years or over, in South Korea. Investigative and Clinical Urology. 2018; 59(3), 166-176.
- Yu HJ, Wong WY, Chen J, Chie WC. Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence. Quality of Life Research. 2003; 12(3), 327–333.
- Zhang C, Hai T, Yu L, Wang X. Association between occupational stress and risk of overactive bladder and other lower urinary tract symptoms: A cross-sectional study of female nurses in China. Neurourol Urodyn. 2013; 32(3):254–60.
- Zhang W, Song Y, He X, Huang H, Xu B, Song J. Prevalence and risk factors of overactive bladder syndrome in Fuzhou Chinese women. Neurourol Urodyn. 2006; 25: 717-21.
- Zhang W, Song Y, He X, Xu B, Huang H, He C, Hao L, Li Y. Prevalence and risk factors of lower urinary tract symptoms in Fuzhou Chinese women. Eur Urol. 2005; 48(2):309– 313.
- Zhang C, Hai T, Yu L, Liu S, Li Q, Zhang X, Wang X. Association between occupational stress and risk of overactive bladder and other lower urinary tract symptoms: A cross-sectional study of female nurses in China. Neurourology and Urodynamics. 2013; 32(3), 254-260.
- Zhang L, Zhu L, Xu T, Lang J, Li Z, Gong J, Liu X. A population-based survey of the prevalence, potential risk factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women. European Urology. 2015; 68(1), 97-112.
- Zhu L, Li L, Lang J, Xu T, Wong F. Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 109 (1): 55-58.
- Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. Menopause. 2009; 16(4), 831-6.
- Zumrutbas AE, Bozkurt AI, Tas E, Acar CI, Alkis O, Coban K, Aybek Z. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in western Turkey: Results of a population-based survey. International Journal of Urology. 2014; 21(10), 1027-1033.

8. EKLER

EK 1. Anket Formu

“Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları Prevalansı, Seksüel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” üzerine bir araştırma yapmayı planlamaktayız. Anket sorularına verilen yanıtların doğruluğu, anketimizin sonuçları için önemlidir. Verdiğiniz tüm bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmada kimliğinizi ortaya çıkarabilecek bilgilere yer verilmemiştir. Lütfen isim belirtmeyiniz. Katılımınız için teşekkürler.

ÇOMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Dicle YILMAZ

KİŞİSEL BİLGİLER VE ALIŞKANLIKLAR

1. Yaşınız (yıl):.....
2. Eğitim Düzeyiniz
a.İlköğretim
b.Ortaöğretim
c.Önlisans
d. Lisans ve üzeri
3. Mesleğiniz nedir?
a.Doktor
b.Hemşire
c.Sekreter
d.Diğer Sağlık Personeli.....(Belirtiniz)
4. Aylık gelir düzeyiniz nedir?
a. Gelir giderden az
b. Gelir gidere denk
c. Gelir giderden fazla
5. Boyunuz:.....(cm olarak belirtiniz)
6. Kilonuz:.....(kg olarak belirtiniz)
7. Alkol kullanıyor musunuz?
a. Evet
b.Hayır
8. Sigara kullanıyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır
9. Kronik (sürekli) bir hastalığınız var mıdır? Varsa belirtiniz.
a. Yok
b.Yüksek Tansiyon (HT)
c.Şeker Hastalığı (DM)
d.Troid Bozuklukları
e.Anemi
f.Diğer.....(belirtiniz)
10. Kabızlık (konstipasyon) yaşıyor musunuz?
a.Evet
b.Hayır

OBSTETRİK ÖYKÜ

1. Toplam gebelik sayınız nedir?
2. Toplam doğum sayınız nedir?.....
3. En son yaptığınız doğum şekliniz nedir?
 - a. Normal doğum
 - b. Sezaryen
4. Normal doğum travması yaşadınız mı?
 - a. Vakum
 - b. Forseps
 - c. Epizyotomi (vajinal kesi)
 - d. İri Bebek (4000 gr üstü)
5. En son doğan bebeğinizin doğum ağırlığı nedir? (Gram olarak belirtiniz).....

JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

1. Adet düzeniniz nasıldır?
 - a. Düzenli
 - b. Düzensiz
 - c. Ara Kanama
 - d. Sık Aralıklarla
 - e. Seyrek aralıklarla
2. Adet dönemlerinizde ağrı yaşıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
3. Vajinal akıntınız ve kaşıntınız oluyor mu?
 - a. Evet
 - b. Hayır
4. Vajende kuruluk nedeni ile ağrınız oluyor mu?
 - a. Hiç
 - b. Az
 - c. Biraz
 - d. Çok
5. Seksüel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?
 - a. Hiç
 - b. Az
 - c. Biraz
 - d. Çok
6. Menopoza girdiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır

SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE BAZI AÜSS SEMPTOMLARI

1. İdrar kaçırma şikâyeti ile sağlık kurumuna başvurduunuz mu?
 - a. Evet
 - b.Hayır
2. Başvurmadıysanız başvurmama sebebiniz nedir?
 - a. Utanma
 - b. Durumu Önemsememe
 - c.Tedavi ile iyileşme olduğunu bilmeme
 - d. Şikayetlerin rahatsızlık vermemesi
 - e. Normal olarak algılama
3. Doktor tarafından idrar kaçırma problemi ile ilgili önerilen tedavi oldu mu?
 - a. Evet (ise 4.soru)
 - b.Hayır
4. Doktor tarafından idrar kaçırma problemi ile ilgili önerilen tedavi şekliniz nedir?
 - a. Medikal Tedavi (ilaç ile)
 - b.Cerrahi Tedavi
 - c.Davranışsal Tedavi (sıvı dengesi, beslenme, mesane eğitimi)
5. İdrar kaçırma nedeniyle çamaşır değiştirme/çeşitli koruyucular kullanma ihtiyacınız oluyor mu?
 - a. Hiç
 - b. Çamaşır değiştiriyorum
 - c. Küçük pedler kullanıyorum
 - d. Bez havlu gibi daha kalın şeyler kullanıyorum
6. Hiç idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?
 - a. Evet
 - b.Hayır
7. İdrar yaparken akışında incelme oluyor mu? (zayıf idrar akımı)
 - a. Olmuyor
 - b. Çok az inceldi
 - c. Orta derecede inceldi
 - d. Çok inceldi
 - e. Neredeyse idrar yapamıyorum
8. İdrarınızı tam olarak yapamadığınız (geride idrar kaldığı) oluyor mu?
 - a. Hiçbirzaman
 - b. Ara sıra
 - c. Bazen
 - d. Genellikle
 - e. Her zaman

EK 2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Soru Formu (BFLUTS-SF)

Aşağıda yer alan idrar yapma ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik soruları geçtiğimiz ay içinde yaşadığınız sorunları düşünerek cevaplayınız.

Bu sorunların sıklığını belirtirken

Ara sıra: geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez/defa

Bazen: geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte ikisi arasında kez/defa

Genellikle: geçtiğimiz ayın üçte birinden daha fazla kez/defa anlamına gelmektedir.

1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmaya kalkıyorsunuz?				
Hiç	1	2	3	4 ya da daha fazla
2.İdrar yapmak için tuvalete yetişmete acele ettiğiniz oluyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
3.Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
4.Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?				
Her 4 saatte ya da daha fazla	Her 2 saatte bir	Her 3 saatte bir	Saatte bir	
5.İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda beklemeniz gerekiyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
6.İdrar yapmak için ıkmmanız gerekiyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
7.İdrar yaparken bir kereden fazla durup, tekrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
8.Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
9.Ne kadar sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
10. Öksürürken, hapsürürken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçırıyor musunuz?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman

11. Hiç bir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tualete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
12. Uykuda iken idrar kaçırıyor musunuz?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı nasıl etkiliyor?				
Hiç	Az	Biraz	Çok	
14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?				
Hiç	Az	Biraz	Çok	
15. İdrar kaçırmaya nedeniyle gün içinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
16. İdrar şikâyetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
17. İdrar kaçırmaya şikâyetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derecede etkiliyor?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere (alışveriş, tiyatro, seyahat...) gitmekten kaçınıyor musunuz?				
Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
19. İdrar şikâyetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?				
Hiç	Az	Biraz	Çok	

EK 3.Etik Kurul Karar Formu



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı :18920478-050.01.04/E.42531
Konu :Başvuru İncelemesi

04.04.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayten DİNÇ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları Prevalansı, Seksüel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.34211 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 29/03/2017 tarih ve 06-06 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :29.03.2017 14:00

Karar No :2017-06

Karar-06)2011-KAEK-27/2017-E.34211 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje araştırmacılarından Dicle YILMAZ'ın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-izim alıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Faize OTURAN
Sekreter

EK 4. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair Kurum İzni Formu



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi

Sayı : 27222899-045.99-E.35332

20.03.2017

Konu : Tez Çalışması Hk. (Dicle YILMAZ)

Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayten DİNÇ

İlgi : 13.03.2017 tarihli yazınız.

Başhekimliğimize iletmiş olduğunuz ilgi yazıya istinaden "Sağlık Sektöründe Çalışan Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomları Prevalansı, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu Yüksek Lisans Tez Projesinin uygulama aşamasını belirtilen tarihlerde gerçekleştirmeniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Okhan AKDUR
Başhekim V.

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Cumhuriyet Mah. Sahil Yolu No: 5 Kepez / ÇANAKKALE Terzioğlu Yerleşkesi Ek
Bina. Merkez Çanakkale
0 286 2635950

Bilgi için: Nazmiye SINMAZ
Başhemşire

EK:5 Ölçek Kullanma İzin Formu

13.02.2020

Gmail - Ölçek kullanım izni



dicle yılmaz <dicleyilmaz5001@gmail.com>

Ölçek kullanım izni

funda gungor <fgungor@yahoo.com>
Alıcı: dicle yılmaz <dicleyilmaz5001@gmail.com>

9 Şubat 2020 08:20

Tabii ki ölçeği kullanabilirsiniz.

Saygılarımla,

Funda

On Saturday, February 8, 2020, 10:11:26 AM GMT, dicle yılmaz <dicleyilmaz5001@gmail.com> wrote:

Sayın Doç. Dr. Funda GÜNGÖR Hocam,

Ben Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik anabilimdalı yüksekisans öğrencisi Dicle YILMAZ TAY.

Geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız bristol female lower urinary tract symptoms ölçeğinizi sağlık sektöründe çalışan kadınlarda AÜSS prevalansını ve seksüel fonksiyonlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi konulu yüksekisans tezimde kullanmak istiyorum. Ölçek kullanım izni vermeniz hususunda gereğini arz ederim.

Ayrıca istatistik ile ilgilenen hocam ile görüştüğümde alt boyutları ve toplam puan hesaplamaları için ve ölçek içerisinde ters puanlanan sorunuzun olup olmadığı konusunda bilgi almak istemekteyim.

Arz ederim. Saygılarımla
yardımlarınız için teşekkürler.

İyi çalışmalar.
mail: dicleyilmaz17@hotmail.com

iOS için Outlook uygulamasını edinin

EK 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

Çalışmanın adı: Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda alt üriner sistem semptomları prevalansı, seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi

Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Yrd. Doç.Dr. Ayten DİNÇ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Tel : +90 286 218 1397 / 2619

Hemşire Dicle (YILMAZ) TAY

Burhaniye Devlet Hastanesi/Ortopedi Servisi

Tel : 0266 412 69 99/1237

1. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Alt üriner sistem semptomları terimi, acil idrar yapma hissi, sık idrara çıkma, gece idrar yapmak için uyanma, idrara başlatmakta gecikme, yetersiz boşaltım hissi gibi belirtilerden oluşmaktadır. Alt üriner sistem semptomları hem erkek hem de kadınlarda ömür boyu gözlemlenebilir ve özellikle yaşlı nüfusta sık görülmektedir. Bu semptomların kişilerin yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkisi vardır.

Yapılan çalışmalarda alt üriner sistem semptom şikâyeti olan kadınların sadece 3/1'inin sağlık uzmanlarından yardım istedikleri belirlenmiştir. Profesyonel yardım almak yerine birçok kadın şikâyetlerini gidermek için sıvı kısıtlaması, sık tuvalete gitme gibi yöntemlere başvurmaktadır. Yapılacak bu çalışmada sağlık sektöründe çalışan kadınların alt üriner sistem semptomları yaygınlığı araştırılacak ve sağlık çalışanı olarak bu konuyu ne kadar önemsedikleri öğrenilmeye çalışılacaktır. Böylece sağlık çalışanlarının konu ile ilgili duyarlılığı artırılarak önce kendilerinden başlayarak sağlık arama davranışı geliştirmeleri konusunda teşvik edilecektir.

Bu araştırma; Çanakkale'de sağlık sektöründe çalışan kadınların alt üriner sistem semptomları prevalansı, seksüel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amaçlanmıştır.

2. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Bu araştırma yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan kadınlar ile yapılacağı için siz seçildiniz.

3. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılma hakkınız vardır.
4. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
Size bazı anketler verilerek cevaplamamız istenecektir.
5. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?
Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.
6. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?
Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır.
7. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?
Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz
8. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Anketler isimsiz olarak doldurulacaktır.
9. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir
10. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi olarak yayınlanacaktır.
11. Daha ayrıntılı bilgi için,
Yukarıda iletişim bilgileri verilen Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ ve Hemşire Dicle YILMAZ ile iletişime geçebilirsiniz.
12. Teşekkür:
Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI PREVALANSI, SEKSÜEL FONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız.*

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 7. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dicle	Soyadı	YILMAZ TAY
Doğum Yeri	Çanakkale/Biga	Doğum Tarihi	14.04.1990
Uyruğu	T.C		
E mail	dicleyilmaz17@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği \ Çanakkale	2016-2020
Ön Lisans	Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Tıbbi Hizmetler ve Teknik Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği \ Eskişehir	2012-2014
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu / Ankara	2008-2012
Lise	Biga Atatürk Anadolu Lisesi \ Çanakkale	2004-2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum Süre	(Yıl - Yıl)
Hemşire	Burhaniye Devlet Hastanesi Ortopedi Servisi\Balıkesir	2019-Halen
Hemşire	Gelibolu Şehit Koray Onay Devlet Hastanesi Cerrahi Karma Servis\Çanakkale	2016-2019
Yük. Hemşire	Gelibolu Asker Hastanesi Kalite Birimi\ Çanakkale	2015-2016
Yük. Hemşire	Hakkâri Asker Hastanesi\ Hakkâri	2013-2015
Yük. Hemşire	İstanbul Haydarpaşa GATA Eğt. ve Araş. Hast. Dahiliye Yoğun Bakım\ İstanbul	2012-2013

Yabancı Dil Sınav Notu[#]

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
		60 YÖKDİL (05.03.2017)						

[#] Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır[#] KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

1. Yılmaz D, Gergin G, Dinç A. "Cinsel Yaşam ve Sorunları". 8'inci Türk Silahlı Kuvvetleri Ulusal Hemşirelik Kongresi, 11-13 Mayıs 2016, İstanbul, (Poster Bildiri).
2. Yılmaz D, Sağdaş Ö, Erciyas Uzun S. "Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet; Hakkâri İl Ve İlçeleri Genelinde Çalışan Hemşirelerle Yapılan Çalışma" 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-15 Mayıs 2014, GATA, Ankara, (Sözel Bildiri).
3. Yılmaz D, Çınar F. İ, Fidancı B.E, Meriç M, Kılıç S, "Öğrenci Hemşirelerin Benlik Saygısı İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-28 Nisan 2012, Bursa, (Poster Bildiri).

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

1. Ulusal- Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 4-6 Haziran 2009, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara,(Katılımcı).
2. Yılmaz D, Çınar F. İ, Fidancı B.E, Meriç M, Kılıç S, "Öğrenci Hemşirelerin Benlik Saygısı İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 26-28 Nisan 2012, Bursa, (Katılımcı).
3. II. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu", 10-12 Nisan 2014, Çanakkale, (Katılımcı).
4. Yılmaz D, Sağdaş Ö, Erciyas Uzun S. "Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet; Hakkâri Örneği, " 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-15 Mayıs 2014, Ankara, (Katılımcı).
5. "Kaybolmayan Çocuklar Projesi" Kapsamında, "Çocuk Gelişimi Ve Psikolojisi, Çocuklarda Vizyon Oluşturmak, Çocukları Rol Model Olmaları Konusunda Yönlendirmek, Evden Kaçan ve Kaçma Eğilimi Bulunan Çocukları Anlayabilmek, İstismar ve Travma", İstanbul Davranış Bilimleri Enstitüsü, Uzman Psikolog Emre KONUK Tarafından Verilen Eğitici Eğitimi, Hakkâri Valiliği, İl Jandarma Komutanlığı, Aile Ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü, 17-19 Şubat 2015, Hakkâri, (Katılımcı).
6. VI. Uluslar Arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, "Klinik Süreçlerde Kalite, Teknoloji Ve İşbirliği",T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Akreditasyon Daire Başkanlığı 1-4 Mart 2016, Antalya (Katılımcı).
7. Yılmaz D, Gergin G, Dinç A. "Cinsel Yaşam ve Sorunları". 8'inci Türk Silahlı Kuvvetleri Ulusal Hemşirelik Kongresi, 11-13 Mayıs 2016, İstanbul, (Katılımcı).

C-Sertifikalar:

1. T.C Hakkâri Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası\ Hakkâri, 2015.
2. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Komutanlığı "Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması" Kursu, 27-31 Mayıs 2013,GATA HEH, İstanbul.

D-Ödüller:

-

**EK 8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN	✓ <input type="checkbox"/> UYGUN
Tarih: 12/03/2020 Öğrenci Dicle YILMAZ TAY Doç. Dr. Ayten DİNÇ İmza		Tarih: 12/03/2020 Danışmanın Doç. Dr. Ayten DİNÇ İmza

EK 9. Spiralli Tez Kontrol Formu

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlenin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 12 / 03 / 2020 Öğrenci Dicle YILMAZ TAY İmza	Tarih: 12 / 03 / 2020 Danışmanın Doç. Dr. Ayten DİNÇ İmza
--	--