



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Hazırlayan  
Nazlı Emel ÖZER

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2017



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

Hazırlayan  
Nazlı Emel ÖZER

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri  
Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2016-979 sayılı karar ile desteklenmiştir.**

ÇANAKKALE-2017

## TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program Adı :

Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( X )                      Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Nazlı Emel ÖZER

Tez Başlığı : Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Sınav Yeri :

Sınav Tarihi :

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
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)</b>		

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

## THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Name :

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

Department : Nursing

Student Name and Surname: Nazlı Emel ÖZER

Title of the Thesis :

Examination Place :

Examination Date :

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

<b>Supervisor (Title and Name)</b>	<b>Institution</b>	<b>Signature</b>
<b>Members of Examination Jury (Titles and Names)</b>		

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, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın 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:**

**Tez Sahibi Adı ve Soyadı:** Nazlı Emel ÖZER

**İmza:**

## TEŞEKKÜR SAYFASI

Yüksek lisans eğitimim, tez çalışmam ve hayatımın her aşamasında her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, değerli fikirleriyle ve deneyimleriyle bana her konuda yol gösteren çok değerli hocam, danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e varlığı ve kattıkları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince emeği geçen ve bana her konuda yardımcı olan tüm hocalarıma çok teşekkür ederim.

Ayrıca tezimin istatistiksel analizlerinde yardımcı olan, ÇOMÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Coşkun BAKAR'a katkılarından ötürü şükranlarımı sunarım.

Bu günlere gelmemi sağlayan hayatım boyunca yanımda olan desteklerini hiç esirgemeyen canım aileme sonsuz teşekkürler. Tezimi hazırlamam sırasında yanımda olan desteğini esirgemeyen canım Mustafa Onur Yurdal'a teşekkür ederim.

**Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimince Desteklenmiştir. Proje Numarası: TYL-2016-979.**

**Nazlı Emel ÖZER**

## İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....	II
TEZ ONAY FORMU.....	III
TEZ ONAY FORMU (İNGİLİZCE) .....	IV
BEYAN FORMU .....	V
TEŞEKKÜR SAYFASI .....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
TABLO LİSTESİ.....	XI
ÖZET .....	XII
ABSTRACT .....	XIII
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1.Kontinans Mekanizması.....	3
2.2. Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler .....	4
2.2.1. Menopoz Döneminde Yaşanan Şikayetler.....	5
2.2.2. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner Sistemde Görülen Fizyolojik Değişiklikler .....	6
2.3. Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı .....	7
2.3.1.Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı .....	8
2.4. Üriner İnkontinans Tipleri.....	9
2.5. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinansının Gelişmesinde Neden Olan Risk Faktörleri.....	12
2.5.1.Yaş .....	12
2.5.2. Obezite .....	13
2.5.3. Sigara kullanımı .....	14
2.5.4. Kabızlık .....	14
2.5.5. Doğum.....	14
2.5.6. Endokrin Hastalıklar .....	15
2.5.7. Pelvik Taban Disfonksiyonu .....	15
2.5.8. Jinekolojik Operasyon.....	16
2.5.9. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) .....	16
2.6. Yaşam Kalitesi.....	17
2.6.2. Menopozal Dönemde Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	19
2.7. Üriner İnkontinanslı Kadınların Sağlık Arama Davranışları.....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	22

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	22
3.4. Verilerin Toplanması .....	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1. Anket Formu.....	24
3.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life – I-QOL) .....	24
3.5.3. Uriner Distress Inventory (UDI-6).....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.7. Çalışmanın Etik Boyutu .....	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	26
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>27</b>
4.1 Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınların Demografik, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri Ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	28
4.2.Menopoz Dönemindeki Kadınların Demografik, Obstetrik Ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.3.Kadınların Menopoz Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.4.Menopoz Öncesi ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinans Şikayetlerine İlişkin Bulguların Dağılımı .....	39
4.5. Menopoz Öncesi Ve Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinansa Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyonla İncelenmesi .....	43
4.6 Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinansla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....	45
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
5.1. Menopoz Öncesi ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Demografik, Obstetrik, Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
5.2.Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Tartışılması.....	56
5.3. Menopoz Öncesi Ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinans Şikayetlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
5.4. Menopoz Öncesi ve Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinansa Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Sonuçlarının Tartışılması .....	59
5.5.Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin Tartışılması .....	61
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
6.1.Sonuçlar.....	62
6.2.Öneriler.....	63
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>64</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>80</b>
EK 1. Anket Formu .....	80
EK 2. I-QOL Türkçe Versiyonu .....	82
EK 3. I-QOL İzin Formu .....	83
EK.4 UDI-6 Türkçe Versiyonu.....	84



EK 5. Etik Kurul Karar Formu.....	85
EK.6 ÇOMÜ Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu .....	86
EK 7. Çanakkale Devlet Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu .....	87
EK 8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	88
EK 9. Özgeçmiş.....	89
EK 10. Spiralli Tez Kontrol Formu .....	90



## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Üİ:	Üriner İnkontinans
UÜİ:	Urge Üriner İnkontinans
SÜİ:	Stres Tip Üriner İnkontinans
MÜİ:	Miks Üriner İnkontinans
ICS:	Uluslararası Kontinans Grubu
UDI-6:	Urogenital Distress Inventory
I-QQL:	Incontinence-Quality of Life
SF 36:	Sağlık Durumu Anketi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
İYE:	İdrar Yolu Enfeksiyonu
DM:	Diabetes Mellitus
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
HRT:	Hormon Replasman Tedavisi
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
TUIK:	Türkiye İstatistik Kurumu
POP:	Pelvik Organ Prolapsusu

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ülkemizde Kadınlarda Üriner İnkontinansın Tiplerine Göre Prevalansı .....	11
Tablo 2. Dünyada Kadınlarda Üriner İnkontinansın Tiplerine Göre Prevalansı .....	12
Tablo 3. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Üİ Şikayetleri.....	28
Tablo 4. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınlarda Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	29
Tablo 5. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınlarda Kişisel Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	30
Tablo 6. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	32
Tablo 7. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	33
Tablo 8. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Sağlık Durumu ve Kişisel Alışkanlıklarına Göre Üİ Görülme Sıklığı.....	34
Tablo 9. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarının Dağılımı .....	35
Tablo 10. Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	37
Tablo 11. Kadınların Üriner İnkontinans İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	39
Tablo 12. UDI-6 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	40
Tablo 13. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalaması .....	41
Tablo 14. UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Semptom Dağılımı .....	41
Tablo 15. Üriner İnkontinanslı Kadınların Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgularının Dağılımı .....	41
Tablo 16. Üriner İnkontinanslı Kadınların Doktora Başvurmama Nedenleri .....	42
Tablo 17. Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Aldığı Önlemler .....	42
Tablo 18. Üriner İnkontinansı etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	43
Tablo 19. Üriner İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi Bulgularının Dağılımı.....	45
Tablo 20. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda I-QOL Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	45
Tablo 21. I-QOL Ölçeği İle UDI-6 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi.....	46

## ÖZET

Üriner inkontinans (Üİ) tüm yaş gruplarında, özellikle orta ve ileri yaş grubu kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen, kişileri psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur.

Kesitsel türdeki bu çalışma; menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ sıklığı, risk faktörlerini ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile planlandı ve uygulandı.

Çalışma 15 Şubat 2016-15 Şubat 2017 tarihleri arasında, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran, 40-64 yaş arası kadınlar üzerinde gerçekleştirildi. Çalışma grubunu 200 menopoz öncesi ve 200 menopoz sonrası dönemdeki olmak üzere 400 kadın oluşturdu. Araştırmadan önce etik kurul onayı ve kurum izni alındı. Veri toplama aracı olarak; kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik öyküsü, genel sağlık durumu ve alışkanlıklarının yer aldığı anket formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL), Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6) kullanıldı. Veriler, polikliniklerde yüz yüze görüşme yöntemi ile, kişilerin yazılı onamları alınarak dolduruldu. İstatistiksel analizler için ki-kare testi ve logistic regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  kabul edildi.

Çalışmada menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda Üİ görülme oranı %9 iken, menopoz dönemindeki kadınlarda %50 olarak bulundu. Tüm kadınlarda Üİ prevalansı %29.6 olarak saptandı. Çalışmada kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde, sadece %33.6'sının doktora başvuru yaptığı belirlendi. Üİ şikayeti olan kadınların %62.5'nin üriner inkontinansı hastalık olarak düşünmediğinden dolayı doktora başvurmadığı saptandı. Menopozal dönemdeki kadınlarda Üİ risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde; 40-64 yaş grubunda olması 3,7 kat ( $p=0,0001$ , %95 GA 1,9-7,06), Vücut kitle indeksi  $30 \geq$  olması 25.47 kat ( $p=0,005$ , %95 GA 2,6-24,4), Diabetes Mellitus olması 8.06 kat ( $p=0,001$ , %95 GA 3,6-17,7), vajinal doğum sayısı 4 ve üzeri olması 7,28 kat ( $p=0,08$ , %95 GA 1,67-31,6), anne veya kız kardeşinde Üİ olması 2,44 kat ( $p=0,009$ , %95 GA 1,24-4,78), konstipasyon olması 3,48 kat ( $p=0,001$ , %95 GA 1,68-7,22) önemli bir risk faktörü olarak bulundu.

Bu çalışmada üriner inkontinansın menopozal dönemdeki kadınlar arasında önemli bir sağlık sorunu olduğu, ancak yaşam kalitelerini genel olarak olumsuz etkilemediği ve kadınların sadece 1/3'ünün doktora başvurduğu saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri, Menopoz Öncesi, Menopoz Sonrası, Yaşam Kalitesi.

## ABSTRACT

### THE PREVALANCE OF URINARY INCONTINENCE AND ITS EFFECT ON QUALITY OF LIFE IN MENOPAUSAL WOMEN

Urinary incontinence (UI) in all age groups, especially intermediate and advanced age group can have a negative impact on the quality of life in women, affecting the psychological, physical and social contacts as a common health problem.

Cross-sectional type of this study; the frequency UI in during menopause women, risk factors and the quality of life was planned and applied with the aim to determine the impact of UI.

This study was applied between 15 February 2016-15 February 2017, at Çanakkale 18 Mart University Hospital of Medical Faculty and Canakkale State Hospital outpatient clinics on women between the ages of, refer to 40-64. The study group consisted of 200 pre-menopausal and 200 post-menopausal period and totally including 400 women. Ethical committee approval and institutional permission were obtained before the research. Data gathering tools; the women's socio-demographic characteristics, obstetric and gynecologic history, general health status and habits questionnaire, including Incontinence quality of life Scale (I-QOL), Urogenital Distress inventory (UDI-6) was used. Face-to-face in the outpatient data for the method with the written consent of the person taking the loaded. For statistical analysis Chi-square test and logistic regression analysis was used. Statistical significance was accepted for  $p < 0.05$ .

The prevalence of UI in women during the premenopausal period was 9%, while it was 50% in menopausal women. The prevalence of UI was 29.6% in all women. When the health search behavior of women in the study was examined, it was determined that only 33.6% applied to the doctor. It was found that 62.5% of women with UI complaints did not refer to a doctor because they did not consider it to be a urinary incontinence disease. In menopausal women, when the risk factors for UI are analyzed by logistic regression; the age was to be 40-64 3.7 times ( $P = 0.001$ , 95% CI, 1,9-7,06), body mass index to be  $30 \geq 25.47$  times ( $p = 0.005$ , 95% CI, 2.6-24,4), Diabetes Mellitus 8.06 times ( $P = 0.001$ , 95% CI 3,6-17,7), number of vaginal deliveries 4 and upper 7.28 times ( $p = 0.08$ , 95% CI, 1,67-31,6) maternal or sibling had 2.44 times ( $p = 0.009$ , 95% CI 1.24-4.78), constipation 3.48 times ( $p = 0.001$ , 95% CI 1.68-7.22) were found to be an important risk factor.

In this study, urinary incontinence was an important health problem among women in the menopausal period, but generally do not adversely affect the quality of life and it was determined only 1/3 of the women were referred to the doctor for UI complaints.

**Key Words:** Urinary Incontinence, Risk Factors, Premenopause, Postmenopause, Quality of Life.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans; Uluslararası Kontinans Grubu (ICS) tarafından “sosyal ya da hijyenik problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Abrams ve ark., 2002).

Dünyada 200 milyondan fazla insan üriner inkontinans (Üİ) sorunu yaşamaktadır. Bu sorun kadınlarda daha fazla görülmekte olup, prevalansı %15-52 arasında değişmektedir (Swanson ve ark. 2005, Irwin ve ark., 2006). Ülkemizde Üİ prevalansının % 9.6 ile %49.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Güneş ve ark. 2000, Özerdoğan ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Beji ve ark. 2010, Terzi ve ark. 2013, Baykuş 2016).

Kadınlarda görülen üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmaktadır. Literatürde inkontinans tiplerine göre yapılan dağılımları sırasıyla miks Üİ (%64.3), stres Üİ (%23.5), urge Üİ (%12.2) olarak bildirilmektedir (Kara ve Şentürk, 2010). Menopoz döneminde Üİ prevalansı ise %32-73 arasında bildirilmiştir (Kara ve Şentürk 2010, Gözükara ve ark., 2015).

Literatürde üriner inkontinansla ilgili pek çok risk faktörü bildirilmektedir. Bu risk faktörleri arasında yaş, menopoz, obezite, doğum sayısının fazla olması, vajinal doğum ve geçirilmiş histerektomi, hormon replasman tedavisi, sigara, diabetes mellitus, hipertansiyon sayılmaktadır (Swanson 2005, Irwin ve ark. 2006, Kim ve ark. 2006, Waetjen ve ark. 2008, Gözükara ve ark., 2015).

Kadınlar menopoz döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu dönemde pelvis destek yapılarının esnekliğinin bozulmasıyla genitoüriner ve diğer sistemlerde ortaya çıkan bazı komplikasyonlar kadının sosyal yaşamında ve cinsel sağlığında olumsuz etkilere neden olmaktadır (Özcan ve Oskay, 2013). Üriner sisteme ait sorunların en başında üriner inkontinans yer almaktadır. Hem hormonal değişimler, hem de vajinal ve üretral mukozadaki somatik değişimlerle, üretral kapanma basıncı kaybı ve normal üetrovezikal açıdaki farklılaşma kadınlarda Üİ’ a sebep olmaktadır (Kara ve Şentürk, 2010).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslaklık ve iritasyona bağlı rahatsızlık ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Günlük iş ve aktiviteleri etkilenen hastalar, sosyal ve fiziksel aktivitelerini azaltmakta, sıvı alımlarını kısıtlamaktadırlar (Beji 2002, Akgün 2009). Genellikle ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görülmekte veya utanma, çekinme gibi nedenlerle doktora gidilmemektedir.

İdrar kaçırma yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen bireylerde yarattığı sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar nedeni ile yaşam kalitesini de anlamlı ölçüde azalttığı düşünülmektedir (Beji ve ark., 2010). Buna rağmen dünyada çoğu kadın Üİ bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmaktadır ya da hiç başvurmamaktadır. Tüm tıbbi ve sosyal olumsuz etkilerinin yanında, ülkelere ekonomik maliyetinin de yüksek olması ayrıca üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (Horrocks ve ark. 2004, Güler 2006, Hagglund ve ark., 2007).

Ülkemizde üriner inkontinansla ilgili yapılan prevelans çalışmalarında farklı yaş grupları ele alınmış, bölgeler arasında da farklı sonuçlar bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca spesifik olarak menopoza dönemine ait çalışmaların sayısı azdır. Bu konu ile ilgili Bölgemizde yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Çalışmanın Bölgemizin bu konudaki durumunu ortaya koyan ilk çalışma olması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin temel sorumlulukları arasında, üriner inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almaktır.

Bu çalışma menopozal dönemdeki kadınlarda Üİ konusunda farkındalığın artmasını sağlayarak, kadınların sağlık kurumuna başvurma ve tedavi arama konusunda motive edecektir. Bu çalışma ile menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansın gelişimindeki risk faktörlerinin, prevalansın ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesinin bu konuda yapılan çalışmalara ve literatüre de katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Bu araştırma; menopoz dönemindeki kadınlarda sıklığını, nedenlerini ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Üİ yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir (Beji 2002, Aksu 2014). Kadınlar menopoz döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Menopozal dönem, östrojen eksikliği sonucu kadının vücudunun diğer sistemlerinde olduğu gibi alt üriner sistemde de değişikliklere neden olur. Hem hormonal değişimler, hem de vajinal ve üretral mukozadaki somatik değişimlerle, üretral kapanma basıncı kaybı ve normal üretrovezikal açıdaki farklılaşma kadınlarda Üİ'a neden olabilmektedir (Kara ve Şentürk, 2010).

Üİ tedavi edilebilmesine rağmen, kadınların Üİ'ı yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılamadıkları ve gözardı ettikleri için sağlık kurumuna başvurmada ve tedavi aramada geciktikleri bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Dinç ve Beji, 2008). Üriner inkontinansın kadının yaşam kalitesini bu denli etkilemesi, bireyin multidisipliner değerlendirilmesinin ve bakım stratejilerinin planlanmasının önem kazanması, son yıllarda üriner inkontinanslı kadınlarla ilgili çalışmaların artmasına neden olmuştur.

Bu bölümde menopoz dönemindeki kadınlarda kontinans mekanizması, menopoz döneminde görülen değişiklikler, menopoz döneminde ürogenital sistemde görülen fizyolojik değişiklikler, üriner inkontinans prevalansı, tipleri, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenecektir.

### 2.1.Kontinans Mekanizması

Üriner sistem, üst üriner sistem (böbrekler ve üreterler) ve alt üriner sistem (mesane ve üretra) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Böbrekler idrar oluşumundan, üreterler, mesane, üretra ve pelvik taban kasları ise idrarın depolanması ve atılmasından sorumludur (Kandemir 2001, Bektaş 2007, Çetin 2010, Bulakbaşı 2015).

Mesane volümü 400-500 ml'ye ulaştığında mesane duvarındaki basınç reseptörleri beyne mesaj gönderir ve boşaltım için gerekli uyarıcı mesaj mesaneye geri döner. Bireyin idrar yapmayı isteyinceye kadar istemli olarak idrarını mesanede depolayabilme yeteneğine *kontinans* denir (Akgün 2009, Çetin 2010).

İdrar depolanması üretranın kapanması ve detrüsör kasının da gevşemesi ile mesanenin dolan idrara uyum sağlaması sonucu oluşur. İdrar boşaltma sırasında üretra gevşeyerek detrüsör kas kasılır. Üretral basınç mesane basıncından az olduğunda işeme gerçekleşir. Mesane basıncı, detrüsör ve intraabdominal basınçların birlikte toplanmış halidir (Baykuş 2016).



Kontinans, alt üriner sistemin normal anatomi ve fonksiyonunun yanı sıra uygun davranışı öğrenmeyi gerektiren bir dolun kontrol yeteneği olarak tanımlanabilir. Kontinansın sürmesi için miksiyon dışındaki zamanlarda üretral basıncın mesane içi basınçtan fazla olması gerekir. Kişinin kontinansı sağlaması için sağlam genitoüriner sistem, yeterli bilişsel fonksiyonları olmalıdır. Kontinansın sürdürebilmesi için ise motivasyon, giysilerini zamanında çıkarabilmesi için el koordinasyonu, tuvalete gitmesi için uygun ortamın olması ve mobilite sorununun olmaması gerekmektedir. Bunlardan herhangi birinin bozulması bireyde Üİ'ye neden olabilir (Özcan ve Kapucu, 2014).

## 2.2. Menopoz Döneminde Görülen Değişiklikler

Klimakterium, kadınların üreme çağından over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği bir yaşam dönemidir. Menopoz, klimakterium ile başlayan, ovaryumdaki folikül üretiminin tükenmesi ile ovaryum yetmezliğinin fizyolojik bir sonucu olarak değerlendirilir (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) menopozu; ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucunda menstruasyonun kalıcı olarak sonlanması olarak tanımlar (WHO 1996).

Klimakterium dönemi DSÖ'nün sınıflamasına göre başlıca üç bölüm altında incelenir:

1. Premenopoz: İlk semptomların görüldüğü klimakterium başlangıcından menopoza kadar geçen süredir. Bu dönemde, ovariumlar artık eski çalışma gücünü yavaş yavaş kaybeder. Menstrüel siklus düzeni kaybolur ve fertilité şansı düşer. Düzensiz sikluslar birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir (Çakıroğlu ve Görsel, 2007).

2. Menopoz: Bir sene süresince kadının hiç adet kanaması görmemesine "Menopoz" denir (Bozkurt 2004).

Perimenapoz: Menapozu ve menapozdan sonraki ilk yılı kapsayan dönemdir. Bu dönemde östrojenin azalması ile siklus bozuklukları, vazomotor değişiklikler, ruhsal rahatsızlıklar görülür (Taşkın 2014).

3-Postmenopoz: Menopozdan yaşlılık dönemine kadar geçen süredir (Kinişçi ve ark., 1987). Bu da ortalama olarak menopozdan sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsar (Görsel ve Çakıroğlu 2007, Avcı 2013). Ovarial hormonlardaki azalmaya bağlı olarak vajinal atrofi, osteoporoz, kardiyovasküler rahatsızlıklar, ciltte bozulmalar gibi yaşlılığa bağlı organik hastalıklar görülür (Taşkın 2014).

### 2.2.1. Menopoz Döneminde Yaşanan Şikayetler

Menopozal dönemde kadında; östrojen eksikliğine bağlı fiziksel ve ruhsal birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve buna bağlı bazı sorunlar yaşanabilmektedir. Bunlardan başlıcaları;

**Vazomotor semptomlar:** Menopozun en erken bulgularından birisi olan sıcak basması kadınların %70-75' inde görülür (Soules ve ark. 2001, Ford ve ark. 2005, Ural, 2011, Tunç ve Duran, 2014). Sıcak basmasının ardından üşüme ve gece terlemesi görülür (Erel 2004, Şen 2005, Güney 2006).

**Emasyonel rahatsızlıklar:** Menopoz döneminde kadınlarda östrojen hormonundaki değişikliklere bağlı olarak ruh halinde değişiklik, huzursuzluk, sinirlilik, gerginlik, hafızada zayıflama ve unutkanlık gözlenir (Bayraktar ve Uçanok 2002, Dökmen 2009, Özcan ve Oskay, 2013).

Nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen menopoz döneminde kadınlarda uykusuzluk % 14-53 sıklığında görülmektedir (Lai ve ark. 2006, Cheng ve ark., 2008).

**Genital atrofi:** Üreme organlarının küçülmesi anlamına gelen atrofi, uzun süre östrojen uyarısının olmamasına bağlıdır (Taşkın 2009).

Genital atrofi belirtileri:

- ✓ Vulvada pruritis,
- ✓ Disparonya,
- ✓ Sık idrara çıkma,
- ✓ Stres inkontinans,
- ✓ Konstipasyondur (Taşkın 2009).

Menopozdan sonraki ilk on yıl içinde endojen östrojenler az miktarda salgılanmaya devam ettiği için genital atrofi belirtileri bütün kadınlarda hemen görülmeyebilir (Taşkın 2009).

Endometrium ve myometrium da atrofi görülür. Atrofi, uterusda bulunan miyomların küçülmesine neden olur. Menopoz dönemindeki kadınlarda endometriumun östrojen ile uyarılması sona erer. Tubalarda ve overlerde atrofi görülür (Polatti ve ark., 2000, Koyuncu 2015).

**Deride değişiklikler:** Östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak deride kuruluk, incelme, cilt neminde azalma ve tırnaklarda kırılma, saçlarda seyrekleşme görülür (Wines ve Willstead 2001, Özkan 2006, Tunç 2014). Yara iyileşmesinde gecikme, ağız kuruluğu görülür (Elder ve ark. 2004, Tortumluoğlu 2004, Avcı 2013).

**Sindirim sisteminde değişiklikler:** Östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak sindirim sisteminde ağız kuruluğu, diş eti hastalıkları, kabızlık ya da ishal, hemoroid, safra taşı gözlenebilir (Varna ve ark. 2005, Erdem 2006, Pınar ve ark., 2015).

**Kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları:** Postmenopozal dönemde östrojen düzeyinde azalma ve yaşlanmaya bağlı olarak kadınlarda kardiyovasküler problemler görülür. Menopoz sonrasında kadınlarda MI (Miyokard İnfarktüsü) görülme durumunda artış olur (Ceylan 2010, Avcı 2013).

**Kas ve iskelet sistemindeki değişiklikler:** Menopozdaki kadınlarda kas ağrısı, eklem ağrısı, kemik kırıkları, tüm motor hareketlerde azalma görölmektedir (Güngör 2003).

Menopoz döneminde over fonksiyonlarının durması ve östrojen düzeyindeki azalma ve yaşın artması ile kemik kayıpları hızlanır ve osteoporoz düzeyinde artışa neden olur (Özcan ve Oskay 2013, Demir ve ark., 2014). Osteoporozda vertebral kemiklerde çökme sonucu boyda kısalma, sırt ağrısı, vertebraların vücudu uzun süre dik pozisyonda tutamamasına bağlı kamburluk, kemiklerde kitle kayıplarına bağlı olarak kemik kırıkları görülür (Taşkın 2014). Menopoz döneminde osteoporoz yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, postmenopozal kadınlarda mortalite nedeni olabilmektedir (Klibanski 2000, Pınar ve ark., 2009).

## **2.2.2. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Ürigenital Sistemde Görölen Fizyolojik Değişiklikler**

Vulva, vajen, üretra ve mesane östrojen reseptörü içerir. Östrojen etkilerinin azalmasıyla ürogenital sistemde belirgin fonksiyon bozukluğu gözlenir. Menopozdan sonra üretranın alt kısmı kasılır ve esnekliğini kaybeder. Bu dönemde idrar yaparken yanma hissi, idrarı tutmada zorluk, sık idrar yapma, kesik kesik idrar yapma ve noktüri bulgularının eşlik ettiği üretral sendrom görülür. İdrar kültüründe bakteri üremesinin görülmediği üretral sendrom belirtilerinin göröldüğü tabloya postmenapozal üretral sendrom adı verilir (Taşkın 2014).

Östrojen yetersizliği sonucu vajina epitel hücrelerinde yeterli glikojen toplayamaz ve vajinanın asit reaksiyonu geriler. Vajinada alkali bir ortam oluşmasına neden olur. Bu durum da enfeksiyonlara zemin hazırlar (Dessole ve ark. 2004, Bruce ve Rymer, 2009, Koyuncu 2015). Vajinanın elastikiyeti de kayboduğu için disporoni şikayeti görölebilir. Cinsel ilişki sonrasında görölen vajinal kanama, vajina atrofisine işarettir (Taşkın 2009).

Cinsel ilişkinin kendisi, genital sistemdeki dolaşımı arttıran önemli bir faktör olduğundan cinsel olarak aktif yaşlı kadınlarda vajinal atrofi daha azdır. Cinsel olarak pasif

bir grupla karşılaştırıldığında, cinsel olarak aktif kadın grubunda ciddi ölçüde daha az vajinal atrofi oranı bulan bir vajinal sitoloji çalışması bu durumu kanıtlamıştır (Bozkurt 2004).

Serviks östrojenin azalması ile küçülerek mukus salgısında azalma oluşur. Bu durum vajinal kuruluğun artmasına sebep olur. Postmenopozal dönemdeki kadınların çoğunda vajinal kuruluk görülür (Dessole ve ark., 2004, Koyuncu 2015).

Menopozal dönemde östrojen eksikliği ile pelvis tabanının tonusu kaybolmaktadır. Pelvis tabanındaki zayıflık stres üriner inkontinans (SÜİ) şikayetinin artmasına neden olur. SÜİ sıklığındaki artıştan pelvis tabanındaki zayıflama dışında östrojen eksikliğine bağlı olarak embriyolojik olarak ürogenital sinüsten köken alan mesane trigonun ve üretranın atrofisinde sorumludur (Avcı 2013).

Postmenopozal dönemde östrojen etkisinin azalması nedeniyle dizüri, sık idrara çıkma, Üİ ve üriner sistem infeksiyonları da sık görülmekte ve yaş ilerledikçe sıklığı artmaktadır (Elder ve ark., 2004).

Menopozal dönemde yaşın ilerlemesi ile birlikte mesane fonksiyonunda bozulma meydana gelir, mesane kapasitesinde azalma, işeme hızında azalma, işeme süresinin uzaması görülür. Östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı olarak sfinkterlerin tonusunun azalması, üretral lümenin kapanma yeteneğinin bozulması, üretra uzunluğunun azalması, stres durumunda hipermobilité görülebilmektedir (Kuliyeva 2007).

### **2.3. Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı**

Üİ ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda prevalansı oranlarında büyük farklılıklar gözlenmektedir. Prevalans oranlarındaki geniş farklılıklar çalışma tipleri ve inkontinans tanımları ile ilişkilidir. Çalışmalar Üİ'nin kadın-erkek her iki cinste de görüldüğünü ancak kadınlarda erkeklere göre daha sık karşılaşılan bir problem olduğunu ortaya koymuştur (Aksu 2014).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda 15 yaş üzeri kadınlarda Üİ prevalansının %16 ile %49.7 arasında olduğu belirlenmiştir. Turan ve arkadaşları (1996), 18-44 yaş arası 1250 kadını kapsayan araştırmalarında Üİ oranını %24.5, Güneş ve arkadaşları (2000) 20 yaş ve üzeri 459 kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %49.7, Kocaöz (2001) 15 yaş üstü 240 kadınla yaptıkları çalışmada SÜİ oranını %41.7, Ekin ve arkadaşları (2004) 20 yaş ve üzeri 1400 kadınla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %33, Özerdoğan ve arkadaşları (2004) 20 yaş ve üzeri 625 kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %25.8, Kök ve arkadaşları (2006) 20 yaş üstü, 229 kadında Üİ oranını %37.1, Koçak ve arkadaşları (2005) 18 yaş ve üzeri

kadınlarla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %23.9, Benlioğlu (2006) 15 yaş ve üzeri 4506 kadınlarda Üİ oranını %19.2, Biri ve arkadaşları (2006) 15 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %16.1, Çiftçi ve arkadaşları (2007) 775 kadında Üİ oranını %36.6, Ünsal ve arkadaşları (2007) 20 yaş ve üzeri 787 kadınla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %46, Tozun ve arkadaşları (2009) 20 yaş üzeri 1585 kadında Üİ oranını %49.5, Onur ve arkadaşları (2009) 17-80 yaş arası 2275 kadınla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %46.3, Işıklı ve arkadaşları (2011) 18 yaş üzeri 1023 kadınla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %31.4, Ünsal ve ark.(2013)'nın 20 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmalarında Üİ oranını %41.4, Baykuş (2016) 18 yaş üzeri kadınlarda Üİ oranını %26.3 olarak bildirmişlerdir.

Dünya ülkelerinde Üİ prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda 18 yaş üzeri kadınlarda %2.8-46.4 arasında oranlar bildirilmektedir. Hunskaar ve arkadaşları (2004) Avrupa'da 4 ülkeyi kapsayan çalışmalarında, 18 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansını Fransa'da %44, Almanya'da %41, İngiltere'de %42, İspanya'da %23 olarak saptamışlardır. Tennstedt ve arkadaşları (2008) ABD'de 30-79 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmada, Üİ oranını %10.4 olarak bulmuşlardır. Lee ve arkadaşları (2008) Kore'de 19 yaş üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %24.4 olarak tespit etmişlerdir. Amaro ve arkadaşları (2009) Brezilya'da 22-96 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %27, Franzen ve arkadaşları (2009) İsveç'de 18-79 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %28.9, Lasserre ve arkadaşları (2009) Fransa'da 18 yaş ve üzeri kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %26.8, Liapis ve arkadaşları (2010) Yunanistan'da 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada Üİ oranını %27, Ge ve arkadaşları (2011) Çin'de 20 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %22.1, Ojengbede ve arkadaşları (2011) Nijerya'da 15 yaş ve üzeri kadınla yaptıkları çalışmada Üİ oranını %2.8 olarak tespit etmişlerdir.

Tahtinen ve arkadaşları (2011) Finlandiya'da 18-79 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmada SÜİ oranını %11.2, UÜİ oranını %3.1 olarak saptamışlardır. Coyne ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada Üİ görülme oranını ABD'de %67, İngiltere'de %69 ve İsveç'de %67.1 olarak bulmuşlardır. Pedersen ve arkadaşları (2017) 18 yaş ve üzeri 8000 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında kadınlarda Üİ görülme oranını Almanya'da %48.3 ve Danimarka'da %46.4 olarak bildirmişlerdir.

### **2.3.1.Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı**

Literatürde menopoza giren kadınlarda Üİ görülme sıklığı ile yapılan çalışmalarda; Ahmadi ve ark. (2010) İran'da 40-95 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmalarında, Üİ oranı

%38.4, Bodhare ve ark. (2010) Hindistan'da 35 yaş ve üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmalarında, Üİ oranı % 9.6, Slikerken ve ark. (2010) Hollanda'da 45-84 yaş arası kadınla yaptıkları çalışmalarında, Üİ oranını %58.8, Coyne ve ark. (2012) ABD' de 40 yaş ve üzeri kadınla yaptıkları çalışmalarında, Üİ oranını %67, İsveç' de 40 yaş üzeri kadınla yaptıkları çalışmalarında %67.1 olarak bulmuşlardır.

Ülkemizde 40 yaş üzeri kadınlarda Üİ prevalansı %16.4 ile %48.3 arasında görülmektedir (Turan ve ark. 1996, Kök 2005, Koçak ve ark. 2005, Güler 2006, Filiz ve ark. 2007, Akgün 2009, Çifçi 2009, Durmaz 2011, Işıklı ve ark. 2011, Ünsal ve ark. 2013, Terzi ve ark., 2013).

Menopoz döneminde SÜİ Prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmektedir. Tseng ve ark. (2006) yapmış oldukları taramada inkontinans prevalansının yaşla birlikte arttığını ancak menopoz yıllarıyla spesifik bir artışın olmadığını saptamışlardır (Tseng, Liang, ve Lo, 2006). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmalarında da Üİ prevalansı menopoz yılı ile değişiklik göstermediği belirtilmiştir (Özerdoğan ve ark., 2004).

Başka bir çalışmada ise menopozun Üİ riskini 2.7 kat artırdığını bildirilmiştir (Gözükara ve ark., 2015). Swanson ve ark. (2005) çalışmalarında menopoz tedavisi için hormon alanlarla miks tip Üİ görülme arasında ilişki saptamışlardır (Swanson, Kaczorowski, Skelly ve Finkelstein, 2005). Yapılan diğer çalışmalarda da, menopozal dönemde Üİ görülme sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (Demirci ve ark. 1999, Luna 2000, Ünsal ve ark. 2013, Terzi ve ark., 2013, Altay ve Öz 2017).

## **2.4. Üriner İnkontinans Tipleri**

### **Stres Üriner İnkontinans**

Stres üriner inkontinans (SÜİ); mesane kasında kasılma olmaksızın mesane içi basıncın üretra içi basıncı aşmasına neden olan gülme, hapşırma, öksürme, ağır kaldırma gibi durumlarda idrar kaçırma durumudur (Eroğlu ve Kocaöz, 2002).

SÜİ semptom olarak; fiziksel efor, ıkınma, zorlanma sırasında veya hapşırma,öksürme ile istemsiz idrar kaçırma şikayetidir (Blaivas ve ark., 1997).

Menopoz döneminde östrojen hormonu azalmasına bağlı olarak pelvik taban kasları zayıflar. Pelvik taban kasları idrarı mesanede tutar ve zamanı geldiğinde gevşeyerek idrar yapmaya yardımcı olur. Pelvik taban kaslarında zayıflama sonucu hapşırma, gülme gibi karın içi basıncı artıran durumlarda idrar kaçırma görülür (Topuz 2011).

Üretral sfinkterin tonüsünde azalma sonucunda idrar kaybı olur. Üriner inkontinansın bu tipi 60 yaş altı kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınlarda stres üriner inkontinans

gelişmesine neden olan faktörlerden doğum ve yaşla ilgili faktörlerin önemli olduğu bildirilmektedir. Menopozal dönemde Üİ genellikle sistosel, rektosel ve uterus prolapsusu gibi pelvik taban kas zayıflığı gibi sorunlarla birlikte görülür (Hendrix 2002).

Türkiye’ de kadınların %16.1-25.8’ i SÜİ sorunu yaşamaktadır (Özerdoğan ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Biri ve ark. 2006). SÜİ görülme oranı en fazla 30-50 yaş grubunda bulunmuştur (Özerdoğan ve ark. 2004, Biri ve ark., 2006, Bektaş 2007).

### **Urgency Üriner İnkontinans (Sıkışma İnkontinansı- Detrusor İnstabilitesi)**

Urgency Üriner İnkontinans (UÜİ), acil idrar yapma isteği oluşturacak şekilde istemsiz idrar kaçırmadır (ICS 2004, Yalçın ve ark. 2009). 2004’te toplanan ICS terminoloji çalışma grubu 2002’deki raporda yer alan “urge inkontinence” teriminin yerine “urgency inkontinence” teriminin kullanılmasını önermiştir. İngilizcede “urge” sözcüğü zorlama, baskı, sıkıştırma anlamlarına gelmektedir. “urgency” sözcüğü ise acil olarak eyleme geçmeye zorlayan anlamında kullanılmaktadır (Abrams ve ark. 2005). Genellikle yaşlı bireylerde yaygın olarak görülür. Günde 8 ve üzeri idrara çıkma, gece idrara çıkma, idrar yapma durumunu erteleyememe nedeniyle idrar kaçırmaya gibi belirtiler görülür (Tanagho ve McAninch 1995, Demir ve Saruhan 1998, Alpay ve Bıyıklı 2003, Akgün 2009). Beyin Tümörleri, anevrizma, multiple skleroz ve Parkinson gibi merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklara sahip bireylerde gelişme olasılığı yüksektir (Hendrix 2002).

SÜİ’teki aktivite anında idrar kaçırmaya şikâyetinin aksine, UÜİ’te idrar kaçırmaya her durumda söz konusudur (Topuz 2011).

### **Miks Üriner İnkontinans (MÜİ)**

Detrusor aşırı aktivitesi ve üretral sfinkter yetmezliği nedeniyle oluşan stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü durumdur (Varlı ve ark. 2008, Yıldız ve ark. 2009, Haylen ve ark. 2010, Akın 2015, Kaya ve ark. 2015, Baykuş 2016). MÜİ, efor harcama durumuyla birlikte kişinin tuvalete yetişmeye çalışırken idrar kaçırmaya durumudur (Holroyd-Leduc ve Straus, 2004). Kadınların yarısından fazlasında MÜİ görülmektedir (Park 2013).

### **Overflow İnkontinans**

Üriner retansiyon ile birlikte görülen istemsiz idrar kaçırmadır (Kuliyeva 2007). Mesane içi basınç üretra içi basıncı geçtiği zaman idrar kaçırmaya ortaya çıkmaktadır. Belli aralıklarla mesanenin aşırı dolması sonucu küçük miktarlarda idrar kaçırmaya görülür. Diabetes

mellitus, pelvik kitleler, uterus prolapsusu, sistosel gibi nedenlere bağlı olarak grlebilir (Aksu 2014)

**Tablo 1. Ülkemizde Kadınlarda riner İnkontinansın Tiplerine Göre Prevalansı**

Araştırmacılar	Yaş grupları	örneklem sayısı	Sİ Prevalans	Uİ Prevalans	Mİ Prevalans
Baykuş 2016	18 +	315	%47.3	%26.3	%19.7
zkan ve ark. (2014)	31-45	222	%22.1	%9.5	%1.4
	>45	43	%30.2	%14	%14
Gözükara ve ark. (2014)	15-49	300	%15.3	%4.3	%19.7
nsal ve ark. (2013)	20+	500	%35.7	%15.5	%48.8
Öztürk ve ark. (2012)	35+	201	%29	%43	%28
Durmaz (2011)	20 +	160	%29.4	%18.8	%51.9
Yalçın ve ark. 2011	20+	800	%17.8	%9.7	%72.6
şentürk ve Kara (2010)	40-65	216	%23.5	%12.2	%64.3
Onur ve ark. (2009)	17-80	2275	%46	%43	%36
ifçi (2009)	40-49	180 -130	%58.8	%42.5	%64.8
	50+	41-39	%56.9	%54.2	
Bektaş (2007)	39-49	200	%39		
	50-60	114	%37.7		
Güler (2006)	15-49	160	%38.8	%33.1	%28.1
Filiz ve ark. (2006)	17-65	650	%20.8	%17.9	%61.3
Durakan ve ark. (2006)	15+	2.601	%16.1	%12.8	%10.3
Koçak ve ark. (2005)	18+	1012	%33.1	%25.6	%41.3
Kök (2005)	20+	229	%14.8	%5.7	%13.5
Güneş ve ark. (2000)	20+	459	%41.2	%34.6	%24.2



**Tablo 2. Dünyada Kadınlarda Üriner İnkontinansın Tiplerine Göre Prevalansı**

Araştırmacılar	Yaş grupları	Örneklem sayısı	SÜİ Prevalans	UÜİ Prevalans	MÜİ Prevalans
Slieker-ten ve ark. (2010)	45-84	1.397	30.6	6.1	23.2
Zhu ve ark. (2008)	20+	5.300	%22.9	%2.8	%12.4
Rohr ve ark. (2005)	< 60 60-80	1336 2274	%15.5 %21.8	%9.1 %16.4	
Swanson ve ark. (2005)	45-65	329	%17.9	%20.0	%51.9
Oskay ve ark. (2005)	50+	500	%37.2	%32.3	%30.5
Hunskar ve ark. (2004)	45-59	617 (Fransa) 478(Almanya) 273(İspanya) 441(İngiltere)	%33 %41 %55 %42	%24 %14 %11 %11	%38 %40 %21 %39
Parazzini ve ark. (2003)	40-52 53-61 62+	1143	%40.7 %36.4 %22.9	%35.4 %30.8 %33.9	%30.9 %29.4 %39.7
Bartolotti ve ark. (2000)	40+	5488	%61	%26	%13
Hannestad ve ark. (2000)	20+	27936	%52	%37	%11
Samuelsson ve ark. (1997)	20-60	487	%68	%9	%23
Harrison ve ark. (1994)	20+	314	%48	%9	%44
Lara ve Nacey (1994)	18+	556	%48	%27	%21

## 2.5. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinansının Gelişmesinde Neden Olan Risk Faktörleri

### 2.5.1. Yaş

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranları her geçen yıl artış göstermektedir. Ülkemizde 2016 yılı itibariyle 6 milyonun üzerinde (%8.3) yaşlı bulunmaktadır. 2030 yılı itibariyle bu oranın %15'lere çıkacağı öngörülmektedir. Bu oranlar bize özellikle yaşlılığa bağlı pek çok hastalığın sıklığının artacağını göstermektedir (Varlı ve ark. 2008).

Üİ'nin gelişmesinde yaşlılık tek başına bir sebep değildir. Ancak yaşa bağlı üriner sistemde meydana gelen değişiklikler nedeniyle yaşlılıkta üriner inkontinans prevalansı artmaktadır. Menopozla birlikte azalan östrojen, vajinal atrofiye ve üretra çevresindeki destek dokuların azalmasına ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak inkontinans için eğilim yaratabilir. Yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinin azalması, rezidü idrar miktarı artışı ve istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması, üriner inkontinans için diğer kolaylaştırıcı

sebeplerdir. Yaş ilerledikçe gelişen bu olayların Üİ sıklığını da arttırdığı düşünülmektedir (Hunnskaar ve ark. 1999, Benlioğlu 2006, Varlı ve ark 2008, Ünsal 2013).

Irwin ve ark (2005) 5 ülkeyi kapsayan (Canada, Germany, Italy, Sweden, and the United Kingdom) geniş çaplı çalışmalarında yaşla birlikte tüm alt üriner yol semptomları ve 40 yaş üzerinde SÜİ sıklığının arttığını bildirmiştir. Swanson ve ark (2005) 45 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmasında, en sık MÜİ tipinin görüldüğünü bildirmiştir. Yine başka çalışmalarda da yaş arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Ateşkan ve ark. 2000, Ekin ve ark. 2004, Koçak ve ark. 2005, Bektaş 2007, Özcan ve ark., 2014). Bu bulgulardan farklı olarak Şentürk ve ark. (2010) ise, araştırmalarında menopoza yaşı ile Üİ arasında ilişki bulamamışlardır.

### 2.5.2. Obezite

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yağ dokularında sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016). DSÖ, klinik olarak obeziteyi tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması ( $\text{kg/m}^2$ ) ile elde edilen beden kitle indeksini (BKİ) kullanır. Bu değerlendirmeye göre BKİ  $25 \text{ kg/m}^2$  'nin üzerinde olduğu kişiler şişman,  $30 \text{ kg/m}^2$  'nin üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır (WHO 2000).

Obezitenin intra abdominal basınç artışına neden olarak Üİ yol açtığı ve obez kadınlarda obez olmayanlara göre Üİ daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Öztürk ve ark. 2012, Aksu 2014).

DSÖ 2014 yılı verilerine göre, 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu, 600 milyondan fazla yetişkinin obez olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2016). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Ülkemizde TÜİK tarafından yapılan 2015 yılına ait raporda obezite görülme sıklığı; kadınlarda %24.5, erkeklerde %15.3 ve toplamda %19.9 olarak bildirilmiştir.

Menopoz döneminde östrojen yetersizliği doğrudan veya dolaylı olarak diğer hormonları ve metabolizmayı etkiler. Değişen metabolizma ile birlikte iştah artması, yeme alışkanlığında değişimler, yaşlanmayla birlikte azalmış fiziksel aktivite metabolik hızdaki azalmaya ve dolayısıyla şişmanlığa neden olmaktadır. Menopoz sonrasında kadınlarda toplam yağ birikimi artmakta ve özellikle android tip (vücudun üst bölgesi) şişmanlık görülmektedir (Avcı 2013).

Literatürde BKİ arttıkça üriner inkontinansın görülme sıklığının arttığını belirten birçok çalışma vardır (Foldspang 1995, Özerdoğan 2003, Benlioğlu 2006, Velázquez 2007,

Hsieh ve ark. 2007, Zhu ve ark. 2008, Lassere ve ark. 2009, Öztürk ve ark., 2012). Bunun yanında üriner inkontinans ile obezite arasında ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Peyrat ve ark. 2002, Koçak ve ark., 2005, Kocaöz ve Eroğlu, 2009).

### **2.5.3. Sigara kullanımı**

Sigara kullanımına bağlı olarak östrojen seviyesinde düşme ve kollajen sentezinde azalmanın Üİ riskini artırdığı bildirilmektedir (Hsieh ve ark. 2007, Ahmed ve ark. 2013). Sigara kullanan kişilerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) daha fazla görüldüğünden öksürüğe bağlı olarak Üİ riski 2-3 kat artmaktadır (Bump ve Mc Clish 1994, Aksu 2014).

Yapılan bazı çalışmalarda ise, sigara kullanımı ile üriner inkontinans arasında ilişki bulunamamıştır (Güneş ve ark. 2000, Özerdoğan 2003, Ozkan ve Sapmaz 2014).

### **2.5.4. Kabızlık**

Kronik kabızlık, mesane üzerinde basınca ve pelvik taban kaslarında hasara neden olarak üriner inkontinansa neden olacağı düşünülmektedir (Skonner ve ark., 1994, Parazzini ve ark., 2000). Menopozal dönemde görülen kabızlık şikayeti, gastrointestinal geçişteki yavaşlama ile birlikte olabileceği gibi, menopozda sık görülen genital organları yer değiştirmesi ve tümörlere bağlı olarak da oluşabilmektedir (Avcı 2013, Çakıroğlu ve Görsel, 2007).

Yapılan birçok çalışmada kronik kabızlık sorunu olan kadınlarda Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Kocaöz 2001, Zhu ve ark. 2008, Çifçi ve Günay 2011, Baykuş 2016).

### **2.5.5. Doğum**

Üriner inkontinans gelişmesinde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu, epizyotomi/yırtık varlığı gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü rol oynamaktadır (Güler 2006, Grautz ve ark 1999, Persson ve ark. 2000, Wesnes ve ark. 2007, Akıncı 2009, Itza ve ark., 2010).

Gebelik döneminde büyüyen uterusun mesaneye baskı yapması nedeniyle ve progesteron hormonunun etkisi Üİ görülme riskinin arttığı bildirilmektedir (Demir 1999, Bektaş 2007, Herbert 2009).

Bazı çalışmalarda, vaginal doğumu takiben mesane boynu ve üretrayı destekleyen dokuların ve pelvik taban kaslarının yapısında travmaya neden olarak üriner inkontinans gelişmesine zemin hazırladığı bildirilmektedir (Guarisi ve ark. 2002, Foldspang ve ark. 2003, Fine ve ark. 2004, Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Yapılan bazı çalışmalarda sezeryan doğum yapan

kadınlarda, vajinal doğum yapan kadınlara göre Üİ görülme sıklığı daha az bulunmuştur (Allen ve ark. 1990, Peyrad ve ark. 2002, Hvidman ve ark. 2003, Altınboğa ve ark. 2016).

Yapılan çalışmalarda ilk doğumdan itibaren Üİ görülme oranının arttığı bildirilmiştir (Parazzini 2000, Milsom ve ark. 2003, Koçak ve ark., 2005). MacArthur ve ark. (2005) yılında yaptıkları çalışmalarında 3 ve üzeri doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının fazla olduğunu saptamışlardır. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Milsom 2000, Kocaöz 2001, Cardozo 2004, Danforth ve ark. 2006, Waetjen ve ark. 2007, Kocaöz ve Eroğlu 2009, Akgün 2009, Karasaç 2011).

Yapılan bazı çalışmalarda iri bebek öyküsü hikayesi olanlarda Üİ görülme oranının arttığı bildirilmiştir (Güler 2006, Ünsal ve ark., 2013). Buna karşılık bazı çalışmalarda ise, iri bebek öyküsü ile Üİ görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Altınboğa ve ark. 2016).

Literatürde epizyotomi ile Üİ risk faktörü olması ile ilgili bilgiler arasında farklı görüşler mevcuttur. Bazı çalışmalarda epizyotomi kesisi olan kadınlarda Üİ görülme oranının arttığı bildirilmektedir (Victurp ve ark. 1992, Skoner ve ark. 1994). Buna karşılık yapılan bazı çalışmalarda ise, epizyotomi açılma durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirilmiştir (Karaçam ve Eroğlu 2003, Bilgili ve ark. 2008).

### **2.5.6. Endokrin Hastalıklar**

Diabetes Mellitus (DM) ve Diabetes İnsipitus gibi endokrin hastalıklar poliüriye ve inkontinansa neden olabilmektedirler (Güler ve Yağcı 2006, Varlı 2009, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011).

Diyabetin en sık karşılaşılan komplikasyonlarından birisi olan diyabetik sistopati mesane dolusunda hassasiyet artışı, mesane kapasitesinde artış ve mesanenin kasılabilme yeteneğinde azalma olarak tanımlanır. Diyabetik sistopatiye bağlı poliüri, sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, böbrek yetmezliği, üriner inkontinans, daha çok UÜİ problemleri görülmektedir (Yavuz ve Özkürkçügil, 2012).

### **2.5.7. Pelvik Taban Disfonksiyonu**

Toplumlardaki artan yaşam süresi berebarinde yaşlı kadın nüfunu artırmakta, bu durum ise yaşam boyunca oluşan pelvik taban değişikliklerinin yol açtığı pelvik taban disfonksiyonuna neden olmaktadır. Uterus, üretra, mesane ve rektumu yerinde tutan pelvik taban yapılarının zayıflaması nedeniyle bu organların aşağı doğru düşmesi, yer değiştirmesi

ile oluşan pelvik relaksasyon, Üİ için predispozan bir faktördür. Östrojen eksikliği pelvik organ prolapsusu (POP) ile ilişkilidir ve postmenopozal kadınlarda SÜİ'a yatkınlığı artırmaktadır (Bozkurt 2004, Akgün 2009).

Pelvik taban kas egzersizlerinin pelvik taban kas gücünü artırmada etkili olduğu yapılan bazı çalışmalarda belirtilmiştir (Sampsella ve ark. 2000, Sarı 2007, Dinç ve ark. 2009).

### **2.5.8. Jinekolojik Operasyon**

Üriner inkontinans histerektominin bir sonucu olabilir. Üİ oluşmasına neden olabilecek muhtemel nedenler; histerektomi sırasında oluşan pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, kas ve fasya hasarları, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması, östrojen eksikliğidir (Çoban ve Şirin 2003, Brown ve ark. 2000, Onur ve Bayrak, 2015).

Kızılkaya ve ark (1999)'nın yaptıkları çalışmada jinekolojik operasyon geçirmenin SÜİ için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Hock ve ark. (2015) yaptıkları çalışmalarında vajinal yoldan histerektomi olan kadınlarda, Üİ gelişme oranında artış bulmuşlardır. Kudish ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarında histerektomi ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

### **2.5.9. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE)**

Menopoz döneminde östrojen yetersizliği; uterus, vagina ve üretrada epitelyal atrofi, kollagen kaybı, devaskularizasyon ve mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine neden olmaktadır. Bu değişiklikler tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına sebep olabilmektedir (Robinson ve Cardozo 2003, Bilgili ve ark., 2008).

İYE kadınlarda sık görülür. Mesanenin geçici veya uzun süreli kullanılan idrar kataterleri nedeniyle hasar görmesi, mesane taşı, menopoz, tekrarlayan sistit gibi nedenlere bağlı Üİ gelişebilir (Pfisterer ve ark., 2006).

Yapılan bazı çalışmalarda, tekrarlayan İYE öyküsü olanlarda Üİ görülme sıklığında artış bulunmuştur (Acar 2007, Çetin 2010, Baykuş 2016).

### **2.5.10. Aile Hikayesi**

Ailesinde üriner inkontinans görülme durumu olanlarda Üİ gelişme riski daha fazladır. Literatürde genetik yatkınlığın Üİ görülme riskini artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (Güler 2006, Akgün 2009, Demir 2012).

## 2.6. Yaşam Kalitesi

### 2.6.1 Yaşam Kalitesinin tanımı

Yaşam kalitesi, genel olarak kişilerin algılanan yaşam koşullarından memnun olma derecesidir (İnanç ve Sanberk, 2009).

DSÖ'e göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Daha geniş anlamda ise "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" olarak ifade edilmektedir ( The WHOQOL Group, 1996).

Yaşam kalitesi çok geniş bir kavram olup, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki önemli özelliklerden etkilenir. Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır. Bunlar; sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, ulaşım, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bunlardan birinin bile eksikliği “kaliteli bir yaşam sürüyorum” duygusunu zedeler (Durukan 2007, Öner 2014).

#### Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

- ✓ Klinik durum: Hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar,
- ✓ Sağlık bakımı: Uygulanan tedaviler, önerilen uygulamalar
- ✓ Yaşam şekli: Egzersiz, sigara içme, alkol kullanımı, beslenme, stres ile başedebilme
- ✓ Yaşam Durumu: Sosyal destek
- ✓ Demografik Özellikler: Gelir durumu, eğitim düzeyi, ırk
- ✓ Ulaşım
- ✓ Kültür (Bakın'dan aktaran Demir,2012)

#### Yaşam Kalitesinin Boyutları

- ✓ Fiziksel fonksiyonları: Fiziksel yeterlilik
- ✓ Bilişsel fonksiyonları: Mental yeterlilik
- ✓ Aktiviteler: Özbakım, rol, sosyal eğlence
- ✓ Vücut sağlığı: Fiziksel rahatlık, rahatsızlık, ağrı, yorgunluk
- ✓ Duygusal sağlık: Depresyon, heyecan hali, olumlu duygu
- ✓ Öz-kavram: Özgüven, kişisel kontrol
- ✓ Genel beklentiler: Yaşamdan tatmin olma, sağlık beklentileri, genel anlamda yaşam kalitesi
- ✓ Ruhsal sağlık: Güçlü inanç, umut/umutsuzluk, dini inanç

- ✓ Beklenen kontrol, yaşamın anlamıdır (Demir 2012).

Yaşam kalitesi iki sınıfa ayrılır.

- sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi
- sağlıkla ilgili yaşam kalitesidir.

*Sağlıkla doğrudan ilgili olmayan yaşam kalitesi:* Kişinin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır.

*Sağlıkta yaşam kalitesi:* Kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet ve sağlık durumuna verdiği duygusal cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir (Fidaner 2004, Hawthome 2007).

### **Yaşam Kalitesi Ölçekleri**

Yaşam kalitesi ölçekleri, genel ve hastalığa özgü olmak üzere iki sınıfa ayrılabilirler:

**1- Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri:** Hastalıkların toplumun tüm kesiminde yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak için kullanılabilirler (Müezzinoğlu 2006). Genel yaşam kalitesi ölçeklerine örnek olarak,

- ✓ DSÖ yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-100), kısa formu (WHOQOL-BREF)
- ✓ Yaşam kalitesi Anketi Yaşlı modülü (WHOQOLOLD)
- ✓ Nottingham Sağlık Profili (NHP)
- ✓ SF 36 Health Status Questionnaire verebiliriz.

Genel yaşam kalitesi ölçeklerini üriner inkontinans değerlendirilmede kullanmak pek uygun değildir. Çünkü üriner inkontinanslı kadına uygulandığında, duyarlılık düşük olur ve tedavinin başarısını değerlendirmede ölçek yetersiz kalabilir (Kurul 2013).

**2- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri:** Sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik oluşturulan ölçeklerdir (Kelleher ve ark., 2001). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- ✓ İncontinence İmpact Questionnaire (Whyman 1987)
- ✓ Urogenital Distress Inventory (Shumaker ve Whyman, 1994)
- ✓ Symptom Impact Questionnaire (Black 1996)
- ✓ İncontinence-Quality of Life (I-QQL) (Wagnerwork 1996)
- ✓ King's Health Questionnaire (Kelleher 1997) yer alır.

## 2.6.2. Menopozal Dönemde Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Hayat standardının artması yaşam süresinin uzamasına, dolayısıyla menopozda geçen sürenin artmasına neden olmaktadır (Kaya ve ark., 2007). Menopoz fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde östrojen azlığına bağlı bazı bulgulara rastlanır. Huzursuzluk, duyu değişiklikleri, yorgunluk gibi bu döneme özgü bulgular görülebilir. Menopozal dönemde yeterli sağlık bakımı alamayan kadınların çoğunda yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Kaya ve ark., 2007).

Üriner inkontinans hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmasına rağmen kadınların fiziksel, sosyal, iş, eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur (Abrams ve ark., 2002). Üriner inkontinans psikososyal açıdan bireylerin başkalarına bağımlı olmalarına, kendilerine olan güvenlerini yitirmelerine neden olarak sosyal yaşamlarını sınırlandırmaktadır (Eroğlu ve Kocaöz, 2002).

Literatürde Üİ şikâyeti olan menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Güler (2006) yaptığı çalışmada inkontinans süresi uzadıkça kadınların ruhsal bozukluğu, depresyon şikâyetinin arttığını bildirmiştir. Kara ve Şentürk (2000) yaptıkları çalışmada kadınların %25'nin yaşam kalitesinin bozulduğunu saptamışlardır. Demir (2012) ve Börekçi (2016) yaptıkları çalışmada menopoza girmiş kadınların, menopozda olmayanlara göre Üİ şikâyetlerini daha fazla yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin de daha olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir.

İnkontinansa olan tutumlar, inançlara, kültürel etkilere ve kişisel özelliklere göre değişmektedir (Beji 2002). Ülkemizde Müslüman kadınlar namaz kılmak, dua etmek, camiye gitmek için abdest almaları gerekmektedir. Üriner inkontinans problemi yaşayan kadınlar idrar kaçırdıkları için sık abdest almak zorunda kalmakta ve namaz sırasında idrar kaçırıp ibadetlerini yarım kalmaktadır (Kurul 2013). Şentepe'nin(2013) yaptığı çalışmada, dindarlığın ve maneviyatın ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde büyük oranda olumlu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Yapılan bazı yurt dışı çalışmalarında, üriner inkontinanslı olmak Müslüman kadınlar için, düşük benlik saygısı ile yalnızlık anlamına gelebilmektedir (Wilkinson 2001, Higa ve ark. 2008, Sange ve ark. 2008)

Üriner inkontinanslı hastalar mesane kontrolünü kaybettiğinde bu durumun dışarıdan fark edilebileceğini düşünüp rahatsızlık duyarlar (Kelleher ve ark. 1997, Güler 2006). Üriner inkontinans problemi yaşayan bireyler kişisel ilişkilerinde, kariyerlerinde ve kendilerini iyi hissetme hallerine zarar veren bu durumdan dolayı, sosyal yaşamları olumsuz etkilenmektedir ( Kelleher ve ark. 1997, Sarı 2007). Kadın üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendini



kusurlu ve eksik olarak görebilir. Çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hissedebilir. Bazı kadınlar da, üriner inkontinansı genellikle yaşlanmanın doğal bir parçası, tedavi edilemez bir durum ve çocuk doğurmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak görmektedirler (Aslan 1999, Aslan 2002, Özdemir 2009).

Üriner inkontinansı olan kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu cinsel disfonksiyon görülmektedir. Çoğu hasta cinsellikle ilgili konuşmaktan sıkıntı duyduğu için insidans normalin altında bulunmaktadır. İnkontinan kadınlarda cinsel disfonksiyon % 21-71 arasında değişir ve urge inkontinansı olan kadınlarda daha sıktır (Koçak ve ark., 2005).

## **2.7. Üriner İnkontinanslı Kadınların Sağlık Arama Davranışları**

Kadınlarda Üİ sık görülmesine rağmen, etkilenen kadınların çoğu herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamakta ve profesyonel bir yardım almamaktadır (Koçyiğit ve ark., 1999, Kök 2005, Akgün 2009, Demir 2012, Börekçi 2016).

Arslan ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmaya göre, üriner inkontinanslı kadınların %75.7'si doktora başvurmamıştır.

Bilgili ve ark. (2008)'nin yaptığı araştırmaya göre, kadınların pek çoğu utanma, tedavi maliyetini fazla bulma veya tedaviden korkma, yaşlılığın normal bir parçası olduğunu düşündüğü için tedavi almak için başvuru yapmamaktadır. Bir başka çalışmada kadınların üriner inkontinansı artan yaşla birlikte normal olarak algıladıkları ve sonucunda sağlık kurumlarına tedavi arama çabalarının düşük olduğu tespit edilmiştir (Işıklı ve ark., 2011).

Öztürk ve ark. (2012) yaptıkları çalışmaya göre, üriner inkontinanslı hastaların %30.2'sinin doktora bu şikayeti ile başvuru yaptığı, %69.8'nin doktora utanma, önemsememe vb. nedenler yüzünden başvuru yapmadığı tespit edilmiştir.

Göral (2014) yaptığı çalışmaya göre, üriner inkontinansı olan kadınların %66.3' ü idrar kaçırmayı normal ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, kimden yardım alacaklarını bilmemeleri, korku, kararsızlık, tanı ve tedavi girişimlerinde maliyetin fazla olması gibi nedenlerden dolayı hekime başvuru yapmamaktadır.

Yılmaz ve ark. (2014) yaptıkları çalışmalarında, Üİ hastaların %97.5'i utanma, idrar kaçırmayı sağlık sorunu olarak görmemesi gibi nedenlerle hekime başvurmadıklarını ve yaşam kaliteleri düşük olarak bulmuşlardır.

Börekçi (2016) yaptığı çalışmada, üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmesine rağmen çok az kısmı doktora başvuru yapmış, önlem olarak sık sık iç çamaşırı değiştirme, ped, bez kullanma, sık sık tuvalete gitme, ağır kaldırmama gibi çözümler kullandıklarını bulmuştur.

Hemşirelerin temel sorumluluklarında biri inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almaktır (Bilgili ve ark. 2008). Hemşireler, cinsiyet avantajı nedeniyle kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler. Bu yüzden toplumda, Üİ tanınması, değerlendirilmesi, izlemi ile Üİ'dan korunmada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Kök ve ark. 2006). Hemşireler, üriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesinde kullanılan etkili tedavi yöntemlerine ilişkin konularda kadınlara eğitim vermelidir. Kadınlara verilecek olan eğitimin içeriğinde, öncelikle üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerinin önlenmesi ya da azaltılmasına yönelik temel bilgiler yer almalıdır (Akıncı 2009).

Hemşireler inkontinans riskini azaltmaya yönelik kadınlara;

- ✓ Ağır kaldırmamak
- ✓ Kabızlık sorunu yaşamamak için alınması gereken önlemler
- ✓ Kilo kontrolü
- ✓ Dengeli beslenme
- ✓ Sigaranın zararları
- ✓ Mesaneyi uyarıcı içeceklerin (alkol, kafein vb.) az tüketilmesi
- ✓ Pelvik taban egzersizlerinin düzenli yapılması
- ✓ Mesane eğitimi konularında eğitimler planlamalı ve yürütmelidir (Eroğlu ve Kocaöz 2009, Alkan ve ark., 2016).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık görevi sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Hemşireler bağımsız rollerini kullanarak inkontinans danışmanlığı ve eğitim rolleri ile kadınların sağlığını koruyabilir ve yaşam kalitelerini yükseltebilirler (Durmazoğlu ve ark., 2016)

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Çalışma Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi polikliniklerinde, Şubat 2016-15 Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Çanakkale ilinde yaşayan 40-64 yaş grubu menopoza öncesi ve menopoza sonrası dönemdeki 85.73 kadın oluşturmaktadır.

*Menopoza öncesi dönem:* Kadının son üç ayda en az bir siklus kanaması olurken son bir yılındaki menstrüel siklusa değişiklik olmaması.

*Menopoza dönemi:* Son bir yıldır menstrüel kanamasının olmaması dönemidir.

Menopoza bağlı semptomları ve yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülerek yaşlılık dönemi olan 65 yaş ve üzeri yaşta kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

##### *Araştırmaya alma ölçütleri.*

- 40-64 yaş arası menopoza öncesi ve menopoza sonrası döneminde olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

##### *Araştırmaya almama ölçütleri:*

- Genito üriner sistem patolojisi bulunması.
- Üriner enfeksiyonu olması
- Çalışmaya katılmayı istememesi

#### Değişkenler

*Araştırmanın bağımlı değişkeni* menopoza döneminde 40-64 yaş kadın olması, *bağımsız değişkenleri* ise, üriner inkontinansı ve yaşam kalitesidir.

Araştırmamıza alınacak 40-64 yaş grubu kadınlarda olayın görüş olasılığı incelenmek istendiğinde, örnekleme alınacak kadın sayısını hesaplamak için evrendeki birey sayısı biliniyor durumuna göre;

Örneklem büyüklüğünü saptamak için;  $n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d^2} \cdot (N - 1) + t \cdot p \cdot q$  formülü kullanılmıştır.

Formülde;

n: *Örnekleme alınacak birey sayısı*

N: *Evren sayısı =85.733*

p: *İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) =0.5*

q: *İncelenen olayın görülmeyis sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) =0.5*

t : *Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer =1.96*

d: *Olayın görülüs sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır. =0.05*

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{(N-1).d^2+t^2.p.q} = \frac{85,733.(1,96)^2.(0,5).(0,5)}{(85,733-1).(0,05)^2+(1,96)^2.(0,5).(0,5)} = 382 \text{ olarak örnekleme sayısı}$$

belirlenmiştir.

Araştırmada örnekleme seçimi yöntemi olarak olasılıksız amacına uygun örnekleme yöntemi kullanıldı.

### Yaş gruplarına Göre Çanakkale İli Kadın Nüfusu

Yaş Aralığı	Kadın Sayısı
40-44	18.034
45-49	17.259
50-54	18.079
55-59	17.143
60-64	15.218

Araştırmanın örnekleme; 40-64 yaş arası menopoz öncesi 200, menopoz dönemindeki 200 kadın olmak üzere, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 400 kadından oluşmaktadır. Katılımcılarla araştırmayı planlanan hastanelerde temas kuruldu ve veriler araştırmacı tarafından menopoz dönemindeki 40-64 yaş arası kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Bu esnada onlara bu çalışmanın ne amaçla, neden yapıldığı ve neden bu çalışmaya seçilebilecekleri anlatıldı. Çalışmaya katılma istekleri soruldu olumlu düşünen kadınlardan onamlar alındı ve çalışmaya dahil edildi. Haftanın iki günü hastanelere gidilerek her katılımcıya 10-15 dakika zaman harcandı.

### 3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından menopoz dönemindeki 40-64 yaş arasındaki kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak menopoz dönemindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri, kişisel alışkanlıkları, menopoz dönemine ilişkin bilgileri ve üro-jinekolojik öyküsünü içeren anket formu, Üİ

tiplerini belirlemek üzere Uriner Distress Inventory (UDI-6) soru formu ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla I-QOL ölçeği kullanılmıştır.

Anket formunu uygulamadan önce araştırma kapsamına alınan kadınlara bu çalışmanın ne amaçla, neden yapıldığı ve neden bu çalışmaya seçildikleri anlatıldı. Katılmaya gönüllü menopoz dönemindeki 40-64 yaş arası kadınların onam alınarak ve çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Anket Formu**

Anket formunda, kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence, ekonomik durumu, yaşadığı yer) kişisel alışkanlıkları (BKİ, kronik bir hastalık durumu, sigara, alkol kullanma durumu, kabızlık, kullandığı ilaçlar, günlük aldığı sıvı miktarı, kahve içme alışkanlığı) obstetrik ve jinekolojik özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, vajinal doğum sayısı, en son doğum şekli, en ağır doğan bebeğin kilosu, normal doğumlarda epizyo ya da yırtık durumu, daha önce kadın hastalığı nedeniyle operasyon olup olmadığı, gebelikte idrar kaçırma durumu) menopoz dönemine ilişkin özellikleri ve üriner inkontinansla ilgili şikayetlerini saptamaya yönelik 42 soru bulunmaktadır (Ek 1). Anket formumuz 50 kişi üzerinde ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmaya başlanmıştır.

#### **3.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life – I-QOL)**

I-QOL ölçeği Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22’ye düşürülmüştür (Özerdoğan 2003).

I-QOL üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyondur. I-QOL’da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0’dan 100’e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Özerdoğan 2003, Partick 1999).

Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında (1999), I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.95, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.87, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.93 ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (Patrick 1999).

Ülkemizde, I-QOL'ın geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. Özerdoğan'ın çalışmasında (2003), I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.88, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.92 ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (Özerdoğan 2003).

Çalışmada I-QOL'ın kullanılabilmesi için, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Nebahat Öztaç Özerdoğan'dan yazılı izin alınmıştır (Ek 2, Ek 3).

Bu çalışmada I-QOL geneline ait Cronbach alfa katsayısı 0.94, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.84, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.90, sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur.

### **3.5.3. Uriner Distress Inventory (UDI-6)**

UDI-6 üriner inkontinans semptom indekslerini inceleyen bir soru formudur. Altı sorudan oluşmuş çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği bir formdur. Sorular likert tipinde olup, 1-2. sorular irritatif/urge semptomları, 3-4. sorular stres semptomları, 5-6. sorular obstrüktif/rahatsız edici ya da işeme gücünü oluşturan semptomları olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. UDI-6' dan en az 0- en fazla 18 puan alınabilmektedir. Formun toplam skoru 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan ortalaması 33,3 ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür. UDI-6' den alınan puanın düşük olması yaşam kalitesinin arttığına göstergesidir.

UDI-6 'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Çam ve arkadaşları yapılmış olup tüm soru formu için UDI-6'nın Cronbach Alpha katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur (Cam ve ark., 2007), (Ek 4).

Bu çalışmada UDI-6 'nın Cronbach Alpha katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında IBM SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bütün testler sosyal bilimlerde tercih edilen 0.05 anlam düzeyinde gerçekleştirilmiştir. Anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha değerinden ve geçerliliğini sınamak için ise Kaiser-Meyer-Olkin istatistiğinden yararlanılmıştır. Sayımla belirtilen değişkenlerin tanımlanmasında yüzdeler, ölçümle belirtilen değişkenlerin tanımlanmasında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. İnkontinans riskini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde Ki-Kare ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için bağımlı değişken olarak inkontinans olma durumu alınmıştır. Bağımsız değişken olarak yaş, sigara içme, menopozda olma, vajinal doğum sayısı, genetik yatkınlık, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, diyabetes mellitus olma, histerektomi geçirme, vücut kitle indeksi alınmıştır. Lojistik regresyon için Backward conditional tipi analiz yöntemi seçilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### **3.7. Çalışmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlanmadan önce çalışmanın amacı verilerin sadece bu çalışmada kullanılacağı anlatılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Karar No:2016-06) ve çalışmanın Devlet Hastanesinde uygulanabilmesi için Çanakkale İli Kamu Hastaneler Genel Birliği Sekreterliğinden izin alınmıştır (sayı:33598204/774.99).

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada kullanılan anket sorularının literatür doğrultusunda hazırlanması, katılımcıların verdikleri yanıtlar ve çalışmanın Çanakkale ilinde yaşayan 40-64 yaş arası menopozal dönemdeki kadından oluşması araştırmanın sınırlılığdır.

#### **Araştırmanın Genellebilirliği**

Çalışmada olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldığı için sonuçlar genellenemez.

## 4. BULGULAR

Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanan çalışmamız, Çanakkale ilinde bulunan, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesine muayene için başvuran, 40-64 yaş arası, menopoz öncesi ve menopoz döneminde olan, çalışmaya katılmaya istekli 400 kadın (200 menopoz öncesi, 200 menopoz dönemi) üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular altı bölümde ele alınmıştır:

- ❖ Menopoz öncesi dönemindeki kadınların demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve kişisel alışkanlıklarına ilişkin bulgular
- ❖ Menopoz dönemindeki kadınların demografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve kişisel alışkanlıklarına ilişkin bulgular
- ❖ Kadınların menopoz özelliklerine ilişkin bulgular
- ❖ Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların üriner inkontinans görülme durumuna ilişkin bulguların dağılımı
- ❖ Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansa etki eden risk faktörlerinin lojistik regresyonla incelenmesi
- ❖ Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin incelenmesi



#### 4.1 Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınların Demografik, Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri Ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına giren menopoz öncesi dönemdeki kadınların; demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, kişisel alışkanlıklarına göre üriner inkontinans sıklığını gösteren bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 3. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Üİ Şikayetleri (n=200)**

Demografik veriler	Menopoz Öncesi		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
<b>Yaş</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
40-49 yaş	17 (8.9)	175 (91.1)	0.536*
50-64 yaş	1 (12.5)	7 (87.5)	
<b>Eğitim Durumu</b>			
≤8 yıl	4 (22.2)	14 (77.8)	0.063*
≥9 yıl	14 (7.7)	168 (92.3)	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	11 (8.1)	124 (91.9)	0.358*
Çalışmıyor	7 (10.8)	58 (89.2)	
<b>Gelir</b>			
Düşük	2 (5.4)	35 (94.6)	0.315*
Orta/iyi	16 (9.8)	147 (90.2)	
<b>İkamet</b>			
İl	7 (10.9)	57 (89.1)	P=0.064 X <sup>2</sup> =5.492 Sd=2
İlçe	7 (5.9)	111 (94.1)	
Köy	4 (22.2)	14 (77.8)	

\*Fisher' s Exact Test

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 50.78±6.56 olarak belirlendi. Araştırmaya katılan menopoz öncesi dönemdeki kadınların yaş ortalaması 46±2.45 olarak belirlendi. Menopoz öncesi dönemdeki 40-49 yaş grubu kadınların % 8.9'unda (n=17), 50-64 yaş grubu kadınların % 12.5'inde (n=1) üriner inkontinans durumu görülmüştür. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların yaş gruplarına göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans ve kontinans olma durumu açısından aralarında istatistiksel fark olmadığı saptandı (p=0.536). Kadınların eğitim durumları incelendiğinde; üriner inkontinansı olan kadınların %22.2'sinin (n=4) 8 yıl ve daha az eğitim- öğretim hayatının olduğu, %7.7'sinin (n=14) 9 yıl ve üzerinde eğitim aldığı, kontinans kadınların %77.8' sinin (n=14) 8 yıl ve daha az eğitim-öğretim hayatının olduğu, %92.3' ünün (n=168) 9 yıl ve üzeri eğitim-öğretim hayatının olduğu saptandı (Tablo 3). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların eğitim durumu (p=0.063), gelir durumu (p=0.315), çalışma durumu (p=0.358), ikamet durumuna (p=0.064) göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans ve kontinans olma durumu açısından aralarında istatistiksel fark olmadığı

saptandı. Tablo 3’ de üriner inkontinansı olan menopoz dönemi öncesindeki kadınların %8.1’ inin (n=11) çalıştığı, %5.4’ ünün (n=2) gelir durumunun düşük olduğu, %10.9’ unun (n=7) ilde, %22.2’ sinin (n=4) köyde yaşadığı belirlendi.

**Tablo 4. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınlarda Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı (n=200)**

Değişkenler	Menopoz öncesi		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
Doğum Sayısı	n (%)	n (%)	
0	6 (5.1)	112 (94.9)	P=0.052 X <sup>2</sup> =3.491 Sd=2
1-3	12 (15.0)	68 (85.0)	
4 ve üzeri	0 (0)	2 (100)	
Gebelik Sayısı			
0	6 (5.5)	103 (94.5)	P=0.066 X <sup>2</sup> =3.909 Sd=2
1-3	12 (14.5)	71 (85.5)	
4 ve üzeri	0 (0)	8 (100)	
En Son Doğum Şekli			
Normal Doğum	13 (9.8)	120 (90.2)	0.367*
Sezeryan	5 (13.2)	33 (86.8)	
En Ağır bebek kilosu			
2.500-2.999	1 (10)	2.7 (90)	P=0.000 X <sup>2</sup> =36.506 Sd=2
3.000-4.000	13 (55.4)	9.5 (44.6)	
4.000 ve üzeri	1.7 (86.6)	1 (13.4)	
Epizyotomi			
Var	14 (11.2)	111 (88.8)	0.574*
Yok	1 (7.7)	12 (92.3)	
Jinekolojik Operasyon			
Var	1 (100)	0 (0)	0.090*
Yok	17 (8.6)	181 (91.0)	

\*Fisher’s Exact Test

Araştırmaya katılan üriner inkontinans görülme durumu olan menopoz öncesi dönemdeki kadınların %15.0’ inin (n=12) doğum sayısının 1 ile 3 arasında olduğu, %14.5’ inin (n=12) gebelik sayısının 1 ile 3 arasında olduğu, %9.8’ inin (n=13) normal doğum yaptığı, %55.4’ ünün (n=13) en ağır doğan bebeklerinin kilosunun 3.000-4.000 arasında olduğu, %11.2’ sinin (n=14) doğum sırasında epizyotomi yapıldığı, %8.6’ sının (n=17) jinekolojik operasyon geçirmediği belirlendi (Tablo 4). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların doğum sayısı (p=0.052), gebelik sayısı (p=0.066), en son doğum şekli (p=0.367), epizyotomi durumu (p=0.574), jinekolojik operasyon durumuna (p=0.090) göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans ve kontinas olma durumu açısından aralarında istatistiksel fark olmadığı saptandı. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların en ağır bebeklerinin kilosuna göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans ve kontinas olma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptandı (p=0.000).

**Tablo 5. Menopoz Öncesi Dönemdeki Kadınlarda Kişisel Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı (n=200)**

Değişkenler	Menopoz öncesi		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
<b>Kronik Hastalık</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Var	10 (27.0)	27 (73.0)	0.001*
Yok	8 (4.9)	155 (95.1)	
<b>Kabızlık Durumu</b>			
Evet	7 (38.9)	11 (61.1)	0.001*
Hayır	11 (6.0)	171 (94.0)	
<b>DM</b>			
Var	13 (6.7)	180 (93.3)	0.001*
Yok	5 (71.4)	2 (82.6)	
<b>Sık İdrar yolu Enfeksiyonu</b>			
Evet	17 (8.6)	181 (91.4)	0.172*
Hayır	1 (50)	1 (50)	
<b>Sigara</b>			
Evet	7 (6.1)	107 (93.9)	0.085*
Hayır	11 (12.8)	75 (87.2)	
<b>Alkol</b>			
Evet	3 (3.4)	86 (96.6)	0.010*
Hayır	15 (13.5)	96 (86.5)	
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>			
Evet	8 (26.7)	22 (73.3)	0.002*
Hayır	10 (5.9)	160 (94.1)	
<b>BMI</b>			
18.5-24.5	0	25 (100)	P=0.001 X <sup>2</sup> =17.266 Sd=2
25-29	12(7.3)	153(92.7)	
30-39	6(66.7)	3(33.3)	

\*Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan menopoz öncesi dönemdeki üriner inkontinans görülme durumu olan kadınların %27' sinin (n=10) kronik hastalığı olduğu, %38.9' unun (n=7) kabızlık şikayeti olduğu, %6.7' sinin (n=13) DM hastalığı olduğu, % 8.6' sının (n=17) sık idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, %6.1' inin (n=7) sigara kullandığı, %3.4' ünün (n=3) alkol kullandığı, % 26.7' sinin (n=8) sürekli ilaç kullandığı, %7.3' ünün (n=12) BMI 25-29 arasında olduğu belirlendi (Tablo 5). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların kronik hastalık (p=0.001), kabızlık durumu (p=0.001), DM (p=0.001), alkol kullanma durumu (p=0.010), sürekli ilaç kullanma durumu (p=0.002), BMI (p=0.001) durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans ve kontinans olma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu (p=0.172), sigara kullanma durumuna (p=0.085) göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında,

üriner inkontinas ve kontinas olma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.



#### 4.2.Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Demografik, Obstetrik Ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına giren menopoz sonrası dönemdeki kadınların; demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, kişisel alışkanlıklarına göre üriner inkontinans sıklığını gösteren bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 6.Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı (n=200)**

Demografik veriler	Menopoz		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
<b>Yaş</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
40-49 yaş	6 (25.0)	18 (75.0)	0.008*
50-64 yaş	94 (53.4)	82 (46.6)	
<b>Eğitim Durumu</b>			
≤8 yıl	54 (62.1)	33 (37.9)	0.002*
≥9 yıl	46 (40.7)	67 (59.3)	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	10 (27.0)	27 (73.0)	0.002*
Çalışmıyor	90 (55.2)	73 (44.8)	
<b>Gelir</b>			
Düşük	5 (22.7)	17 (77.3)	0.006*
Orta/iyi	95 (53.4)	83 (46.6)	
<b>İkamet</b>			
İl	15 (36.6)	26 (63.4)	P=0.000 X <sup>2</sup> =41.207 Sd=2
İlçe	46 (39.0)	72 (61.0)	
Köy	39 (95.1)	2 (4.9)	

\*Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan menopoz sonrası dönemdeki kadınların yaş ortalaması 56±5.04 olarak belirlendi (Tablo 6). Menopoz sonrası dönemde üriner inkontinans görülme durumu olan kadınların % 25' inin (n=6) 40-49 yaş arasında % 53.4' ünün (n=94) 50-64 yaş arasında olduğu, % 62.1' inin (n=54) 8 yıl ve daha az eğitim aldığı, % 40.7' sinin (n=46) 9 yıl ve üzeri eğitim aldığı, % 27' sinin (n=10) çalıştığı, % 53.4' ünün (n=95) gelirinin orta/iyi olduğu, % 95.1' inin (n=39) köyde, % 39' unun (n=46) ilçede, % 36.6' sının (n=15) ilde ikamet ettiği saptandı (Tablo 6). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların yaş gruplarına göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinansın en fazla 50-64 yaş arasında görüldüğünü, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu (p=0.008). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların eğitim durumları göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, eğitim durumu arttıkça Üİ görülme sıklığının azaldığı görüldü sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.002). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların çalışma durumuna göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinansın en fazla çalışmayan kadınlarda görüldüğü belirlendi, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.002). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların gelir durumuna göre üriner

inkontinans durumu karşılaştırıldığında, gelir durumu orta/iyi durumda olan kadınlarda üriner inkontinans durumunun daha fazla olduğu belirlendi ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p=0.006). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların ikamet durumlarına göre üriner inkontinans durumu incelendiğinde, köyde yaşayan kadınların üriner inkontinans görülme durumunu daha fazla yaşadıkları saptandı, bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı (p=0.000).

**Tablo 7. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı**

Değişkenler	Menopoz		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
Doğum Sayısı	n (%)	n (%)	
0	9 (24.3)	28 (75.7)	P=0.000 X <sup>2</sup> =25.922 Sd=2
1-3	62 (47.7)	68 (52.3)	
4 ve üzeri	29 (87.9)	4 (12.1)	
Gebelik Sayısı			
0	6 (19.4)	25 (80.6)	P=0.000 X <sup>2</sup> =35.007 Sd=2
1-3	54 (43.9)	69 (56.1)	
4 ve üzeri	40 (87.0)	6 (13.0)	
En Son Doğum Şekli			
Normal Doğum	95 (52.2)	87 (47.8)	0.278*
Sezeryan	4 (33.3)	8 (66.7)	
En Ağır bebek kilosu			
2.500-2.999	1.5 (79.1)	1.33 (20.9)	P=0.004 X <sup>2</sup> =17.760 Sd=2
3.000-4.000	4.7 (55.6)	5.1(44.4)	
4.000 ve üzeri	5 (70.5)	3(29.5)	
Epizyotomi			
Var	91 (51.1)	87 (48.9)	0.397*
Yok	5 (62.5)	3 (37.5)	
Jinekolojik Operasyon			
Var	16 (42.1)	22 (57.9)	0.184*
Yok	84 (51.9)	78 (48.1)	

\*Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan üriner inkontinans görülme durumu olan menopoz sonrası dönemdeki kadınların % 47.7' sinin (n=62) 1-3 arasında doğum yaptığı, % 43.9' unun (n=54) 1-3 arasında gebe kaldığı, % 52.2' sinin (n=95) normal doğum yaptığı, % 55.6' sının (n=4.7) en ağır doğan bebeklerinin kilosu 3.000 ile 4.000 kilo arasında olduğu, % 51.1' inde (n=91) epizyotomi olduğu, % 42.1' inin jinekolojik operasyon geçirdiği belirlendi (Tablo 7). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların doğum sayısı ve gebelik sayısına göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans görülme durumunun en fazla 4 ve daha fazla gebelik sayısı olan ve doğum yapmış kadınlarda olduğu saptandı, sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu (p=0.000). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların en son doğum şekline göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, normal doğum yapan

kadınlarda üriner inkontinans durumunun daha çok görüldüğü saptandı, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.278). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların en ağır doğan bebeklerinin kilosuna göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, üriner inkontinans görülme durumunun en çok 4.000 gr ve üzerindeki ağırlıktaki bebekleri olan kadınlarda görüldüğü saptandı, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.004). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların epizyotomi durumuna göre üriner inkontinans durumu karşılaştırıldığında, epizyotomisi olan kadınlarda üriner inkontinans durumunun daha çok görüldüğü belirlendi, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (p=0.397). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların jinekolojik operasyon geçirme durumuna göre üriner inkontinans durumu incelendiğinde, jinekolojik operasyon olmayan kadınlarda üriner inkontinans durumunun daha çok görüldüğü saptandı, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (p=0.184).

**Tablo 8. Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Sağlık Durumu ve Kişisel Alışkanlıklarına Göre Üİ Görülme Sıklığı (n=200)**

Değişkenler	Menopoz		P
	Üİ (+)	Üİ (-)	
Kronik Hastalık	n (%)	n (%)	
Var	94 (58.0)	68 (42.0)	0.001*
Yok	6 (15.8)	32 (84.2)	
<b>Kabızlık Durumu</b>			
Evet	44 (77.2)	13 (22.8)	0.001*
Hayır	56 (39.2)	87 (60.8)	
<b>DM</b>			
Var	50(35.7)	90 (64.3)	0.001*
Yok	50 (83.3)	10 (16.7)	
<b>Sık İdrar yolu Enfeksiyonu</b>			
Evet	89 (47.6)	98 (52.4)	0.009*
Hayır	11 (84.6)	2 (15.4)	
<b>Sigara</b>			
Evet	16 (41.0)	23 (59.0)	0.142*
Hayır	84 (52.2)	77 (47.8)	
<b>Alkol</b>			
Evet	3 (17.6)	14 (82.4)	0.005*
Hayır	97 (53.0)	86 (47.0)	
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>			
Evet	90 (58.8)	63 (41.2)	0.001*
Hayır	10 (21.3)	37 (78.7)	
<b>BMI</b>			
18.5-24.5	1(14.3)	6(85.7)	P=0.001 X <sup>2</sup> =17.742 Sd=2
25-29	69(44.5)	86(55.5)	
30-39	30(78.99)	8(21.1)	

\*Fisher' s Exact Test

Araştırmaya katılan üriyer inkontinans görülme durumu olan menopoz sonrası dönemdeki kadınların % 58' inde (n=94) kronik hastalık olduğu, % 77.2' sinin (n=44) kabızlık şikayeti yaşadığı, % 35.7' sinin (n=50) DM hastalığı olduğu, % 47.6' sının (n=89) sık idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, % 41' inin (n=16) sigara kullandığı, % 17.6' sının (n=3) alkol kullandığı, % 58.8 ' inin (n=90) sürekli olarak ilaç kullandığı, %44.5' inin (n=69) BMI' nin 25-29 arasında olduğu saptandı (Tablo 8). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların kronik hastalık durumu, kabızlık durumu, DM durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve BMI göre üriyer inkontinans durumu karşılaştırıldığında, Üİ şikayetinin kronik hastalığı olan, kabızlık şikayeti olan, DM olan, sürekli ilaç kullanan, BMI 25-29 arasında olan kadınlarda daha fazla olduğu, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.001). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların sık idrar yolu enfeksiyonu sorununa göre üriyer inkontinans durumu incelendiğinde, sık idrar yolu enfeksiyonu yaşamayan kadınlarda üriyer inkontinans durumunun daha fazla görüldüğü belirlendi, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.009). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların sigara kullanma durumuna göre üriyer inkontinans durumu karşılaştırıldığında, sigara kullanmayan kadınlarda üriyer inkontinans görülme durumunun daha fazla olduğu belirlendi, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.142). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların alkol kullanma durumuna göre üriyer inkontinans durumu incelendiğinde, üriyer inkontinans görülme durumunun alkol kullanmayan kadınlarda daha çok olduğu görüldü, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005).

**Tablo 9. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarının Dağılımı (n =246)**

Değişkenler	Menopoz öncesi		Menopoz sonrası		P
	N	%	N	%	
Hipertansiyon	14	7.0	107	53.7	0.001
DM	7	3.5	60	30	0.001
Kronik Kabızlık	1	0.5	16	8	0.001
Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu	2	1	13	6.5	0.003
Troid Hastalığı	3	1.5	8	4.0	0.110
Sık Vajinal Enfeksiyon	1	0.5	4	2.0	0.001
KOAH	0	0	7	3.5	0.008
Parkinson	0	0	3	1.5	0.082



Araştırmaya katılan menopoz öncesi dönemdeki kadınların % 7' sinde (n=14) hipertansiyon, % 3.5 ' inde (n=7) DM, % 0.5' inde (n=1) kronik kabızlık, % 1' inde (n=2) sık idrar yolu enfeksiyonu, % 1.5' inde (n=3) troid hastalığı, % 0.5 ' inde (n=1) sık vajinal enfeksiyonu olduğu saptandı (Tablo 9).

Araştırmaya katılan menopoz sonrası dönemdeki kadınların %53.7'sinde (n=107) hipertansiyon, % 30' da (n=60) DM, % 8' inde (n=16) kronik kabızlık, % 6.5' inde (n=13) sık idrar yolu enfeksiyonu, % 4'ünde (n=8) troid hastalığı, % 2'sinde (n=4) sık vajinal enfeksiyon, % 3.5' inde (n=7) KOAH, % 1.5' inde (n=3) Parkinson hastalığı olduğu saptandı (Tablo 9).

Araştırmaya katılan kadınların menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemde olma durumuna göre kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında, menopoz dönemindeki kadınlarda hipertansiyon (p=0.001), DM (p=0.001), kronik kabızlık (p=0.001), sık idrar yolu enfeksiyonu (0.003), sık vajinal enfeksiyon(0.001), KOAH (p=0.008) hastalığının daha fazla olduğu sonucu istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Çalışmaya katılan kadınların menopoz öncesi ve menopoz sonrası döneme göre kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda troid hastalığı (p=0.110), Parkinson (p=0.082) hastalığının daha fazla görüldüğü bulundu, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

### 4.3.Kadınların Menopoz Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların menopoz özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

**Tablo 10.Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=400)**

Özellikler	N	%
<b>Menopoza Girme Durumu</b>		
Evet	200	50
Hayır	200	50
<b>Menopoza Girme Durumu</b>		
Doğal Yolla	162	81
Cerrahi Yolla	38	19
<b>Menopoza Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	387	96.8
Hayır	13	3.2
<b>Adet Düzensizliklerinin Başlama Durumu</b>		
Evet	398	99.5
Boş	2	0.5
<b>Hormon Tedavisi Alma Durumu</b>		
Evet	42	21.9
Hayır	150	78.1
<b>Hormon Tedavi Süresi</b>		
1-1.5 yıl	32	78.1
2 yıl	8	19.5
3 yıl	1	2.4
<b>Menopoz Süresi</b>		
1-2 yıl	22	11.2
3-5 yıl	51	25.9
6-10 yıl	76	38.7
10 yıl ve üzeri	48	24.2

Tablo 10’ da kadınların menopoz dönemine ilişkin özellikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların % 50’ si (n=200) menopoza girdiğini, % 81’ i (n=162) doğal yol ile menopoza girdiğini, % 19’ u (n=38) cerrahi yol ile menopoza girdiğini, menopoza giren kadınların % 96.8’ i (n=387) menopoz dönemi ile ilgili bilgi aldıklarını, % 99.5’inin (n=398) adet düzensizlikleri yaşadıkları belirlendi (Tablo 10).

Araştırmaya katılan kadınların % 78.1’ i (n=150) hormon tedavisi almadığını, %

21.9'u (n=42) hormon tedavisi aldığını ifade etti. Hormon tedavisi alan kadınların % 78.1'inin (n=32) 1 ile 1.5 yıl arasında hormon tedavisi aldığı saptandı (Tablo 10).

Araştırmaya katılanlarda menopoz süresi 6-10 yıl arasında olan kadınların oranı % 38.7 (n=76), 3-5 yıl arasında olan kadınların oranı % 25.9 (n=51), 10 yıl ve üzerinde olan kadınların oranı % 24.2 (n=48) olarak belirlendi (Tablo 10).



#### 4.4.Menopoz Öncesi ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Üriner İnkontinans Şikayetlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Bu bölümde menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların üriner inkontinans görülme durumlarına ilişkin veriler sunulmuştur.

**Tablo 11.Kadınların Üriner İnkontinans İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=400)**

	Menopoz sonrası		Menopoz öncesi		Toplam		P
	N	%	N	%	N	%	
<b>Üriner inkontinans</b>							
Var	100	50	18	9	118	29.5	0.0001*
Yok	100	50	182	91	282	70.5	
<b>Üriner inkontinans süre (yıl)</b>							
1	13	13	11	61.1	24	20.3	P=0.0001 X <sup>2</sup> =24.037 Sd=3
2-5	41	41	6	33.3	47	39.8	
6-10	25	25	-	-	25	21.2	
11 yıl ve üzeri	21	21	1	5.6	22	18.6	
<b>İdrar kaçırma sıklığı</b>							
Ayda birkaç	48	47.5	15	83.3	63	52.5	P=0.036 X <sup>2</sup> =18.999 Sd=2
Yılda birkaç	5	5	1	5.5	6	5	
Günde	47	46.5	2	11.1	45	41.2	
<b>Ailede (anne/kızkardeş) idrar kaçıran var mı?</b>							
Evet	59	29.5	31	15.7	90	22.7	0.001*
Hayır	141	70.5	166	84.3	307	77.3	

\*Fisher's Exact Test

Araştırmaya katılan menopoz öncesi dönemdeki kadınların %9'unda (n=18) Üİ şikayeti olduğu, menopoz sonrası dönemdeki kadınların% 50'sinde (100) Üİ şikayeti olduğu belirlendi (Tablo 11). Menopoz öncesi dönemdeki kadınların % 61.1'inin (n=11) 1 yıldır idrar kaçırma sorunu yaşadığı, %83.3'ünün (n=15) ayda birkaç kez idrar kaçırdığı, %15.7'sinin (n=31) ailesinde idrar kaçırma şikayetinin olduğu saptandı (Tablo 11). Menopoz sonrası dönemdeki kadınların %41' inin (n=41) 2-5 yıldır idrar kaçırma sorunu yaşadığı, %47.5' inin (n=48) ayda birkaç kez idrar kaçırdığı, %29.5' inde (n=59) ailesinde idrar kaçırma şikayetinin olduğu saptandı (Tablo 11).

Menopoz öncesi dönemdeki ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların üriner inkontinans görülme durumu karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının daha fazla olduğu saptandı (p=0.0001). Yine menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda idrar kaçırma sıklığının daha fazla olduğu bulundu (p=0.036). Kadınların aile öykülerinde üriner inkontinans görülme durumu olanların varlığı karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınların ailesinde üriner inkontinans

durumunun daha fazla görüldüğü, bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.001).

**Tablo 12.UDI-6 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı**

		N	%
1.Sık İdrara Çıkma?	Hiç	5	4.2
	Hafif	64	54.2
	Orta	44	37.3
	Çok	5	4.2
2. Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırma?	Hiç	54	45.8
	Hafif	37	31.4
	Orta	18	15.3
	Çok	9	7.6
3. Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma?	Hiç	5	4.2
	Hafif	50	42.4
	Orta	51	43.2
	Çok	12	10.2
4. Damla damla az miktarda idrar kaçırma	Hiç	78	66.1
	Hafif	33	28.0
	Orta	6	5.1
	Çok	1	0.8
5. İdrar torbanızı boşaltmada güçlük	Hiç	91	77.1
	Hafif	25	21.2
	Orta	2	1.7
	Çok	0	0.0
6. Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?	Hiç	100	84.7
	Hafif	15	12.7
	Orta	3	2.5
	Çok	0	0.0

Tablo 12’ de Kadınların Urogenital Distress Envanteri sorularına verdikleri cevapların dağılımı incelendi. Kadınların %4.2’si (n=5) hiç, %54.2’ si (n=64) hafif, %37.3’ü (n=44) orta, % 4.2’si (n=5) çok sık idrar kaçırdığını belirtti.

Kadınların “birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırma?” sorusuna verilen cevapların dağılımına bakıldığında ,%45.8’ i (n=54) hiç, %31.4’ü (n=37) hafif, % 15.3’ü (n=18) orta, %7.6’sı (n=9) çok olarak durumunu belirtti (Tablo 12).

Kadınların “Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma?” sorusuna verdiği cevapların dağılımına bakıldığında, %4.2’sinin (n=5) hiç, %42.4’ünün (n=50) hafif, % 43.2’sinin (n=51) orta, %10.2’sinin (n=12) çok yanıtını verdiği saptandı (Tablo 12).

Kadınların “Damla damla az miktarda idrar kaçırma?” sorusuna verdiği cevapların dağılımına bakıldığında, %66.1’inin (n=78) hiç, %28.0’ının (n=33) hafif, %5.1’inin (n=6) orta, %0.8’inin (n=1) çok yanıtını verdiği görüldü (Tablo 12).

Kadınların “İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?” sorusuna verdikleri cevapların dağılımına bakıldığında, %77.1’inin (n=91) hiç, % 21.2’sinin (n=25) hafif, %1.7’sinin (n=2) orta, %0.0’ının (n=0) çok şeklinde yanıt verdikleri belirlendi (Tablo 12).

“Karnızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?” sorusunu kadınların; %84.7’si (n=100) hiç, % 12.7’si (n=15) hafif, % 2.5’i (n=3) orta, % 0.0’ı (n=0) çok olarak yanıtladılar (Tablo 12).

**Tablo 13.UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalaması**

	N	Min	Mak	X	±SS
UDI-6 Toplam Puanı	118	5.55	77.70	26.01	13.76
UDI- 6 İritatif/urge semptomlar	118	0.00	99.90	37.67	22.35
UDI -6 Stres semptomlar	118	0.00	99.90	33.30	17.14
UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	118	0.00	49.95	7.06	13.13

Araştırmaya kapsamına alınan kadınların UDI-6 ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında UDI-6 İritatif/urge semptomlar puanı ortalaması 37.67±22.35; UDI -6 Stres semptomlar puanı ortalaması 33.30±17.14; UDI- 6 obstruktif /rahatsız edici semptomlar puanı ortalaması 7.06±13.13; UDI- 6 toplam puanı ortalaması 26.01±13.76 olarak saptandı (Tablo 13).

**Tablo 14.UDI-6 Ölçeğinin Alt Boyutlarına Göre Semptom Dağılımı**

	N	%
UDI- 6 İritatif/urge semptomlar	78	65.5
UDI -6 Stres semptomlar	78	65.5
UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	14	11.8

UDI-6 ölçeği alt boyutları incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların urge semptomlarını %65.5, stres semptomlarını %65.5, obstruktif semptomları %11.8 oranında yaşadıkları saptandı (Tablo 14).

**Tablo 15.Üriner İnkontinanslı Kadınların Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulgularının Dağılımı (n=119)**

Özellikler	N	%
<b>Doktora Başvurma Durumu</b>		
Evet	40	33.6
Hayır	79	66.4

Kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde %33.6' sının (n=40) doktora idrar kaçırma şikayeti ile başvuru yaptığı saptandı (Tablo 15).

**Tablo 16. Üriner İnkontinanslı Kadınların Doktora Başvurmama Nedenleri (n=80)**

Nedenler	N	%
Hastalık olarak düşünmeme	50	62.5
Rahatsız olmama	16	20
Muayene olmaktan çekinme	12	15
Yaşla birlikte idrar kaçırmayı normal kabul etme	2	2.5

Üriner inkontinansı olan kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde; %62.5' nin (n=50) üriner inkontinansı hastalık olarak düşünmedikleri, %20'sinin (n=16) bu durumdan rahatsız olmadıkları, %15' nin (n=12) muayene olmaktan çekindikleri, %2.5' nin (n=2) yaşla birlikte idrar kaçırmayı normal olarak kabul ettikleri belirlendi (Tablo 16).

**Tablo 17. Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Aldığı Önlemler (n=115)**

	N	%
<b>Aldığı Önlemler</b>		
Gün içinde alınan sıvıyı azaltma	46	40
Ped, bez vb kullanma	26	22.6
Sık sık tuvalete gitmek	30	26.1
Kegel egzersizleri yapmak	9	7.8
Diğer (ilaç kullanmak ,bitkisel ilaç kullanmak, dua etmek)	4	3.5

Araştırmaya katılan kadınların üriner inkontinansa yönelik aldıkları önlemler incelendiğinde; gün içinde alınan sıvıyı azaltma oranı %40 (n=46), sık sık tuvalete gitme oranı %26.1 (n=30), ped, bez vb. kullanma oranı % 22.6 (n=26) olarak saptandı (Tablo 17).

#### 4.5. Menopoz Öncesi Ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinansa Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyonla İncelenmesi

Bu bölümde menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansa etki eden risk faktörleri lojistik regresyonla incelenerek elde edilen bulgular tablo olarak verilmiştir.

**Tablo 18. Üriner İnkontinansı etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi**

	<b>B</b>	<b>OR</b>	<b>%95 GA</b>	<b>P</b>
<b>Constant</b>	<b>-4,884</b>	<b>0,008</b>		<b>0,0001</b>
<b>Yaşınız</b>				
40-49 yaş		1,0		
50-64 yaş	1,302	3,676	1,914-7,061	<b>0,0001</b>
<b>Vücut Kitle indeksi</b>				
18,5-24,9		1,0		
25,0-29,9	1,785	5,961	0,717-49,579	0,099
30,0-39,9	3,238	25,473	2,655-244,409	<b>0,005</b>
<b>Sık idrar yolu Enfeksiyonu</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	1,620	5,051	0,902-28,294	0,065
<b>Diyabetes Mellitus</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	2,087	8,063	3,660-17,762	<b>0,0001</b>
<b>Vajinal doğum</b>				
0 doğum		1,0		
1-3 doğum	0,300	1,350	0,506-3,602	0,549
4 ve üzeri doğum	1,985	7,282	1,674-31,677	<b>0,008</b>
<b>Konstipasyon</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	1,249	3,487	1,683-7,223	<b>0,001</b>
<b>Genetik yatkınlık</b>				
Yok (0)		1,0		
Var (1)	0,893	2,442	1,246-4,787	<b>0,009</b>

Tablo 18’de üriner inkontinansı etkileyen risk faktörleri incelendiğinde; 50-64 yaş grubunda üriner inkontinans görülme oranı 3,67 kat fazla görülmektedir, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0001). Obez olan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı 25,47 kat fazla olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005). Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu, histerektomi geçirme durumu üriner inkontinans için risk faktörü olarak bulunmadı. Konstipasyon sorunu olan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı 3 kat daha fazla bulundu, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.001). DM hastalığı



olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme oranı 8 kat fazla bulundu, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.0001$ ). Vajinal doğum sayısı 4 ve üzeri olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme sıklığı 7,28 kat fazla bulundu, sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.008$ ). Anne veya kız kardeşinde üriuer inkontinans olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme oranının 2,44 kat fazla olduğu saptandı sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0.009$ ), (Tablo 18).



#### 4.6 Menopoz Dönemindeki Kadınların Üriner İnkontinansa İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Bu bölümde menopoz dönemindeki kadınların üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesine ilişkin bulgular tablolar halinde incelendi.

**Tablo 19. Üriner İnkontinansa Özgü Yaşam Kalitesi Bulgularının Dağılımı**

Yaşam Kalitesi Boyutları	Yaşam Kalitesi Seviyesi	N	%
Davranışların Sınırlandırılması	Düşük	2	1.7
	Orta	56	47.5
	Yüksek	60	50.8
Psikososyal Etkilenme	Düşük	0	0.0
	Orta	3	2.5
	Yüksek	115	97.5
Sosyal İzolasyon	Düşük	3	2.5
	Orta	4	3.4
	Yüksek	111	94.1

Tablo 19’ da kadınların yaşam kalitesi dağılımı hesaplanırken, verilen cevaplar;

- 1 - 2,33 düşük
- 2,34 – 3,66 orta
- 3,67 – 5 yüksek olarak sınıflandırıldı.

Araştırmaya katılan üriner inkontinanslı kadınların yaşam kaliteleri genel olarak yüksek çıktığı görüldü (Tablo 19).

**Tablo 20. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda I-QOL Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	N	Min	Mak	$\bar{x}$	$\pm SS$
Davranışların Sınırlandırılması	118	32,50	100.00	74.28	12.05
Psikososyal Etkilenme	118	51.11	100.00	93.35	9.14
Sosyal İzolasyon	118	32.00	100.00	88.47	12.00
I-QOL Toplam Puan	118	40.91	100.00	85.31	9.97

Tablo 20’ de üriner inkontinanslı kadınlara yapılan I-QOL ölçeği ve alt ölçeklerinin skorları görülmektedir. I-QOL toplam puan ortalaması  $85.31 \pm 9.97$  olarak bulundu.

**Tablo 21.I-QOL Ölçeği İle UDI-6 Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi**

		<b>I-QOL Toplam Puan</b>	<b>Davranışların Sınırlandırılması</b>	<b>Psikososyal Etkilenme</b>	<b>Sosyal İzolasyon</b>
<b>UDI-6 Toplam Puanı</b>	Kor. katsayısı	-0,685	-0,686	-0.593	-0.623
	P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001
<b>UDI- 6 İritatif/urge semptomlar</b>	Kor. katsayısı	-0,647	-0,656	-0,553	-0.574
	P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001
<b>UDI -6 Stres semptomlar</b>	Kor. katsayısı	-0.585	-0,622	-0,469	-0,538
	P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001
<b>UDI- 6 Obstruktif /rahatsız semptomlar</b>	Kor. katsayısı	-0,292	-0,230	-0,316	-0,284
	P	0.001	0.012	0.0001	0.002

Tablo 21’ de Korelasyon katsayısının, mutlak deger olarak; 0,90- 1,00 arasında olması çok yüksek, 0,70-0,89 arasında olması yüksek, 0,50-0,69 arasında olması orta, 0,26-0,49 arasında olması zayıf, 0,00-0,25 arasında olması ise çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu şeklinde tanımlandı. UDI-6 Toplam puanı ile I-QOL ölçeği toplam puanları arasında orta dereceli negatif yönlü bir ilişki saptandı. Yaşam kalitesi arttıkça UDI-6 ‘da artmaktadır (Tablo 21).

## 5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans orta yaş ve ileri yaş grubu kadınlarda sık karşılaşılan bir durumdur ve çoğu kadının yaşam kalitelerini de olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Lopez ve ark., 2012, Legendre ve ark., 2013, Waetjen ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada 45-55 yaş arasındaki kadınların yaklaşık %45'inin ayda birkaç kez, %15'inin günlük idrar kaçırma sorunu yaşadıkları bildirilmektedir (Waetjen ve ark., 2008).

Üriner inkontinans tiplerinden stres üriner inkontinans Türkiye'de kadınların %16-25.8'ini etkilemektedir. Stres üriner inkontinans prevalansı 50 yaştan önce daha sık görülürken, 50 yaş sonrası urge ve miks inkontinans artmaktadır (Özerdoğan ve ark., 2004, Koçak ve ark., 2005, Biri ve ark., 2006). Üriner inkontinans ile ilgili risk faktörleri arasında menopoza bildirilmekle birlikte menopozun üriner inkontinans üzerine etkisi hala tartışmalıdır.

Çalışmamız menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlanmış ve araştırma sonucundan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1. Menopoz Öncesi ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Demografik, Obstetrik, Jinekolojik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %9 iken, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %50 olarak bulundu. Tüm kadınlara baktığımızda üriner inkontinans prevalansı %29.6 olarak bulundu. Özcan ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınların %62'sinin üriner inkontinans şikâyeti olduğu görülmüştür. Buna benzer diğer çalışmalarda menopoza giren kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığında artış olduğu belirlenmiştir (Demirci ve ark., 1999, Luna ve ark., 2000, Eroğlu ve Kocaöz 2002, Kuliyeve 2007, Öztürk ve ark., 2012, Terzi ve ark., 2013, Özcan ve ark., 2013, Baykuş 2016). Bu çalışmaların bizim çalışma sonucumuzla paralel olduğu görülmektedir. Bu bulguların tersine bazı araştırmalarda menopoz ile üriner inkontinans görülme durumu arasında ilişki bulunamamıştır (Güneş ve ark., 2000, Thomas ve ark. 1980, Peyrat ve ark. 2002, Velazquez ve ark. 2007.).

### Yaş

Üriner inkontinansın yaşla birlikte artmasına rağmen her yaş grubunda görüldüğü bildirilmektedir (Elving ve ark., 1989, Güneş ve ark., 2000, Özerdoğan 2003, Ekin ve ark., 2004, Kök 2005, Akgün 2009, Tozun ve ark., 2009). Menopoz ile üriner inkontinans

arasındaki ilişkinin kadınların menopoza girme zamanına bağlı olduğu bildirilmektedir. İlk birkaç yıl içinde östrojen hormonundaki azalmanın etkileri gözle görülür şekilde uyarı vermemektedir. Fakat yaşı artması ile birlikte menopoz süresinin de artması sonucu östrojen hormonunun azalmasına bağlı etkilerin görülmeye başladığı ve üriner inkontinans görülme durumunun arttığı bildirilmektedir (Thom ve Brown, 1998, Bozkurt ve ark., 2007, Zhu ve ark., 2009, Lopez ve ark., 2012, Legendre ve ark., 2013, Woods ve ark., 2013).

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların yaş ortalaması  $46 \pm 2.45$ , menopoz sonrası dönemdeki kadınların yaş ortalaması  $56 \pm 5.04$  olarak bulundu. Menopoz öncesi dönemdeki kadınlar yaş gruplarına göre Üİ şikayetleri açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p=0,536$ ) (Tablo 3). Ancak menopoz sonrası dönemdeki kadınlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldıklarında 50-64 yaş grubu kadınların daha fazla Üİ şikayeti sorunu yaşadıkları saptanmış olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p= 0,008$ ) ( Tablo 6).

Öztürk ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada 50-64 yaş arası kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %54.7 olarak saptandı. Bu bulgulara paralel olarak bizim çalışmamızda 50-64 yaş grubu kadınlarda Üİ görülme oranı %53,4 olarak bulundu.

Lopez ve ark. (2012) İspanya' da 40-59 yaş arası 1739 menopozal dönemdeki kadınla yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %26 bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda 40-49 yaş grubu menopozal kadınlarda Üİ görülme oranı %25 oranında bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda; Güneş ve ark. (2000) 20 yaş ve üzeri 459 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada 35-49 yaş grubunda üriner inkontinans prevalansını %54.5, 50-64 yaş grubunda %73.1 oranında belirlenmiştir. Oskay ve ark. (2005) 50 yaş üzeri 500 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada üriner inkontinans oranını %68.8 olarak, Güler (2006) üriner inkontinans oranını; 35-44 yaş arasındaki kadınlarda %31.9, 45 yaş ve üzeri grupta üriner inkontinans oranını %16.2 olarak, Filiz ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmalarında 45 yaş üzeri kadınlarda Üİ görülme oranını % 43.9, Akgün (2009) 40 yaş ve üstü 435 kadında üriner inkontinans oranını %48.3 olarak belirtmişlerdir.

### **Eğitim Durumu**

Kadının eğitim durumu ve çalışması, sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi ve davranış kazanmasında etkilidir. Çalışmamızda menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça üriner inkontinans görülme durumunun azaldığı görülmüştür (Tablo 6). Ancak menopoz öncesi dönemdeki kadınlar eğitim durumlarına göre Üİ şikayetleri açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p=0,063$ )

(Tablo 3). Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların Üİ şikayetinin az olmasından dolayı sonucun etkilendiği düşünülmektedir.

Literatüre baktığımızda, eğitim durumu ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Benlioğlu (2006), Lopez ve ark. (2012) ile Woods ve arkadaşlarının (2013) menopoz dönemindeki kadınlarda yaptıkları çalışmalarında eğitim durumu arttıkça üriner inkontinans görülme oranının azaldığını saptamaları bu çalışma sonucu ile uyumludur. Bu çalışmanın aksine eğitim durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalarda mevcuttur (Kocaöz 2001, Kök 2005, Akgün 2009).

### **Çalışma Durumu**

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların çalışma durumuna göre Üİ görülme durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ( $P=0,358$ ) (Tablo 3). Ancak menopoz sonrası dönemdeki kadınların çalışma durumuna göre Üİ şikayetlerine bakıldığında çalışmayan kadınlarda Üİ şikayetleri daha fazla olup sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,002$ ).

Literatürde çalışma durumu ile üriner inkontinans görülme durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Akgün (2009) yaptığı çalışmasında çalışma durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır. Bu çalışmanın aksine Lopez ve ark. (2012) ve Woods ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmalarında menopoz dönemindeki kadınlarda çalışma durumunu Üİ risk faktörü olarak saptamamışlardır.

### **Gelir**

Gelir durumunun iyi olması ve sağlık hizmetlerine ulaşım açısından ikamet edilen yerler kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen önemli faktörlerdendir. Çalışmamızda Tablo 3'de menopoz öncesi dönemdeki kadınlar gelir durumlarına göre karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı buna karşılık menopoz sonrası dönemdeki kadınların gelir durumu ile üriner inkontinans durumları incelendiğinde gelir durumu orta-iyi olanlarda, gelir durumu düşük olanlara göre üriner inkontinans sıklığının fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Literatürde gelir durumu ile üriner inkontinans görülme durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Van Oyen ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada gelir durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Akgün (2009) yaptığı çalışmasında gelir durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

## **İkamet**

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların yaşadıkları yer ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki olmadığı buna karşılık menopoz sonrası dönemdeki kadınların ikamet adreslerine göre Üİ görülme durumu karşılaştırıldığında Üİ'nin en fazla köyde yaşayan kadınlarda olduğu saptandı (Tablo 3, Tablo 6). Şehirde yaşayanların Üİ sıklığının daha düşük olması, muhtemelen kadınların hastane hizmetlerine daha kolay ulaşmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çiftçi (2009) yaptığı çalışmasında kadınların %75.5'inin kentte, %24.5'inin kırsal kesimde yaşadığını, kentte yaşayan kadınların %39.5'inde Üİ olduğunu, kırsal kesimde yaşayan kadınlarda %27.9'unda Üİ görüldüğünü belirtmiş, üriner inkontinans görülme sıklığı açısından yerleşim yerleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

## **Kadınların Obstetrik Ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

### **Doğum Sayısı**

Kadınların doğurganlık özellikleri ile ilgili bazı özelliklerinin Üİ'ye neden olan faktörler arasında olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda tablo 4' de menopoz öncesi dönemdeki kadınların doğum sayısına göre Üİ şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $P=0,052$ ). Fakat menopoz sonrası dönemdeki kadınlar doğum sayısına göre karşılaştırıldıklarında doğum sayısı 4 ve üzerinde olan kadınların daha fazla Üİ şikayeti sorunu yaşadıkları saptanmış olup, sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ( $P=0,000$ ) (Tablo 7). Ushiroyama ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada doğum sayısı ile üriner inkontinans görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmamıza benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da paritenin Üİ riskini artırdığı, nulliplarlarda üriner inkontinans görülme sıklığının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Milsom ve ark., 1993, Thom ve Brown, 1998, Demirci ve ark., 1999, Kocaöz ve Eroğlu, 2002, Kim ve ark. 2006, Bozkurt ve ark., 2007, Hermann ve ark., 2008, Terzi ve ark., 2013, Özcan ve ark., 2014, Işıklı ve ark., 2011). Doğum sayısı arttıkça kadınlarda pelvik kaslarda gevşemeler ve meydana gelen zedelenmeler üriner inkontinansa zemin hazırlamaktadır. Kadınlara pelvik taban kas egzersizlerini nasıl yapacakları, hangi sıklıkla yapacakları öğretilmeli ve egzersize devam etmeleri konusunda teşvik etmek hemşirelerin ve ebelerin en önemli sorumluluklarıdır.

## **Gebelik Sayısı**

Çalışmamızda tablo 4’de menopoz öncesi dönemdeki kadınların gebelik sayısına göre Üİ şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (P=0,066). Ancak tablo 7’de menopoz sonrası dönemdeki kadınlar gebelik sayısına göre karşılaştırıldıklarında gebelik sayısı 4 ve üzerinde olan kadınların daha fazla Üİ şikayeti sorunu yaşadıkları saptanmış olup, sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (P=0,000).

Kocaöz ve Eroğlu (2002) yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ile stres üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuşlardır.

## **En Son Doğum Şekli**

Gebelik ve vajinal doğumun, mesane boyu ve üretrayı destekleyen dokuların yapılarında hasara yol açması nedeniyle vajinal doğumun sezaryan doğuma göre kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının daha fazla arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Thomas ve ark., 1980, Rortveit ve ark., 2003, Kocaöz ve Eroğlu, 2009, Terzi ve ark., 2013). Özerdoğan (2003) yaptığı çalışmasında vajinal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans riskinin 2 kat fazla olduğunu belirtmiştir.

Bizim çalışmamızda menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda en son doğum şekli ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla p=0,36, p=0,278), (Tablo 4, Tablo 7). Bizim çalışmamıza paralel olarak normal doğum ile sezaryen doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski açısından anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar vardır (Koçak ve ark., 2005, Altman ve ark., 2006, Akgün 2009, Kara ve Şentürk, 2010).

## **En Ağır bebek kilosu**

İri bebek doğurmak kadınlarda pelvik sinirlerin hasar görmesine ve pelvik taban kaslarının zayıflamasına neden olması nedeniyle üriner inkontinans görülme riskini artırır (Bump ve McClish, 1994, Dinç 2016 ).

Çalışmamızda menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda iri bebek doğurma ile üriner inkontinans arasında ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,000, p=0.004). Çalışmamıza benzer olarak iri bebek doğurma ile üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki bulan çalışmalar vardır (Ünsal ve ark., 2013, Özcan ve ark., 2014, Özcan ve



ark., 2014). Çalışmamızın aksine Bilgili ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada iri bebek doğurma ile Üİ arasında bir ilişki bulamamıştır.

### **Epizyotomi**

Literatürde epizyotominin üriner inkontinans görülme riski üzerine etkisi tartışmalıdır. Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların epizyotomi durumuna göre Üİ şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p=0,574$ ),  $p=0,397$ ).

Bilgili ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarında epizyotomi açılma durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmeleri bu çalışma sonucu ile uyumludur. Bizim çalışmamızın aksine Skoner ve ark (1994) yaptıkları çalışmada epizyotomi uygulamasının stres üriner inkontinans görülme riskini 3 kat daha fazla arttırdığı bulmuşlardır. Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin yaptıkları çalışmada epizyotominin stres üriner inkontinans görülme oranını azalttığı saptanmıştır.

### **Jinekolojik Operasyon**

Geçirilmiş jinekolojik operasyonların üretral doku hasarına yol açarak stres üriner inkontinans görülme oranını artırdığı düşünülmektedir (Kızılkaya ve ark., 1999). Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınların ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların jinekolojik operasyon durumuna göre Üİ şikayetleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p=0.090$ ,  $p=0.184$ ). Bizim çalışmamızda jinekolojik operasyon geçiren kadınların sayısının az olması çalışma sonucunu etkilemiş olabilir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Güneş ve ark. (2000) çalışmasında da jinekolojik ameliyat geçirmiş kadınlarla, geçirmemiş olan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bizim çalışmamızın aksine Kızılkaya ve ark (1999)'nin yaptıkları çalışmada jinekolojik operasyon geçirmenin stres üriner inkontinans için risk faktörü olduğu saptanmıştır.

### **Menopoz öncesi ve Menopoz sonrası Dönemdeki Kadınların Sağlık Durumu ve Kişisel Alışkanlıklarının Tartışılması**

#### **Kabızlık Durumu**

Kabızlık durumu karın içi basıncı artırarak üriner inkontinans görülme oranını artırabilir. Tekrarlayan ve uzamış ıkınma ile oluşan kronik kabızlıkta pudental sinirde meydana gelebilecek hasara bağlı olarak inkontinans gelişebilmektedir (Onur ve Bayrak,

2015) Çalışmamızda tablo 5' de menopoz öncesi dönemdeki kadınların ve tablo 8' de menopoz sonrası dönemdeki kadınların kabızlık durumuna göre Üİ görülme sıklığına bakıldığında Üİ'in kabızlığı olan kadınlarda daha fazla görüldüğü, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ).

Yapılan çalışmalarda uzun süreli konstipasyonu olan kadınlarda Üİ görülme sıklığı konstipasyon sorunu olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunması bu çalışma sonucu ile uyumludur (Güneş ve ark., 2000, Zhu ve ark., 2008, Çifçi ve Günay, 2011, Baykuş 2016).

### **Diyabetes Mellitus**

Literatürde Diyabetes Mellitus (DM) hastalığı olan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranında artış bulunmuştur (Güneş ve ark., 2000, Santos ve ark., 2006, Öztürk ve ark., 2012, Ahmed ve ark., 2013, Serttaş ve ark., 2016).

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların DM durumlarına göre Üİ şikayetlerine bakıldığında, Üİ şikayeti DM olan kadınlarda daha fazla görülmekte olup sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ). Çalışma sonucumuz literatür ile uyumludur.

### **Sık İdrar yolu Enfeksiyonu**

Kadınlarda sık idrar yolu enfeksiyonları sıklıkla görülmektedir. Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmek istemsiz detrusor kas kontraksiyonlarının stimülasyonuna sebep olduğu için üriner intontinans görülme sıklığını artırmaktadır (Ünsal ve ark., 2013).

Çalışmamızda Tablo 5' de menopoz öncesi dönemdeki kadınların sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarına göre Üİ görülme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı buna karşılık menopoz sonrası dönemdeki kadınların Üİ görülme durumları karşılaştırıldığında sık idrar yolu enfeksiyonu olan kadınlarda Üİ'in daha fazla görüldüğü, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.009$ ,  $p=0,172$ ).

Yapılan bazı çalışmalarda sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığında artış bulunmuştur (Santos ve ark., 2006, Yalçın ve ark., 2011, Ünsal ve ark., 2013, Baykuş, 2016). Lopez ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans ile üriner enfeksiyon arasında bir ilişki bulamamıştır.

### **Sigara**

Sigara kullanımının kadınlarda östrojen seviyesini düşürdüğü ve endokrin sistemini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir Sigara içenlerde gelişen sık öksürük nedeniyle pelvik

taban kaslarında harabiyet gelişmesi ve karın içi basınçta artma görülmesi üriner inkontinans görülme riskini artırır (Skonner ve ark., 1994, Parazzini ve ark. 2003).

Çalışmamızda Tablo 5’ de menopoz öncesi dönemdeki ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların sigara kullanma durumuna göre Üİ şikayetleri incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p=0,085$ ,  $p=0.142$ ).

Literatürde sigara kullanan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının arttığını belirten çalışmalar mevcuttur (Abrams ve ark., 2002, Danforth ve ark., 2006, Hsieh ve ark., 2007, Lesniczak ve ark., 2007, Akıncı 2009, Çiftçi ve Günay, 2011, Ahmed ve ark., 2013). Bu çalışmaların aksine sigara kullanımı ile üriner inkontinans arasında bir ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur. (Güneş ve ark., 2000, Özerdoğan 2003, Akgün 2009, Ozkan ve Sapmaz, 2014). Bizim çalışmamızda sigara içmek üriner inkontinans için risk faktörü olarak bulunmamıştır.

### **Alkol**

Çalışmamızda menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların alkol kullanma durumuna göre Üİ şikayetleri incelendiğinde, alkol kullanma durumu ile Üİ şikayetleri arasında anlamlı bir ilişki bulundu ( $p=0,010$ ,  $p=0,005$ ), (Tablo5, Tablo 8).

Alkol kullanımı mesane irritasyonuna sebep olduğu için Üİ görülme riskini artırmaktadır (Dinç ve Beji, 1997). Bu çalışmanın aksine Akgün (2009) yaptığı çalışmada alkol kullanma durumu ile Üİ gelişme riski açısından anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur.

### **Sürekli İlaç Kullanımı**

Antihipertansifler, antiparkinson, kafein, diüretikler, troid hormon ilaçları, antidepresan gibi ilaçlar Üİ görülme riskini artırmaktadır (Dinç ve Beji, 1987, Ateşkan 2004, Akgün 2009).

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda sürekli ilaç kullanma ile Üİ görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo5, Tablo 8). Menopoz öncesi dönemdeki ve menopoz sonrası dönemdeki sürekli ilaç kullanan kadınlarda (antihipertansif, diüretik ve DM ilaçları) Üİ şikayetinin artmış olduğu gözlemlendi ( sırasıyla  $p=0,002$ ;  $p=0,000$ ).

Özdemir (2009) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza paralel olarak sürekli olarak ilaç kullanma durumu ile Üİ arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. Ayrıca Öztürk ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada diüretik kullanma durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir.

## **Kronik Hastalık Durumu**

Hipertansiyon, diyabet ve KOAH gibi hastalıklarda üriner disfonksiyon gelişebilir (Santos ve ark., 2006). Çalışmamızda kadınların menopoz öncesi ve menopoz olma durumuna göre kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda hipertansiyon ( $p=0.000$ ), DM ( $p=0.000$ ), kronik kabızlık ( $p=0.000$ ), sık idrar yolu enfeksiyonu (0.003), KOAH ( $p=0.008$ ) hastalığının daha fazla olduğu saptanmış olup, sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 9).

Santos ve ark (2006) yapmış oldukları çalışmada hipertansiyon ve diabetes mellitus hastalıklarını üriner inkontinans için risk faktörü olarak bildirmişlerdir. Zue ve ark (2008) çalışmalarında hipertansiyonu üriner inkontinans için risk faktörü olarak bulmuştur. Yapılan çalışmalarda DM hastalığı olan orta yaş kadın grubunda üriner inkontinans görülme riskinin arttığı belirtilmektedir (Sampsella ve ark., 2002, Brown ve ark., 2003, Kim ve ark., 2006). Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur.

**Kronik kabızlığın**, pelvik taban kaslarında hasara ve mesane üzerinde basınca neden olarak üriner inkontinansa neden olacağı düşünülmektedir (Skonner ve ark., 1994, Parazzini ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda menopoz öncesi dönemdeki kadınlara göre kabızlık şikâyeti olanlarda daha fazla oranda Üİ şikayeti görüldüğü saptandı ve sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu. Çalışmamız literatür bulguları ile uyumlu bulunmuştur (Swanson ve ark., 2005, Zhu ve ark., 2008, Ünsal ve ark., 2013).

## **Obezite**

Obezitenin karın içi basıncı artırdığı ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak üriner inkontinansa neden olduğu düşünülmektedir (Özdemir ve ark., 2006, Schorsch ve ark., 2007, Hunskaar 2008, Akın ve ark., 2015).

Literatürü incelediğimizde, BKİ arttıkça Üİ görülme sıklığı artmaktadır (Ateşkan ve ark., 2000, Benlioğlu 2006, Güler 2006, Acar 2007, Markland 2011, Akın ve ark., 2015). Orta yaş grubundaki kadınlarla yapılan bazı çalışmalarda obez kadınlarda üriner inkontinans görülme oranında artış olduğunu belirtmeleri bizim araştırma sonucumuz ile uyumludur (Chiarelli ve ark., 1999, Kuh ve ark., 1999, Kim ve ark., 2006, Lopez ve ark., 2012). Bununla birlikte, bu çalışmalara karşıt bir görüş olarak bazı çalışmalarda Üİ ile obezite arasında anlamlı ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Peyrat ve ark., 2002, Koçak ve ark., 2005).

## **5.2.Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Tartışılması**

Menopoza girme yaşı toplumdaki topluma değişiklik göstermektedir. Gelişmiş toplumlarda çeşitli çevresel etkilerin bu yaşı etkilediği kabul edilmektedir. Avrupa ülkelerinde menopoza giriş yaşı 50-52 yaş civarındadır (Kaya ve ark., 2007, Dratva ve ark., 2009). Ülkemizde bu yaş 48-49 civarındadır (TNSA 2013). Çalışmamızda kadınların menopoza girme yaşı 48 olarak belirlendi. Demir (2012) yaptığı çalışmada kadınların %73.5' inin menopoza girme yaşlarının 44-49 yaş arasında olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda kadınların %81'inin doğal yol ile %19'unun ise cerrahi yol ile menopoza girdiği bulunmuştur (Tablo 11).

Araştırmamıza benzer şekilde Avcı'nın (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların %86.7' sinin doğal yolla menopoza girdiği bulunmuştur. Bezircioğlu ve ark. (2004) yaptığı çalışmada kadınların %8.2' sinin cerrahi menopozda olduğu saptamıştır. Bayram ve ark. (2002) Kırıkkale il merkezinde yaşayan 120 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %10'unun cerrahi yolla menopoza girdiğini bulmuşlardır.

### **Hormon Tedavisi Alma Durumu ve Süresi**

Günümüzde menopoz ve tedavisi oldukça güncel ve tartışmaların sürdüğü bir konudur. Hormon Replasman Tedavisi yaşam süresini ve kalitesini artırmaktadır ve menopozun neden olduğu yakınmaların çoğunun giderilmesini sağlamaktadır. Fakat günümüzde ve ülkemizde HRT alan kadınların oranı oldukça düşüktür, bu oran gelişmiş ülkelerde %30 civarındadır (Dennerstein 1996). Bu çalışmada kadınların %21.9'unun hormon tedavisi aldığı, bu kadınların %78.1' nin 1-1.5 yıl boyunca hormon tedavisi kullandığı tespit edildi (Tablo 10). Çalışmamıza benzer olarak Avcı (2013) yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %21.7' sinin hormon tedavisi aldığını saptamıştır. Akgün (2009) çalışmada kadınların büyük bir bölümünün (%74.8) menopozal dönemde HRT almadıklarını bulmuştur.

Kara ve Şentürk (2010) yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda HRT kullananlarda üriner inkontinans görülme oranında azalma olduğunu saptamışlardır.

Legendre ve ark. (2013) Fransa' da 45-60 yaş arası kadınlarda yaptıkları çalışmada oral HRT alan kişilerde SÜİ semptomlarının arttığını ancak, topikal vajinal uygulamaların aşırı aktif mesane semptomlarını iyileştirdiğini bildirmiştir.

### **5.3. Menopoz Öncesi Ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Üriner İnkontinans Şikayetlerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

#### **Üİ Görülme Oranı**

Çalışmamızda 40 yaş üzeri kadınlarda Üİ prevalansı %29.6 olarak bulundu. Menopoz öncesi dönemde Üİ prevalansı % 9 iken, menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ prevalansı % 50.0 idi. Çalışma sonucu istatistiksel olarak da anlamlı bulundu (Tablo 11), (p=0.000). Bu sonuç bize menopozun Üİ gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Karan ve ark. (2000) menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ görülme oranını %50, menopoz öncesi kadınlarda %21 olarak bulmuştur. Kocaöz (2001), menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ oranını % 60.6, menopoz öncesi kadınlarda % 38,6 olarak saptamıştır. Kara ve Şentürk (2010) yaptıkları çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda Üİ görülme oranını %45.3 olarak bulmuştur.

Çalışmamızda menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların Üİ şikayetinin başlama yılları karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınların menopoz öncesi döneme göre 2-5 yıldan daha fazla Üİ şikayetleri olduğu saptandı ve sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.000). Yine aynı zamanda çalışmamızda idrar kaçırma sıklığı açısından her iki grup karşılaştırıldığında, menopoz sonrası dönemdeki kadınların daha sık idrar kaçırdıkları saptandı (P=0.0036).

Kök ve ark. (2006) yaptıkları çalışmalarında kadınların üriner inkontinansı en fazla 1-8 yıldır yaşadıklarını, Akgün (2009) yaptığı çalışmasında kadınların %61.8'inin üriner inkontinans görülme durumunu 2 yıl ve daha fazla yaşadığını, Demir (2012) yaptığı çalışmasında üriner inkontinansı olan kadınların %24.3'ünün 1 yıldır idrar kaçırdığını saptamışlardır.

#### **Ailede İdrar Kaçırma Öyküsü**

Literatürde genetik yatkınlığın Üİ görülme riskini artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur (Kocaöz 2001, Kök 2005, Güler 2006, Akgün 2009, Demir 2012).

Çalışmamızda kadınların ailesinde idrar kaçırma öyküsü incelendiğinde; menopoz sonrası dönemdeki kadınların menopoz öncesi dönemdeki kadınlara göre daha fazla oranda aile öyküsüne sahip oldukları saptandı ve sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu (Tablo 5, Tablo 8), (p=0.011, p=0.001). Çalışma sonucumuz literatürle paraleldir.

## **UDI-6 (Uriner Distress Inventory) Ölçeğinin Alt Boyutlarının Tartışılması**

Çalışmamızda urge semptomları %65.5, stres semptomları %65.5, obstruktif semptomlar %11.8 oranında saptandı. Çalışmamızda UDI-6 ölçeğinden alınan toplam puan 26.01 dir (Tablo 14). Formun toplam skoru 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. UDI-6' den alınan puanın düşük olması yaşam kalitesinin arttığına göstergesidir. Çalışmamızda kadınların yaklaşık ¼ ü Üİ semptomlarından olumsuz etkilenmektedir. Bu durum kadınların Üİ'yi çok fazla önemsemediklerinin bir göstergesidir.

UDI-6 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda semptomların dağılımları incelendiğinde stres inkontinans görülme oranının ilk sırada bulunması bu çalışma sonucu ile uyumludur (Hagglund ve ark., 2001, Peyrat ve ark., 2002, Parazzini ve ark., 2003, Araki ve ark., 2005, Koçak ve ark., 2005, Özdemir 2009). Bu bulgulardan farklı olarak Kara ve Şentürk (2010) yaptıkları çalışmada kadınlarda çoğunlukla Miks Üİ (%64.3'ünde), sonra Stres Üİ (%23.5) ve Urge inkontinans (%12.2) görüldüğünü saptamışlardır.

Zhu ve arkadaşları (2008) Çin' de yaptıkları çalışmada menopoza girenlerde stres üriner inkontinansın sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ushiroyama ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada kadınların% 64.9' unda SÜİ, % 18.6' sında urge Üİ, % 7.3' ünde miks Üİ olduğunu saptamışlardır. Legendre ve arkadaşları ise (2013), orta yaş kadınlarla yaptıkları çalışmada stres üriner inkontinansın menopoz sonrası azaldığı, urge Üİ ve Miks Üİ arttığını belirtmişlerdir.

## **Kadınların Sağlık Arama Davranışları**

Kadınların inkontinansa karşı tutumları kişilik yapılarına, inançlarına, kültürel özelliklerine göre değişmektedir (Güler 2006). Ülkemizde üriner inkontinans sıklığı %9.6 ile %25.8 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, etkilenen kadınlardan ancak ¼'ü problemin çözümü için profesyonel yardım almaktadır (Demir 2012). Çalışmamızda kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde sadece %33.6'sının doktora başvuru yaptığı saptandı (Tablo 16). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde, Akgün'ün (2009) çalışmasında Üİ şikayeti olan kadınlarda doktora başvurma oranı %24.2, Kök'ün çalışmasında (2005) %20, Demir'in çalışmasında (2012) %33.6 oranında bulunmuştur.

Araştırmamızda üriner inkontinansı olan kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde; %62.5'inin üriner inkontinansı hastalık olarak düşünmediği, %20'sinin bu durumdan rahatsız olmadığı, %15'nin muayene olmaktan çekindiği, %2.5'nin yaşla birlikte idrar kaçırmayı normal olarak kabul ettiği belirlendi (Tablo 19). Literatürde Üİ şikayeti olan

kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde çoğunluğu utanma nedeniyle (Bilgili ve ark., 2008; Hsieh ve ark., 2007, Altman ve ark., 2007, Ateşkan 1999), yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak bulma (Işıklı ve ark., 2011, Bilgili ve ark., 2008; Özerdoğan 2003), önemsememe (Demir 2012) olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınların üriner inkontinans hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olmasından dolayı doktora başvurmadıkları düşünülmektedir. Sağlık personellerinin kadınları üriner inkontinans hakkında eğitim vererek bilinçlendirmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmada kadınların üriner inkontinansa yönelik aldıkları önlemler incelendiğinde; %40'ının gün içinde alınan sıvıyı azalttığı, %22.6'sının ped, bez vb kullandığı, %26.1' nin sık sık tuvalete gittiği, %7.8'inin Kegel egzersizleri yaptığı, %3.5' nin diğer (ilaç kullanmak, bitkisel ilaç kullanmak, dua etmek) yöntemleri kullandığı tespit edildi (Tablo 19). Dinç ve ark. (2008) yaptıkları çalışmalarında pelvik kas egzersizini düzenli olarak yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının daha az olduğunu saptamışlardır. Hunskaar ve ark. (2006) yaptıkları çalışmalarında üriner inkontinansı olan kadınların %50'sinin ped kullandığını saptamışlardır.

Demir (2012) çalışmasında kadınların %60.6' sının sık sık iç çamaşırı değiştirdini, %57.2'sinin ped veya bez kullandığını, %36.0'nın sık sık tuvalete gittiğini, %24'ünün sık sık banyo yaptığı ve ağır kaldırmadıklarını, %13.4' ünün emici külot kullandığını, %8.5' inin sosyal yaşantıyı kısıtladığını, %1'inin bitkisel çay kullandığını, %1.4'ünün bitkisel ilaç kullandığını, % 2.1'inin günlük içilen sıvı miktarını kısıtladığını saptamıştır.

Beji ve ark. (2010) yapmış oldukları araştırmaya göre Üİ ile başa çıkma yöntemleri olarak kadınların sık sık tuvalete gittiğini, ayaklarını sıcak tutma ve perineye sıcak uygulama yaptıklarını, sık duş aldıklarını, günlük içilen sıvı miktarını azalttıklarını, sık çamaşır değiştirdiklerini, ped kullandıklarını, fiziksel aktivite ve sosyal yaşantılarını kısıtladıklarını belirtmişlerdir.

#### **5.4. Menopoz Öncesi ve Menopoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinansa Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Sonuçlarının Tartışılması**

Çalışmamızda menopozal dönemdeki kadınlarda Üİ risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde kadınların üriner inkontinans riskini; 50-64 yaş grubunda olması 3,7 kat ( $p=0,0001$ , %95 GA 1,9-7,06), Vücut Kitle indeksi  $30 \geq$  olması 25.47 kat ( $p=0,005$ , %95 GA 2,6-24,4), DM olması 8.06 kat ( $p=0,001$ , %95 GA 3,6-17,7), Vajinal doğum sayısının 4 ve üzeri olması 7,28 kat ( $p=0,08$ , %95 GA 1,67-31,6), Anne veya kız kardeşinde üriner inkontinans olması 2,44 kat ( $p=0,009$ , %95 GA 1,24-4,78), Konstipasyon olması 3,48 kat



arttırmaktadır (p=0,001, %95 GA 1,68-7,22).

Kocaöz ve Eroğlu (2002) kadınlarda stres üriner inkontinans yayınlığını incelemek için yaptıkları çalışmada lojistik regresyon analizi sonucuna göre yaşın (OR=0,543) üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu bildirmeleri bu çalışma sonucu ile benzerdir.

Kim ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada orta yaşlı kadınlarda üriner inkontinans gelişmesi için risk faktörleri olarak yaş, BKI, DM, 2 ve üstü doğum sayısını belirtmeleri bu çalışma sonucu ile uyumludur.

Filiz ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans için risk faktörlerini; yaş (OR=1.04), obezite (OR=1.07), vajinal doğum sayısı (OR=1.09) olarak bulmaları bu çalışma sonucu ile uyumludur.

Kim ve arkadaşlarının (2007) orta yaş grubundaki kadınlarla yaptıkları çalışmada üriner inkontinans için risk faktörü olarak yaş, BKI, 2 ve üzeri doğum sayısı, DM hastalığını bulmaları bu çalışma sonucu ile uyumludur.

Bilgili ve ark. (2008) yaptıkları lojistik regresyon analizinde genital prolapsusun üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu bulmuşlar, çocuk sayısı, epizyotomi, 4 kg ve üzeri bebek doğurma arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Lopez ve ark. (2012) İspanya' da yaptıkları çalışmada lojistik regresyon analizi sonucunda yaş, postmenopozal durum ve etnik kökeni üriner inkontinans için risk faktörü olarak bulmuşlardır. Çalışmalarında 45-54 yaş grubunda 1.18 kat, 55-59 yaş arasında 1.52 kat daha fazla Üİ şikayeti olduğunu saptamışlardır.

Woods ve arkadaşları (2013) menopoza ve erken post-menopozal dönemdeki 2249 kadınla yaptıkları çalışmada; erken menopoza giren kadınlarda 1.5 kat, geç menopoza giren kadınlarda 1.4 kat daha fazla SÜİ görüldüğünü, 3 ten fazla doğum yapan kadınlarda 3 kat daha fazla SÜİ görüldüğünü bulmuştur. Waetjen ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada menopoza ve obesiteyi Üİ risk faktörü olarak belirtmişlerdir.

Çalışmamızda lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu, histerektomi olma üriner inkontinans için risk faktörü olarak bulunmadı. Bu sonucun sık idrar yolu geçiren ve histerektomi olan kadınların sayısının yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Santos ve ark. (2010) yaptıkları çalışmasında tekrarlayan sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda 6.5 kat, Yalçın ve ark. (2011) yaptıkları çalışmalarında sık idrar yolu enfeksiyon geçiren hastalarda 3.3 kat Üİ şikayetinin arttığını saptamışlardır.

Kara ve Şentürk (2010) yaptıkları çalışmada ileri yaşın, 3 ve üzerinde doğum yapmanın ve HRT kullanmama durumunu üriner inkontinans için anlamlı bir risk faktörü

olduğunu saptamışlardır. Çalışmamıza benzer olarak Herrmann ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada 3 ve üzerinde doğum yapmanın üriner inkontinans görülme oranını artırdığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır.

### **5.5.Menopoz Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin Tartışılması**

Üriner inkontinans kadınların fiziksel, sosyal, eğitim durumlarını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Literatürde Üİ şikayeti olan menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bildirilmektedir.

Güler'in çalışmasında (2006) inkontinans süresi uzadıkça kadınların ruhsal bozukluğunun ve depresyonun arttığını saptamıştır.

Karan ve ark. (2000) yaptığı çalışmada kadınların %25'nin yaşam kalitesinin bozulduğunu bildirmiştir.

Özcan ve ark. (2014), Demir ve Beji (2015) ve Börekçi (2016) yaptıkları çalışmalarda menopoza girmiş kadınların menopozda olmayanlara göre üriner inkontinans şikayetlerini daha fazla yaşadıklarını ve yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır.

Yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösteren başka çalışmalarda mevcuttur (Özerdoğan ve Kızılkaya, 2003, Koçak ve ark., 2005, Segedi ve ark., 2011, Özcan ve ark., 2014, Baykuş 2016).

Çalışmamızda menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda Üİ şikayeti daha az oranda görüldüğü için yaşam kalitesi ölçeği (I-OQL) tüm Üİ şikayeti olan kadınlara uygulandı. Üriner inkontinans görülme durumu olan kadınların yaşam kaliteleri incelendiğinde, yaşam kalitelerinin genel olarak olumsuz etkilenmediği bulundu (Tablo 21). Çalışmamızda kadınların sadece 1/3'ü doktora başvurmuştu. Araştırma hipotezimizde kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilenmelerini beklerken bulduğumuz bu sonuca göre, kadınların çoğunluğunun Üİ şikayetini hastalık olarak görmemesi, bu durumdan rahatsızlık duymaması onların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilememekte ve bu durumu göz ardı ettiklerini düşündürmektedir.

Bizim çalışmamıza paralel olarak, Akgün'ün (2009) yaptığı çalışmasında üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitelerini çok fazla etkilemediğini belirtilmektedir.

Lopez ve ark. (2012) yaptıkları çalışmalarında üriner inkontinans görülme durumunun kadınların yaşam kalitelerini etkilemediğini, eşlik eden hastalıklardan dolayı göz ardı edildiğini düşündüklerini söylemiştir.

Çetin'nin (2010) çalışmasında da bu sonuçlara benzer sonuçlar bulunmuştur.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı %9 iken, menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda %50.0 olarak bulundu. Tüm kadınlara baktığımızda üriner inkontinans prevalansı %29.6 olarak saptandı. Menopoz öncesi dönemdeki kadınların demografik özelliklerine göre Üİ görülme durumu arasında ilişki olmadığı, menopoz sonrası dönemdeki kadınların demografik özellikleri ile Üİ görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Menopoz sonrası dönemdeki 4 ve üzeri gebelik sayısı olan, 4 ve üzeri doğum yapmış kadınlarda Üİ görülme durumunun fazla olduğu belirlendi. İri bebek doğurma öyküsü olan menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda Üİ görülme durumunun yüksek olduğu saptandı. Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların en son doğum şekli, jinekolojik operasyon durumu, epizyotomi durumları ile Üİ görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların kabızlık durumu ve DM durumu ile Üİ görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınlarda Üİ görülme oranının arttığı saptandı. Menopoz öncesi ve menopoz sonrası dönemdeki kadınların alkol kullanma durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile Üİ görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Menopozal dönemdeki kadınlarda Üİ risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde; 50-64 yaş grubunda olması 3,7 kat ( $p=0,0001$ , %95 GA 1,9-7,06), Vücut Kitle indeksi  $30 \geq$  olması 25.47 kat ( $p=0,005$ , %95 GA 2,6-24,4), DM olması 8.06 kat ( $p=0,001$ , %95 GA 3,6-17,7), vajinal doğum sayısı 4 ve üzeri olması 7,28 kat ( $p=0,08$ , %95 GA 1,67-31,6), anne veya kız kardeşinde Üİ olması 2,44 kat ( $p=0,009$ , %95 GA 1,24-4,78), konstipasyon olması 3,48 kat ( $p=0,001$ , %95 GA 1,68-7,22) olarak bulundu.

Kadınların menopoza girme yaşı 48 olarak belirlendi. Kadınların %81 doğal yol ile %19' u cerrahi yol ile menopoza girdiği bulundu. Bu çalışmada kadınların %21.9' u hormon tedavisi aldığı, %78.1' nin 1-1.5 yıl boyunca hormon tedavisi kullandığı tespit edildi.

Kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde, sadece %33.6'sının doktora başvuru yaptığı saptandı. Üİ şikayeti olan kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde; %62.5'nin üriner inkontinansı hastalık olarak düşünmediği, %20'sinin bu durumdan rahatsız olmadığı, %15'nin muayene olmaktan çekindiği, %2.5'nin yaşla birlikte idrar kaçırmayı normal olarak kabul ettiği belirlendi. Dolayısıyla üriner inkontinans görülme durumu olan

kadınların yaşam kalitelerinin genel olarak olumsuz etkilenmediği bulundu. Kadınların çoğunluğunun Üİ şikayetini hastalık olarak görmemesi, bu durumdan rahatsızlık duymaması onların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilememekte ve bu durumu göz ardı ettikleri düşünülmektedir

## 6.2.Öneriler

- ✓ Üriner inkontinans yaygın olarak görülen bir sağlık problemi olması sebebi ile sağlık çalışanlarının bu konuda duyarlı olması ve eğitilmiş olması gerekmektedir.
- ✓ Ebe ve hemşireler dahil olmak üzere tüm sağlık personeli tarafından kronik hastalıkları olan menopoza dönemindeki kadınlara yönelik tarama programlarının planlanması ve uygulanması,
- ✓ Üriner inkontinanslı köylerde yaşayan kadınların kolaylıkla ulaşabileceği özel merkezlerin kurulması,
- ✓ Ebelerin, hemşirelerin, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin menopoza dönemindeki kadınlara kegel egzersizlerini öğretmesi ve egzersizleri kadınların yaşam davranış haline dönüştürmeleri konusunda bilgi vermeleri,
- ✓ Sağlık personelleri tarafından eğitim durumu düşük kadınlara üriner inkontinansın önemli bir sağlık sorunu olduğu öğretilmeli, üriner inkontinans hakkında eğitim ve danışmanlık yapılması sağlanmalı,
- ✓ Çalışmada üriner inkontinansın görülme oranını paritenin artırdığı görülmesi üzerine kadınlara aile planlaması konusunda bilgi verilmesi sağlanmalı,
- ✓ Çalışmada kadınlarda kilo artışının üriner inkontinans için risk faktörü olarak belirlenmesi ülkemizdeki kadınların çoğunun kilolu olması nedeni ile sağlık personeli tarafından kadınlara spor yapmanın önemi, dengeli ve yeterli beslenme konusunda eğitim verilmesi sağlanmalı,
- ✓ Hemşirelerin üriner inkontinans konusunda uzmanlaşmaları sağlanmalı,
- ✓ Hastanelerde ve aile hekimlerinde, üriner inkontinansın önlenmesine yönelik eğitim broşürleri ve kitapları bulundurulmalı,
- ✓ Sağlık personelleri tarafından üriner inkontinans hakkında sosyal medya aracılığı ile halkın eğitimi sağlanması,
- ✓ Üriner inkontinans ile ilgili çalışmaların sayısının artırılması
- ✓ Kontinansın sürdürülebilmesi için sağlık personelinin aktif olarak rol almaları sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21:167–178.
- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. Third international consultation on incontinence. International Continence Society. Monte Carlo: Monaco, 2005b: 26-29.
- Acar B. H. Emek sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. 2007, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparslan).
- Adams C, Frahm J. Genitourinary system in "saunders manual of physical therapy practice". Philadelphia:W.B.Saunders Company; 1995: 459-504.
- Ahmadi B, Alimohammadian M, Golestan B, Mahjubi B, Janani L, Mirzaei R. The hidden epidemic of urinary incontinence in women: a population-based study with emphasis on preventive strategies. *Int Urogynecol J*. 2010 Apr.;21(4):453–459.
- Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al-Tawil NG. Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2013;13(2):269-74.
- Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. 2009, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan).
- Akın S. Yaşlılarda üriner inkontinans. *Kontinans ve nöroüroloji bülteni* 2015;2:49-54.
- Akın Y, Gülmez H, Sonbahar E. A, İpekçi T, Yılmaz O. M, Ateş E. Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. *Ankara Med J*. 2015. 15(4); 226-230.
- Akıncı Akşit N. Stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi. 2009, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 133 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş).
- Aksu Sucuoğlu ř. Genç kızlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri. 2014, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 101 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hatice Yıldız).
- Alkan N, Başkaya Karakurt V. A, Badur A, Albayrak A, Kalender Ö. Pelvik Taban (Kegel)

- Egzersizleri. 2016. 1. Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu.
- Alpay H, Bıyıklı KN. İşeme bozuklukları. Türk Nefir Diyal ve Transp Derg 2003; 12(3): 122-6.
- Altay B, Öz Ö. Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;6(1):34-37.
- Altman D, Ekström A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 2007 Nov;197(5):512.
- Altman D, Ekström A, Gustafsson C, López A, Falconer C, Zetterström J. Risk of urinary incontinence after childbirth. A 10-year prospective cohort study. Obstet Gynecol 2006;108:873-878.
- Araki, I., Beppu M., Kajiwara M., Mikami Y., Jakozi H., Fukosawa M., Takeda M. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assesment by ICI questionnaire and SF-36 health survey, 2005; 66,1, 88-93.
- Aslan E. Stres inkontinansda ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi, 1999, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji)
- Aslan E. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Kızılkaya Beji N. (Edt), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, 2002, İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 51-60 s.
- Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi, Geriatri (Turkish Journal of Geriatrics), 1999, 3(2): 45-50
- Ateşkan Ü. Geriatrik üriner inkontinans: Aktüel Tıp Derg Geriatri Özel Sayı 2004;2(3):20-5.
- Avcı S. Menopoz dönemindeki kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine etkisi. 2013, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız).
- Baykuş N. 18 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. 2016. Şifa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 93 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Kerziban Yenal).
- Bayraktar R, Uçanok Z. Menopozla ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. Aile ve Toplum: Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi, 2002; 2(5), 5-12.
- Bayram M., Saygun M., Çakmak A., Sevinç C.: Kırıkkale il merkezinde yaşayan kadınların

- menopoz konusundaki bilgileri, yaklaşımları nedir? Bu konuda eğitimin yararları nasıldır? Türk Fertilite Dergisi, 2002; 10(2):23-27.
- Bayramova N. Psoriasisli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2000, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 135 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Ayfer Karadakovan)
- Beji KN, Özbaş A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan H. Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. Urologic Nursing, 2010; 30(6): 327-335.
- Beji KN. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
- Beji KN., Özbaş A., Aslan E., Bilgiç D., & Erkan AH. Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on turkish women. urologic nursing. 2010; 30 (6): 327-335
- Bektaş A. H. Emek sağlık ocağı bölgesi' nde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. 2007, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparslan).
- Benlioğlu C. Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. 2006, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 76 sayfa, Kahramanmaraş, ( Doç. Dr. Sefa Resim).
- Bethesda MD (2000) National Heart Lung and Blood Enstitute (NHLBI) and North American Association for The Study of Obesity (NAASO). Practical guide to the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health.
- Bezircioğlu İ., Öviz A., Kındıroğlu N., Dündar P.: Menopoz verilerinin epidemiyolojik değerlendirilmesi. Kadın Doğum Dergisi. 2004; 2(4):316-319.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Prevalence of urinary incontinence and affecting risk factors in women. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi ,2008; 28(4): 487 – 93.
- Biri A, Durakan E, Maral I, Korucuoğlu Ü, Biri H, Tyraş B, Bumin AM. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. Int Urogynecol J. 2006. 17: 604-610.
- Blaivas JG, Appell RA, Fantl JA, Leach G, McGÜire EJ, Resnick NM, Raz S, Wein AJ. Definition and classification of urinary incontinence: recommendations of the Urodynamic Society. Neuro Urodyn 1997;16(3):149-51.
- Bodhare TN, Valsangkar S, Bele SD. An epidemiological study of urinary incontinence and its impact on quality of life among women aged 35 years and above in a rural area.

- Indian J Urol. 2010 Jul.;26(3):353–358.
- Bortolotti, A., Bernardini, B., Colli, E., Dibenedetto, P., Nacci, G.G., Landoni, M. Et Al.: Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. Eur. Urol., 37: 30, 2000.
- Bozkurt Demirel Ö. Klimakterium dönemindeki kadınların yaşam kalitelerinin ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. 2004, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 209 sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Ümran Sevil).
- Bozkurt N, Ozkan S, Korucuoglu U, et al. Urogenital symptoms of postmenopausal women in Turkey. Menopause 2007;14:150-156.
- Börekçi S. Üriner inkontinansın kadınlarda yaşam kalitesi üzerine etkisi. 1.Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu. 2016. Sözel bildiri.
- Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW, Burgio KL, Diokno AC, Foldspang A, et al. Proceedings of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases International Symposium on epidemiologic issues in urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol 2003;188:S77-88.
- Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2009;23(1):25-32.
- Brunner LS. Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing. 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Bulakbaşı M. Boşaltım Fizyolojisi. 2015. Erişim adresi: <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/BO%C5%9EALTIMF%C4%B0ZYOLOJ%C4%B0S%C4%B06.pdf> Erişim Tarihi: 30.10.2016.
- Bump, R. C., & McClish, D. M. (1994). Cigarette smoking and pure genÜİne stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *American journal of obstetrics and gynecology*, 170(2), 579-582.
- Burgio K. L, Matthews K.A, Engel B. T. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. 1991. J Urol 146: 1255-1259.
- Cam C, Sakallı M, Ay P, Cam M, Karateke A ( 2007) Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn*. 26(1):129-33.
- Ceylan B. (2010) Eskişehir tepebaşı ilçesinde yaşayan 40-59 yaş grubu kadınlarda menopozal semptomlar ve yaşam kalitesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 170 sayfa, Eskişehir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan).



- Cheng MH, Hsu CY, Wang SJ, Lee SJ, Wang PH, Fuh JL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 2008;15 (5):958-62.
- Chiarelli P, Brown W, McEldu P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn* 1999;18:567-77.
- Coyne KS, Margolis MK, Kopp ZS, Kaplan SA. Racial differences in the prevalence of overactive bladder in the United States From the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) Study. *Urology*. 2012 Jan.;79(1):95–101.
- Çakıroğlu FP, Görsel E. Menopoz döneminde kadın. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. 2007.
- Çetin C. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler. 2010, T.C. Trakya Üniversitesi , Uzmanlık Tezi, 130 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. H.Nezih Dağdeviren).
- Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2011;33 (4): 301-308.
- Çiftçi Ö. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. 2009. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 90 sayfa, Kayseri, (Prof.Dr. Osman Günay).
- Çoban, A., Şirin, A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Turkish Journal of Geriatrics Geriatri* . 2003; 6 (2): 80-83.
- Danforth K, Townsend M, Lifford K, Curhan G, Resnick N, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 194, 339-345.
- Demir S, Beji KN. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015; 23(1), 23-31.
- Demir S. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. 2012, Haliç Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 90 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
- Demir Ü, Saruhan A. Menopoz yakınmaları üzerine hormon replasman tedavisinin etkilerinin incelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar; Eylül 1998; Ege Üniversitesi, İzmir; 265-9.
- Demirci F, Özden S, Yücel N, et al. Prevalance of urinary incontinence in Turkish

- menopausal women. *TJOD* 1999;3:138-142.
- Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas Journal of the Climacteric & Postmenopause*. 1996(23):147-157.
- Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi PL, et al. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. *Menopause*. 2004;11(1):49-56.
- Dinç A, Beji NK. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2008;16: 143-149.
- Dinç A. Beji KN. Üriner inkontinans tanılması ve hemşirenin rolü. *Hemş Bült* 1997; 11(45):43-4.
- Dinç A. Epidemiology of urinary incontinence and risk factors. *Recent Advances in Health Sciences*. 2016; 459-471.
- Domoney C, Quinn S. D. The effects of hormones on urinary incontinence in postmenopausal women. *Climacteric* 2009; 12: 106-113.
- Dökmen Yaşın Z. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2009; 12 (24), 41-55.
- Dratva J, Gomez Real F, Schindler C, Ackermann-Liebrich U, Gerbase MW, Probst-Hensch NM, Svanes C, Omenaas ER, Neukirch F, Wist M, Morabia A, Jarvis D, Leynaert B, Zemp E. Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies. *MedlinePlus Health Information* 2009; 16(2):385-94.
- Durmaz Ö. Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin saptanması. 2011. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 sayfa, Lefkoşa, (Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ).
- Durmazoğlu G, Bezirgan S, Serttaş M, Göçmen F, Oktay Kuru A, Toksoy S, Tatarlar A. Kontinans danışmanlığının önemi. 2016. 1. Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu.
- Durukan E. Ankara il merkezinde 1. Basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. 2007, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 182 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Mehmet Ali Bumin).
- Ekin M, Karayalçın R, Özcan U, Erdemlioğlu E. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Jornal Of Ankara Medical School*, 2004,26: 21-25.
- Elder JA, Messinger-Rapport BJ, Thacker HL. Special issues in women's health: hormonal

- health issues of early&late postmenopausal women. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson Ma, Johnston CB, Lyons WL (eds). Current Geriatric Diagnosis & Treatment, New York: McGraw Hill Co. Inc. 2004; 359-367.
- Elving L B, Foldspang A, Lain OW, Mommsen S. Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3100 women age 30-59. *Scand. Urol Nephrol* 1989; 1255:37-43.
- Erdem, Ö. (2006). Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başatme yolları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 132 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Kafiye Eroğlu)
- Erel CT. Menopoz olgularındaki sıcak basması semptomunda tedavi seçenekleri nedir? *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 2004; 6, 53-57.
- Eroğlu K. Ve Kocaöz S. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002; 4(1): 29-38.
- Fidaner C., Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı: bir giriş denemesi, sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu 8 - 10 Nisan 2004, İzmir: <http://docplayer.biz.tr/5933931-Sempozyum-duzenleme-kurulu.html> erişim: 14.10.2016.
- Filiz M, Topsever P, Uludağ C, Görpelioğlu S, Çınar N. Türk kadınlarında üriner inkontinans şiddeti ve yaşın jenerik yaşam kalitesi SF-36 üzerine etkileri. *T Klin J Med Sci* 2007; 27: 189-194.
- Ford K, Sowers M, Crutchfield M, Wilson A, Jannausch M. A Longitudinal study of the predictors of prevalence and severity of symptoms commonly associated with menopause, *menopause*; 2005; 12, 308-317.
- Göral S. Akdeniz bölgesi huzurevlerinde yaşayan kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. 2014, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 96 sayfa, Antalya, (Prof. Dr. Kamile Kukulcu).
- Görgel BE, Çakıroğlu FP. Menopoz döneminde kadın. Ankara. 2007. Erişim 20.02.2017 <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/007.pdf>.
- Gözükara F, Koruk İ, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turk J Med Sci*. 2015; 45: 931-939.
- Güler Can T. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2006. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 144 sayfa, Denizli, (Yrd. Doç. Dr. Nesrin Yağcı).

- Güneş A, Gülsen G, Erkan P. "Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler." *Turgut Özal Tıp Merk Derg* 2000; 7(1): 54 -7.
- Güney N. Park sağlık ocağı bölgesinde 35 yaş ve üzeri kadınlarda menopoz yaşı ve perimenopozal semptomların tespiti, 2006, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 93 sayfa, Ankara, (Prof.Dr.Ferda Özyurda).
- Hagglund D, Walker-Engström LM, Larsson G, Leppert J. Reasons why women with long-term 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-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11):1051-5.
- Harrison, G.L. And Memel, D.S.: Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. *Br. J. Gen. Pract.*, 44: 149, 1994.
- Hawthorne G. Measuring the value of health-related quality of life. Ristner MS, Awad AG (eds). *Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders*, 2007, Springer: 99-132.
- Haylen, B. T., Freeman, R. M., Swift, S. E., Cosson, M., Davila, G. W., Deprest, J., ... & Maher, C. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourology and Urodynamics*, 2011; 30(1), 2-12.
- Hendrix SL. Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. *Dis Mon* 2002; 48(10): 622-636.
- Herrmann V, Scarpa K, Palma PCR, Riccetto CZ. Stess urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity. *Int Urogynecol J* 2008; 20(3): 281-8.
- Higa R, Lopes MHB. at Turato, ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: A review, *Latino-am Enfermagem*, 2008; 16(4), 779-786 p.
- Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA* 2004;291(8):986-95.
- Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What prevents older people fom seeking treatment for urinary incontinence? Aqualitative exploration of barriers to the use of community mcommunity continence services. *Family Practice*, 2004; 21(2): 689-696.
- Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in

- Taiwanese women aged 60 or over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007 Nov; 18(11):1325-9.
- Hunnskaar S A. Systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:749-57.
- Irwin DE, Milsom I, Hunnskaar S, et al. 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;50:1306-1314.
- Işıklı B, Yenilmez A., & Kalyoncu C. Eskişehir alpu ilçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Med.* 2011; 7(2): 34-39.
- İnanç YB, Sanberk D. Yaşam kalitesinin sağlık denetim odağı, fiziksel belirti ve özyeterlik algısı açısından incelenmesi. *Çukurova Üni Eğt Fak Derg* 2009; 3(36) : 92-104.
- Kandemir V. Anatomi ve Fizyoloji. Karamürsel/Kocaeli 2001. Kum Baskı Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti. Ankara 2002.
- Kapucu S. Ve Özcan M. Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014; 101-109.
- Kara M, Şentürk Ş. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi.* 2010; 17 (1):7-11.
- Karan A. Aksaç B. Ayyıldız H. Işıkoğlu M. Yalçın O. Eskişehir N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics.* Geriatri 3 (3): 102-106. 2000.
- Kaya D. Eker A. Yurdakul M. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2007; 21 (5): 187-193.
- Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksaç S. Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation.* 2015; 2(3):93-101.
- Kelleher C., Quality of life and urinary incontinence. Ed: Cardoza L., Staskin D., *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, London, 2001: p. 47-58.
- Kelleher CJ., Cardozo L.D., Khullar V., and et.al. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997; 104,1374-1379.
- Kızılkaya N, Yalçın Ö, Ayyıldız H. Kadınlarda stres üriner inkontinans risk faktörlerinin belirlenmesi. I. Ulusal üro-jinekoloji kongresi bildirileri. İstanbul; 1999.

- Kim N, Danforth MPH, Mary K, Townsend BA, Karen Lifford, MD, Gary C, Curhan MD, Neil M, Resnick MD, Francine Grodstein ScD. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 339-345.
- Kim N, Mary K, Townsend B. A, Danforth ScD, Karen L, Lifford M. D, Bernard Rosner PHD, Gary C, Curhan M. D, ScD, Neil M, Resnick M. D, Francine Grodstein ScD. Incidence and remission of urinary incontinence in middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:167.
- Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri, *Türkiye Klinikleri J Nurse* 2009; 1(2):94-102.
- Kocaöz S. Etimesgut 11 no'lu sağlık ocağı bölgesindeki kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2001. Hacettepe Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 97 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Kafiye Eroğlu).
- Koçak İ, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact of quality of life, *European Urology*, 2005; 48, 634- 641 p.
- Koçyiğit, H., Aydemir Ö., Ölmez N. ve Ark. SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği, *Ege Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1999.
- Kök G, Şenol N, Akyüz A. GATA Jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg.* 2006; 148: 132136.
- Kök G. GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve sosyal yaşama etkisi. 2005, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik YO. Yüksek Lisans Tezi, 91 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nur Şenel).
- Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:453-8.
- Kudish BI, David Shveiky D, Gutman RE. et al . Hysterectomy and urinary incontinence in postmenopausal women. *Int Urogynecol J* 2014; 25:1523-31.
- Kuliyeva S. Postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hormon tedavisi ve antimuskarinik ilaçların üriner inkontinans üzerine etkisi. 2007. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 90 sayfa, Adana, (Prof. Dr. Süleyman Cansun DEMİR).

- Kurul Ş. Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması. 2013, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 191 sayfa, Eskişehir, (Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan).
- Lai JN, Chen CM, Chen PC, Wang JD. Quality of life and climacteric complaints amongst women seeking medical advice in Taiwan: Assessment using the WHOQOLBREF questionnaire. *Climacteric* 2006; 9:119-128. <http://dx.doi.org/10.1080/13697130600635292> erişim tarihi: 06.11.2016.
- Lara, C. And Nacey, J.: Ethnic differences between Maori, Pacific Island an European New Zealand women in prevalence and attitudes to urinary incontinence. *N. Z. Med. J.*, 107: 374, 1994.
- Legendre G, Ringa V, Fauconnier A, Fritel X. Menopause, hormone treatment and urinary incontinence at midlife. 2013. *Maturitas* (74);26-30.
- Lesniczak B, Krasomski G, Stelmach W, Kowalska A. Urinary incontinence in women as a health and social problem. *Adv Med Sci* 2007;52 (Suppl 1):93-6.
- Lopez P, Faustino R, Jose L, Cuadros, Ana M, Fernandez-Alonso, Peter Chedraui, Rafael Sanchez-Borrego, Alvaro Monterrosa-Castro. Urinary incontinence, related factors and menopause-related quality of life in mid-aged women assessed with the cervantes scale. 2012. *Maturitas* (73);369-372.
- Luna MT, Hirakawa T, Nakano H. Urinary inkontinans in women seen in the obstetrics and gynecology clinic. *Int Urogynecol J Pelvic Flor Dysfunct* 2000; 11: 277-281.
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011; 186:589-93.
- Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993; 149: 1459-1462. 104. 105.
- Müezzinoğlu T. Ürolojide sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birikim*, 2006; 1(2):83-93.
- 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.
- Onur R. ve Bayrak Ö. Kadınlarda üriner inkontinans, *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s.41-52.
- Oskay Yeşiltepe Ü, Beji Kızılkaya N, Yalçın O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acha Obstetricia et Gynecologica*

- Scandinavica 2005; 84: 72-78.
- Ozkan, Z. S., & Sapmaz, E. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence during reproductive stage. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital*, 2014; 25(2), 101–106. <http://doi.org/10.5505/jkartaltr.2015.93271>
- Öner C. Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri* 2014;5(3):15-8.
- Özcan E, Muslu A, Yılmaz E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014. cilt 2, sayı 2.
- Özcan H, Oskay Ü. Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2013; 28(4): 157-163.
- Özdemir E. Gülveren sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi. 2009, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 149 sayfa, Eskişehir, (Yrd. Doç. Dr. Nebahat Özerdoğan).
- Özdemir S, Çelebi D, Nurullahoğlu N, Ark C H. Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı. *Genel Tıp Derg* 2006; 16(2): 49-52.
- Özerdoğan N, Beji NH, Yalçın O. Urinary incontinence its prevalence risk factors and effects on the quality of life women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-50.
- Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. 2003, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, 147 sayfa, (Doç. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
- Öztürk G Z, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2012; 46:170-176
- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2003, 110 (10): 927-33.
- Parazzini F, Colli E, Origgi G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2000; 37: 637-643.
- Park WH. Urinary incontinence and physician's attitude. *J Korean Med Sci* 2013; 28: 1559-1560.
- Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int* 2002 Jan; 89(1):61-6.



- Pfisterer MH, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a study in women. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 405-12
- Pınar G, Pınar T, Doğan N, Karahan A, Algier L, Abbasoğlu A, Kuşçu E. Kırk beş yaş ve üstü kadınlarda osteoporoz risk faktörleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 36 (4), 258-266.
- Robinson D, Cardozo LD. The Role of Estrogens in Female Lower Urinary Tract Dysfunction. *Urology*, 2003; 62 (4 Suppl 1):45-51.
- Rohr G, Stovring H, Christensen K, Gaist D, Nybo H, Kragstrup J. Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care*; 2005,23(4):203-8.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S., Norwegian EPİNCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003; 348(10):900–907.
- Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002;100:1230-8.
- Sange C, Thomas L, Lyons C. at Hill S. Urinary incontinence in Muslim women, *Nursing Times*, 2008; 104, 25, 49-52 p.
- Santos PC, Mendonca D, Alves O, Barbosa AM. Prevalence and impact of stress urinary incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006;19(5): 349–56.
- Sarı D. Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2007, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 157 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Leyla Khorshid).
- Schorsch I, Soljanik I, Stanislaus P, Bauer R, Mayer M, Hocaoglu Y et al. Causes and diagnosis of female urinary incontinence. *MMW Fortschr Med*. 2007 Sep 20; 149(38):27-9.
- Segedi LM, Segedi D, Ilıc KP. Quality of life in women with urinary incontinence. *Medicinski Glasnik* ,2011; 8(2):237-242.
- Sertaş M, Oktay Kuru A, Tatarlar A, Durmazoğlu G, Bezirgan S, Göçmen F, Toksoy S. Stres Üriner İnkontinansında Obezitenin Yönetimi. 2016. 1. Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu.
- Slieker-ten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol.Urodyn*.

2010Apr.;29(4):545–550.

- Skonner MM, Thomson WD, Caren VA. Factors associated with risk of urinary incontinence in women. *Nurs Res*, 1994; 43(5).
- Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W. Stages of reproductive aging menopause, 2001; 7, 402-407.
- Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Canadian Family Physician*, 2005: 51, 84–5.
- Şen YÇ. Menopoz kadınında uyku kalitesinin saptanması ve uyku kalitesini bozan etkenlerin belirlenmesi. 2005. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Şentepe, A., 2013, Din ve maneviyatın ruh ve beden sağlığı üzerine etkileri, II. Uluslar arası Katılımlı Kadın ve Sağlık Kongresi Sakarya, Kongre Kitabı, 21 s.
- Tanagho AE, McAninch WJ. *Smith's General Urology*. Fourteenth Ed. America: Simon&Schuster Company, 1995:536-50.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. VII. Baskı. Ankara; Sistem Ofset Matbaacılık, 2005: 560-561
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. 2009.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Akademisyen Kitapevi. XII. Baskı, Ankara, 2014.
- Terzi H, Terzi R Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013;52:15-19.
- The WHOQOL Group: What quality of life Word Health Forum. 1996. 17:354356.
- Thom D. H, Brown J. S. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998. 46(11);1411-7.
- Thomas TM., Plymat KR, Blannin J, Meade T W. Prevalence of urinary incontinence. *British medical journal*, 1980; 281 (6250), 1243-1245.
- Topuz Ş. Üriner inkontinansa uygulanan kegel egzersizlerinin kadın cinsel doyumu üzerine etkileri. 2011, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 117 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. E. Ümit Seviğ).
- Tozun M, Ayranç U, Ünsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on Quality of Life in Semirural Area of Western Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2009 Mar 24; 67(4): 241-9.

- Tseng, L., Liang, C., & Lo, H. The prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in taiwanese women with lower urinary tract symptoms. *Chang Gung Med J*, 2006; 29(6), 596–602.
- Tunç, N. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgi, yakınma ve baş etme durumlarının belirlenmesi. 2014, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 167 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özlem Duran).
- Turan C., Zorlu C., Ekin M., 1996, Urinary incontinence in women reproductive age, *Gynecologic and Obstetric Invest*, 41, 132-134 s.
- TÜİK, [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015\\_58\\_20151008.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf), Erişim: 08.10.2016
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=39> Erişim tarihi: 08.10.2016
- Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2014.
- Ural Ç. Menopoz polikliniğine başvuran kadınların ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi. 2011, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 110 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Nevin Şahin).
- Ushiroyama T, Ikeda A, Ueki M. Prevalence, incidence and awareness in the treatment of menopausal urinary incontinence. 1999. *Maturitas* (33); 127-132.
- Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*. 2013; 12(3): 231-242.
- Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002; 57(4):207-18.
- Varlı M, Aras SD, Atlı T. Yaşlıda üriner inkontinans ve tedavisi. Ulaşım Tarihi: 15.05.2017. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm).
- Varma, G.S., Oğuzhanoğlu, N.K., Karadağ, F., Özdel, O., Amuk, T.: Doğal ve cerrahi menopozda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel doyum arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 2005;8:109-115.
- Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecol Obstet Mex* 2007 Jun;75(6):347-56.
- Waetjen E.L, Xing G, Johnson O. W, Melnikow J, Gold B.E. Factors associated with seeking

- treatment for urinary incontinence during the menopausal transition. *Obstet Gynecol* 2015; 125: 1071-9.
- Waetjen EL, Feng WY, Ye J, Johnson Wesley O, Greendale Gail A, Sampella C. M, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. Factors actors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. *Obstetrics and Gynecology* 2008;111:667–77.
- Wilkinson, K., 2001, Pakistani women's perceptions and experiences of incontinence, *Nurs Stand*, 16, 5, 33-39 p.
- Wines N, Wilsteed E. Menopause and skin. *Australasian Journal of Dermatology* 2001;42:149-160.
- Woods FN, PhD, RN, Faan and Mitchell SE, PhD. Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Womens Health Study. *The North American Menopause Society*. 2013; 20(9); 915-921.
- World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi: 04/05/2017
- World Health Organization Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. WHO Technical Report Series 866. Geneva, 1996.
- World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of A WHO Consultation on Obesity. 2000. Geneva.
- Yalçın Ö, Delier H. Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu: tanı ve tedavi seçimi, *TJOD Uzm Sonr Eğit Derg* 2004; 8:198-201.
- Yalçın, Ö (ed.), Rodoplu H. "Aşırı Aktif Mesane" *Temel ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi* (2009); 253-266.
- Yavuz U, Özkürkçügil C. Diabetes mellitus ve alt üriner sistem semptomları arasındaki ilişki. *Kadın ve işlevsel Üroloji Dergisi* 2012;2: 13-16.
- Yıldız, N., A. Sarsan, and F. Ardıç. "Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları." *FTR Bil Der J PMR Sci* 12 (2009): 42-50.
- Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The Prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause* 2008; 15(3): 566-9.

## EKLER

### EK 1. Anket Formu

Bu çalışma " MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANS, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİ "ni incelemek amacıyla planlanmıştır. Ankette bulunan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Anketi yanıtladığımız için teşekkür ederiz.

Nazlı Emel ÖZER  
ÇOMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

<b>Sosyo Demografik ve Sağlığa İlişkin Özellikler</b>	
1. Yaşınız	
2. Öğrenim Durumunuz	
3. Çalışma Durumunuz	( ) Ev hanımı ( ) İşçi/ Memur ( ) Serbest Meslek ( ) Diğer
4. Sağlık güvenceniz var mı?	( ) Evet ( ) Hayır
5. Gelir durumunuz	( ) iyi ( ) orta ( ) kötü
6. Boy: Kilo:	BKİ:
7. Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet ( ) Hayır ( ) Kronik kabızlık ( ) Sık idrar yolu enfeksiyonu ( ) Sık vajinal enfeksiyon ( ) DM (şeker hastalığı) ( ) KOAİ (akciğer hastalığı) ( ) Hipertansiyon ( ) Parkinson ( ) Triod hastalığı ( ) Diğer ( )
8. İkamet ettiğiniz yer?	İl ( ) İlçe ( ) Köy ( )
9. Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
10. Sigara içeriyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
11. Her gün kahve içer misiniz?	Evet ( ) Hayır ( )
12. Kolalı içecek içer misiniz?	Evet ( ) Hayır ( )
13. Günde kaç litre (bardak) sıvı alırsınız?	
14. Sürekli olarak kullandığınız ilaçlar var mı?	Evet ( ) ise ..... Hayır ( )
15. Alkol kullanıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Özellikler</b>	
16. Gebelik sayısı:	
17. Canlı doğum sayısı: Vajinal doğum sayısı:	
18. En son doğum şekli	Normal doğum ( ) Sezeryan ( ) Vakum ( ) Forseps ( )
19. En ağır doğan bebeğinizin kilosu	
20. Normal doğumlarınızda epizyotomi ya da yırtık var mıydı?	Evet ( ) .....(sayı) Hayır ( )
21. Daha önce kadın hastalığı nedeniyle bir operasyon geçirdiniz mi?	Evet ( ) ..... Hayır ( )

22. Gebelikleriniz esnasında idrar kaçırma şikayetiniz oldu mu?	Evet ( ) Hayır ( )
<b>Menopoza İlişkin Özellikler</b>	
23. Menopoza girdiniz mi? (Adetten kesildiniz mi?)	Evet ( ) Hayır ( )
24. Hangi yolla menopoza girdiniz?	1) Doğal yolla 2) Cerrahi yolla
25. Menopoza yönelik bilgi aldınız mı?	Evet ( ) Hayır ( )
26. Menopoz süreniz:	
27. Adet düzensizlikleriniz başladı mı?	Evet ( ) Hayır ( )
28. Adetinizden kesildikten sonra doktorunuzun isteği üzerine hormon tedavisi alıyor musunuz?	Evet ( ) kaç sene.....Hayır ( )
<b>Üriner İnkontinans İle İlgili Şikayetler</b>	
29. İdrar kaçırma şikayetiniz var mı?	Evet ( ) Hayır ( )
30. Son 1 yıl içinde hiç idrar kaçırma sorunu yaşadınız mı?	Evet ( ) Hayır ( )
31. İdrar kaçırma sorununu ne zamandır yaşıyorsunuz?	
32. Ne kadar sıklıkla idrar kaçırsınız?	Ayda birkaç kez ( ) Yılda birkaç kez ( ) Günde birkaç kez ( ) Düzenli olarak ped kullanmayı gerektirecek kadar ( )
33. İdrar kaçırma sorununuzun başlama nedeni nedir?	Doğum sonrası ( ) cerrahi ( ) Hamilelik ( ) kronik hastalık ( ) Menopoz ( ) İlaç kullanımı ( ) Diğer .....
34. Ailede anne ve kız kardeşte idrar kaçırma şikayeti var mıdır?	Evet ( ) Anne ( ) Kızkardeş ( ) Hayır ( )
35. İdrar kaçırma nedeniyle ped kullanmak durumunda kalıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
36. İdrar kaçırma sorununuza yönelik nasıl önlemler alıyorsunuz?	
37. Bu şikayetiniz nedeniyle doktora gidip tedavi oldunuz mu?	Evet ( ) Hayır ( )
38. Başvurmadıysanız neden başvuru yapmadınız?	
39. İdrar tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için egzersiz yapıyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
40. Yaşadığınız idrar kaçırma durumu sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç rahatsız etmiyor ( ) Hafif düzeyde rahatsız ediyor ( ) Orta düzeyde rahatsızlık veriyor ( ) Çok rahatsız ediyor ( )
41. İdrar kaçırmayı sağlık problemi olarak düşünüyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
42. İdrar kaçırma ile ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?	Evet ( ) Hayır ( )

## EK 2. I-QOL Türkçe Versiyonu

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

### EK 3. I-QOL İzin Formu

**Gönderen:** nebahat <nozerdogan@ogu.edu.tr>

**Gönderildi:** 18 Ocak 2016 Pazartesi 12:31

**Kime:** 'emel özer'

**Konu:** RE: Merhaba

Sayın Nazlı Emel Özer,

Üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeği olan **İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğini (Incontinence Quality of Life – I-QOL)** çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Ebelik Bölüm Başkanı





#### EK.4 UDI-6 Türkçe Versiyonu

#### UROGENİTAL DİSTRESS ENVANTERİ -6 (UROGENİTAL DİSTRESS İNVENTORY SHORT FORM-UDI-6)

UDI-6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1.	Sık idrara çıkma?	0	1	2	3
2.	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçıрма?	0	1	2	3
3.	Öksürme veya hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçıрма?	0	1	2	3
4.	Damla damla az miktarda idrar kaçıрма?	0	1	2	3
5.	İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?	0	1	2	3
6.	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

## EK 5. Etik Kurul Karar Formu

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

Sayı : 18920478-050.01.04-E.36579  
Konu : Başvuru İncelemesi

01.04.2016


Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayten DİNÇ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üreir İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2016-E.27687 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 30/03/2016 tarih ve 06-11 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

**Karar Tarihi** :30.03.2016 14:00  
**Karar No** :2016-06

**Karar-11)**2011-KAEK-27/2016-E.27687 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'in sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirilmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR.**" kararı verilmiştir.

 e-imzalıdır

Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR  
Başkan

01.04.2016 Sekreter : Faize OTURAN

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

Bilgi için:Faize OTURAN  
Sekreter

## EK.6 ÇOMÜ Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ  
Personel İşleri Birimi

Sayı : 27222899-199/E.26018  
Konu : Kurum İzni

08.03.2016

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 07.03.2016 tarihli ve 78714105-199/E.25095 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nazlı Emel ÖZER' in 15.03-30.06.2016 tarihleri arasında "Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tezi ile ilgili hastanemizde anket yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Mehmet AŞIK  
Başhekim

Dağıtım:

Gereği:

-SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜNE

Bilgi:

-KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM  
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

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

Bilgi için: Oğün GEZEN  
İşçi

## EK 7. Çanakkale Devlet Hastanesinde Çalışma Yapılmasına Dair İzin Onay Formu



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Çanakkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ÇANAKKALE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ÇANAKKALE İLİ KHBGS EĞİTİM VE  
AR-GE BİRİMİ  
15/02/2016 09:51 - 33598204 - 774 99 - E 31  
00019194542

Sayı : 33598204/774.99  
Konu : Nazlı Emel ÖZER Tez Çalışması

Sayın Nazlı Emel ÖZER

Çanakkale Devlet Hastanesinde "Menapoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinens Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu anket çalışmanız Genel Sekreterliğimiz "Araştırma Başvuruları Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiş olup,söz konusu çalışmanızı Araştırma protokolü kapsamında ,Hasta ve Çalışan Güvenliği kriterlerine uygun olarak gönüllülük esasına göre Çanakkale Devlet Hastanesinde gerçekleştirmeniz Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Tezcan SEZGİN  
Genel Sekreter

TOKİ 960 Konutları Hamidiye Mah. Rauf DENKTAŞ Cad.No:3 KEPEZ/Çanakkale  
Gülşen YAĞCI Telefon :02862620010/1220 Faks:02862176363 e-posta :khhbegitim17@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1b0adea4-ba26-4c2f-9237-f32e423a12f3 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

0.5459114791 p5in1den

**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: ... / ... / 20...	Tarih: ... / ... / 20...	
Öğrenci Adı ve Soyadı,	Danışmanın Adı ve Soyadı,	
İmza	İmza	

## EK 9. Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Nazlı Emel	<b>Soyadı</b>	ÖZER
<b>Doğum Yeri</b>	Kadıköy	<b>Doğum Tarihi</b>	28.06.1988
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>TC Kimlik No</b>	66568283644
<b>E-mail</b>	emelozer18@hotmail.com	<b>Tel</b>	05459114791

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>		
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi	2011


### İş Deneyimi

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1.	Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	-2012
2.	Hemşire	İÇDAŞ	2012-2013

## EK 10. Spiralli Tez Kontrol Formu

### SPİRALLİ 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 cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 13 / 06 / 2017	Tarih: 13 / 06 / 2017
Öğrenci Adı ve Soyadı, Nazlı Emel ÖZEL	Danışmanın Adı ve Soyadı, Yrd. Doç. Dr. Ayten Dinc
İmza 	İmza 