



**T. C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği)**

**VAJİNAL ONARIM AMELİYATI GEÇİREN KADINLARIN
YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜBRA ELÇİ

2018

GAZİANTEP

**T. C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği)**

**VAJİNAL ONARIM AMELİYATI GEÇİREN KADINLARIN
YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÜBRA ELÇİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

2018

GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Kübra ELÇİ	Tez Savunma Tarihi	06.08.2018
Tez Adı	Vajinal Onarım Ameliyatı Geçiren Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Geriye Dönük İncelenmesi		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD./ Doğum ve Kadın Hast. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Betül AKTAŞ	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD./ Halk Sağ. Hem. Öğ. Üy.	
Üye	Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Gaziantep Ü./ SBF Hemşirelik AD./Psikiyatri Hem. Öğ. Üy.	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih :/...../.....

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

Bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

06.08.2018

Kübra ELÇİ

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, y¼r¼t¼lmesi ve yazım aşamasında katkısını esirgemeyen, deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte sunan, mesleğini özverili ve onurlu şekilde s¼rd¼rerek bizlere ¼rnek olan değerli danışmanım Prof. Dr. T¼rkan PASİNLİOğLU'na, çalışmamın ilerlemesinde yardımlarını aldığım Dr. ¼ęr. ¼yesi Bet¼l AKTAŞ'a,

Tez çalışmamı hastanelerinde yapmama onay veren Adıyaman ¼zel G¼zde Hastanesi y¼netimine, değerli bilgilerini benimle paylaştıkları için Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Dr. M¼nihe Y¼CEL ve Dr. Selma İNAT ÇAPKIN'a, ¼roloji Uzmanı Dr. M¼sl¼m ERG¼N'e,

Araştırmamın veri tabanını oluşturan, benimle sorunlarını t¼m ayrıntılarıyla açık y¼reklilikle paylaşan kadın katılımcılara,

Bug¼nlere gelmemde b¼y¼k emekleri olan, g¼sterdikleri manevi destek ve tahamm¼lleri ile başarıya ulaşmamı sağlayan canım annem, babam ve ablalarım,

Ayrı ayrı y¼reктen minnet ve teŐekk¼rlerimi sunarım.

K¼bra ELÇİ

ÖZET

Vajinal Onarım Ameliyatı Geçiren Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Geriye Dönük İncelenmesi, SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018.

Bu araştırmanın amacı vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınların yaşadıkları sorunların ve vajinal onarıma sebep olan faktörlerin geriye dönük incelenmesidir. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu çalışma Adıyaman ilindeki Özel Gözde Hastanesi'nde vajinal onarım operasyonu geçiren kadınlar üzerinde yapılmıştır. Araştırma Eylül 2017 - Ağustos 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu hastanede son bir yılda ameliyat olan 110 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin tamamı örnekleme alınmış, ancak çalışma 103 kadın ile tamamlanabilmiştir. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Ürogenital Problemler Formu" kullanılarak toplanmıştır. Veriler bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma için Etik Kurul onayı, kurum izni ve örneklem grubundan aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırma sonucunda kadınların çoğunlukla 18-49 yaş aralığında ve ev hanımı olduğu saptanmıştır. Kadınların tamamının en az 1 vajinal doğum yapmış olduğu, vajinal doğum esnasında yaşadıkları en büyük problemin genital bölgede yırtılma olduğu belirlenmiştir. Kadınların vajinal onarım ameliyatı öncesinde sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, idrar kaçırma, kabızlık, genital bölgede sarkma ve bazı cinsel ve psikolojik problemler yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların yaşadığı tüm bu sorunlar nedeniyle günlük hayatlarının ve sosyal hayatlarının olumsuz etkilendiği, kadınların çok büyük bir kısmının kendilerinin geçirdiği vajinal onarım ameliyatını başkalarına da önerdikleri saptanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; Ebe; Vajinal Onarım; Deformasyon; Ürogenital Problemler

ABSTRACT

A Retrospective Investigation of Factors Affecting Problems Faced by Women Having Vaginal Repair Surgery, Department of Nursing, Institute of Medical Sciences, SANKO University, Master's Thesis, Gaziantep, 2018

The aim of this research is to investigate problems faced by women having vaginal repair surgery and factors leading to vaginal repair. This study, which is a descriptive and cross-sectional research, was conducted at Private Gözde Hospital in Adıyaman and focused on women having vaginal repair surgery. This research was conducted between September 2017 and August 2018. The population of the study consisted of 110 women who had a vaginal repair surgery in the hospital. Total population sampling was benefited; however, the study was completed with only 103 women. Data was collected by means of 'Personal Information Form' and 'Urogenital Problems Form'. Data was evaluated through SPSS 23.0. For the study, ethics committee approval, institutional approvals and informed consent from the sampling group were obtained. It was found out that the women were between the ages of 18 and 49 years and that they were mostly housewives. It was also found out that all the women had at least one vaginal birth and the major problem they have during vaginal birth is tearing in the genital area. It was obtained before vaginal repair surgery the women had some problems such as frequent urinary tract infection, urinary incontinence, constipation, sagging in the genital area and some sexual and psychological problems. It was found out that because of all these problems women's daily life and social life are affected adversely and most of the women suggest vaginal repair surgery that they had before to any other women. Some suggestions have been made according to the results of the research.

Key Words: Nurse; Midwife; Vaginal Repair; Deformation; Urogenital Problems

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa No
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kadın Üreme Sisteminin Anatomisi	4
2.2. Kadın Üreme Sistemini Destekleyen Yapılar.....	10
2.3. Vajenin Anatomisini Bozan Faktörler	13
2.4. POP'un Tedavisi.....	14
2.5. POP'un Sınıflandırılması.....	18
2.6. POP'da Tarama ve Muayene	20
2.7. POP'dan Korunma.....	22
2.8. POP'un Epidemiyolojisi.....	23
2.9. POP'un Patogenezi	24
2.10. POP'ta Risk Faktörleri	24
2.11. POP'ta Hemşirelik Yaklaşımı.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.4. Verilerin Toplanması	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	30

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
3.8. Araştırmanın Etik Kuralları	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIşMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
7. KAYNAKLAR.....	45
8. EKLER	
EK - 1 Kişisel Bilgi Formu	
EK - 2 Ürogenital Problemler Formu	
EK - 3 Etik Kurul Karar Formu	
EK - 4 Kurum alışma İzni	
EK - 5 Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Onam Formu	
EK - 6 İntihal Raporu	
EK - 7 Özgeçmiş	

KISALTMALAR

POP: Pelvik Organ Prolapsusu

TOT: Transobturator

UI: Üriner İnkontinans

ICS: International Continence Society- Uluslararası Kontinans Derneği

POP-Q: Pelvik Organ Prolapsusu Sınıflandırma Sistemi

GH: Genital hiatus

TVL: Total vaginal uzunluk



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ile İlk Evlenme ve İlk Doğum Yaş Ortalamaları	32
Tablo 4.3. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Fizyolojik Problemlerin Dağılımı	33
Tablo 4.4. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Cinsel ve Psikolojik Problemlerin Dağılımı	34
Tablo 4.5. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Problemlerin Günlük Yaşantıya Etkisinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.6. Kadınların Ameliyat Olma Kararında Etkili Olan Kişilerin Dağılımı	35
Tablo 4.7. Ameliyat Sonrası Geçen Süre ve Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadığı Problemlerin Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 4.8. Kadınların Ameliyatı Başkasına Önerme Durumlarının Dağılımı	37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Kadın Dış Üreme Organları	5
Şekil 2.2. Kadın Yatar Pozisyonda İken İç Üreme Organlarının Sagittal Kesitten Görünüşü.....	7
Şekil 2.3. Kadın İç Üreme Organlarının Önden Görünüşü	9
Şekil 2.4. Kadın Perinesinde Pelvik Taban Kasları	11
Şekil 2.5. Kadın Pelvisinin Önden ve Yandan Görünüşü	13
Şekil 2.6. Kadınlarda TOT Yöntemi	17



1. GİRİŞ

Vajinal onarım ameliyatı gerektiren pelvik taban bozuklukları ve vajinal deformasyonlar kadınların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü bu kadınlar, idrar ve dışkı yapma ile ilgili problemlerin yanı sıra çeşitli cinsel sorunlar da yaşamaktadırlar. Bütün bu sorunlar psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir. Kadınlarda boşalamama, cinsel istekte azalma, cinsel birleşme sırasında ağrı hissetme ve cinsel birleşme sıklığında azalma gibi sorunlar yaşanabilir. Bu kadınların cinsel çekicilikte azalma ve beden imajında değişiklik hissettikleri, cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma korkuları yaşadıkları ve cinsel ilişkiden kaçındıkları belirlenmiştir (Kılıç ve ark., 2011).

Türkiye'deki kadınların büyük bir kısmı kısa aralıklarla doğum yapmaktadırlar. Kadınların kısa aralıklarla doğum yapması pelvik destek yapılarının bozulmasına yol açmakta ve buna bağlı sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Orta ve ileri yaş grubundaki kadınların sağlık sorunları arasında pelvik organ prolapsusu (POP) önemli bir yer tutmaktadır (Taşkın, 2016; Yalçın ve Deliler, 2004).

POP ya da pelvik relaksasyon terimi, pelvis destek sisteminin gevşemesi pelvik organların kas, fasyal desteğinin zayıflaması, uzaması veya bozulması anlamlarına gelmektedir. Pelvik tabanın bozulması sonucunda (POP), üriner inkontinans (UI), diğer alt üriner sistem dolum ve boşaltım bozuklukları, bazı pelvik ağrı sendromları ve cinsel fonksiyon bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Eryılmaz, 2008; Taşkın 20016; Yalçın ve Delier, 2004). Bu durumlar kadını sosyal, cinsel, fiziksel ve psikolojik yönden yüzde on beş ile otuz oranında etkilemektedir (Kelleher ve ark., 1997).

POP kadın yaşamında doğrudan bir tehdit unsuru olmamasına rağmen yaşam kalitesinin olumsuz seyretmesi açısından önemli bir role sahiptir (Barber, 2005; Jelovsek ve Barber, 2006). POP oluşumunun risk faktörleri arasında gebelik, vajinal doğumla dünyaya gelen iri bebek, zor doğum, müdahaleli doğum, post menopoz döneminde ki düşük östrojen seviyesi, astım, kronik bronşit, sigara kullanımı sonucu bağlı gelişen kronik öksürük ve kabızlık gibi birden fazla faktör rol oynamaktadır (Eryılmaz, 2008). Doğum fizyolojik bir olay olduğu halde POP'un oluşmasında önemli bir yeri vardır (Zimmerman, 2003).

Kadınların anal inkontinansının ana etiyolojik nedeni 3. ve 4. derece perine yırtıklarına bağlı sfinkter yaralanmalarına neden olan travmatik vajinal doğumlardır (Yücel ve ark., 2008).

Kadınlarda POP prevalansının %3-6 oranında olduğu belirtilirken, doğum yapmış kadınlarda fizik muayenede %50'lere ulaşan sıklıkta olduğu görülmektedir (Küçük ve ark., 2016).

Vajinal doğum yapan kadınlarda pelvik taban bozuklukları ve vajinal deformasyonlar daha fazla görülmektedir. Bu durumun farkında olan kadınlar sezaryen ile doğum yapmak istemektedirler. Ayrıca kadın doğum uzmanlarının destekleyici yaklaşımları sonucunda artan oranlarda sezaryen doğumlar görülmektedir (Dilbaz, 2008).

Perine kadınlar için çok önemli bir yere sahiptir. Doğum sırasında esneyip birbirinden ayrılması sonucu vajenin arka duvarından gelen destek sistemini bozmakta ve genellikle rahim sarkmasına sebep olmaktadır. Anatomik fonksiyonu bozulmuş olan pelvik taban; mesane ve bağırsaklarda inkontinansa yol açmaktadır. Perineal travmaların azalması doğum sonunda perineal bölgenin iyileşmesinin daha hızlı olmasını sağlar (Karaöz ve Saruhan, 2012).

4.500 gram ve üzeri (iri) bir bebeğin normal (vajinal) yolla doğumundan sonra vajenin normal anatomik yapısından daha geniş bir duruma gelmesi söz konusudur. Doğum anında çok fazla esneyen pelvis taban kaslarının birbirinden ayrılması bu durumun ana sebeplerinden biridir (Yüksel, 2012).

Oxford Aile Planlaması Derneği'nin yaptığı çalışmaların sonucunda paritenin (doğurulan çocuk sayısı) POP için en önemli risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır. POP vajinal onarım ameliyatlarıyla düzeltilmediği takdirde gevşeme ilerler; semptomlar arttıkça durum daha da kötüleşebilir (Mant ve ark., 1997).

Vajinal yolla veya sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda, hiç doğum yapmamış kadınlara oranla stres üriner inkontinans görülme riski daha fazladır. Öyküsünde bir tane vajinal doğum öyküsü bulunan hastaların dahi yumuşak dokusunda hasarlar izlenebilir. Elektif sezaryenin vajinal doğuma göre koruyucu etkisi bulunmaktadır. Buna rağmen vajinal doğum kararını takiben dilatasyon sonrası yapılan acil sezaryen doğumda da pelvik taban invazyonunda hasar söz konusudur (Polat ve ark., 2012).

POP'un en sık görülen belirtileri; pelviste dolgunluk , aşağı doğru sarkma ve gerilme hissi, vajende ele dolgunluk gelmesi, miksiyon ve defakasyon şikayetleri, stress idrar kaçırma, yorgunluk ve cinsel ilişkide haz almanın azalmasıdır (Eryılmaz, 2008; Taşkın, 2016).

A.B.D'de her yıl yaklaşık olarak 200.000 civarında hastaya POP için vajinal onarım operasyonu yapılmaktadır (Boyles ve ark., 2003). Olsen ve arkadaşları (1997) tarafından

yapılan araştırmaya göre, A.B.D’de kadınların hayatı boyunca genital organ sarkması ya da idrar kaçırmaları nedeni ile bir operasyon geçirme olasılığı yüzde on bir olarak belirlenmiştir (Kılıç ve ark., 2011).

Kadınlarda yaygın olarak görülen ve onların yaşam kalitesini, psikososyal durumunu, benlik saygısını ve cinsel hayatını olumsuz yönde etkileyen bu durumun nedenleri ve czmleri dikkatle ele alınıp değerlendirilmelidir. Bu alışma kadının yaşam kalitesinin önemli ölçüde düşmesine neden olan POP’un oluşmasına neden olan faktörlerin belirlenmesi, POP’un oluşmasının önlenmesi veya en aza indirilmesi, POP’un oluştuğu durumlarda ise anatomik yapının tekrardan eski haline getirebilecek yöntemlerin araştırılması ve belirlenmesi açısından önemli role sahiptir.

POP’ u olan kadınların cinsel hayatlarının kalitesini arttırmak amacıyla çeşitli uygulamalarda hemşirelerin önemli rolleri vardır (Kılıç ve ark., 2011). Kadınların çoğunun hayatları boyunca karşılaşabildiği POP ve buna bağlı yaşadığı semptomlar; sağlık açısından olduğu kadar yaşam kalitelerini de negatif yönde etkilemektedir (Aslan, 2002; Akhan, 2009; Eryılmaz, 2008). Hastaların yaşam kaliteleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir bağ vardır. Bu neden ile hemşireler kadınların, prognozuna ve tedavilerine yönelik bilgi gereksinimlerinin ve olası risk faktörlerinin giderilmesi ve bu durumla başa çıkabilmesi, temizlik ve konfor üzerine etkilerini belirleyerek bunların czmlerine yönelik girişimlerde bulunulması, POP’dan korunma ya da tedaviden sonra POP’ un oluşmaması için yapılacaklar hakkında kadının bilgilendirilmesinde rol almaktadır (Eryılmaz, 2008).

Bu araştırmanın amacı; vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınların yaşadıkları sorunlar ve etkileyen faktörlerin geriye dönük olarak incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Üreme Sistemi Anatomisi

Kadın üreme sistemi üreme organları aracılığı ile işlevini yerine getirir. Üreme organlarının bir kısmı vücudun içinde bir kısmı ise vücudun dışında yer alır. İç üreme organları pelviste bulunmaktadır. Pelvik taban kasları tarafından desteklenir (Taşkın, 2016).

Kadın dış genital organlar arkus pubisin ön alt kısmında yerleşik bulunmaktadır (Genç Hekimler, 1997). Kadında dış üreme organlarının hepsine birden vulva adı verilir. Kadında üreme sistemi, over hormonlarının (estrogen, progesterone) etkisiyle büyür ve gelişir. Bu gelişme kız çocuğu anne rahmindeyken başlar çocukluktan ergenliğe geçerken ve doğurganlığı süresince devam eder. Kadının yaşının ilerlemesi ve menopozla birlikte over hormonlarının azalması sonucu üreme organlarında atrofi görülür (Taşkın, 2016).

Kadın Dış Üreme Organları

Perincede yerleşik bulunan dış üreme organları ölçüsü, rengi ve şekli bakımından kişiye göre değişmektedir. Genetik özellikler, yaş, ırk ve doğum sayısına bağlı olarak kadından kadına farklılık göstermektedir (Taşkın, 2016).

Seks hormonlarının etkisi altındadırlar. Çocukluktan seniuma kadar fonksiyonel ve dokusal olarak değişme gösterirler (Arısan,1997).

Dış Üreme Organları (Taşkın, 2016)

- * Mons Pubis
- * Labium Major
- * Labium Minör
- * Klitoris
- * Vestibul
- * Hymen (Kızlık Zarı) ve
- * Bartolin Bezleri'nden oluşur

Mons Pubis

Yağ dokusu ve gevşek bağ dokusundan meydana gelmiştir. Gevşek bağ dokusu sayesinde bölgede oluşan ödem fark edilmektedir. Puberte döneminin başlaması ile mons pubisin üstü kıllarla örtülmeye başlar (Taşkın, 2016).

Labium Major (Büyük Dudaklar)

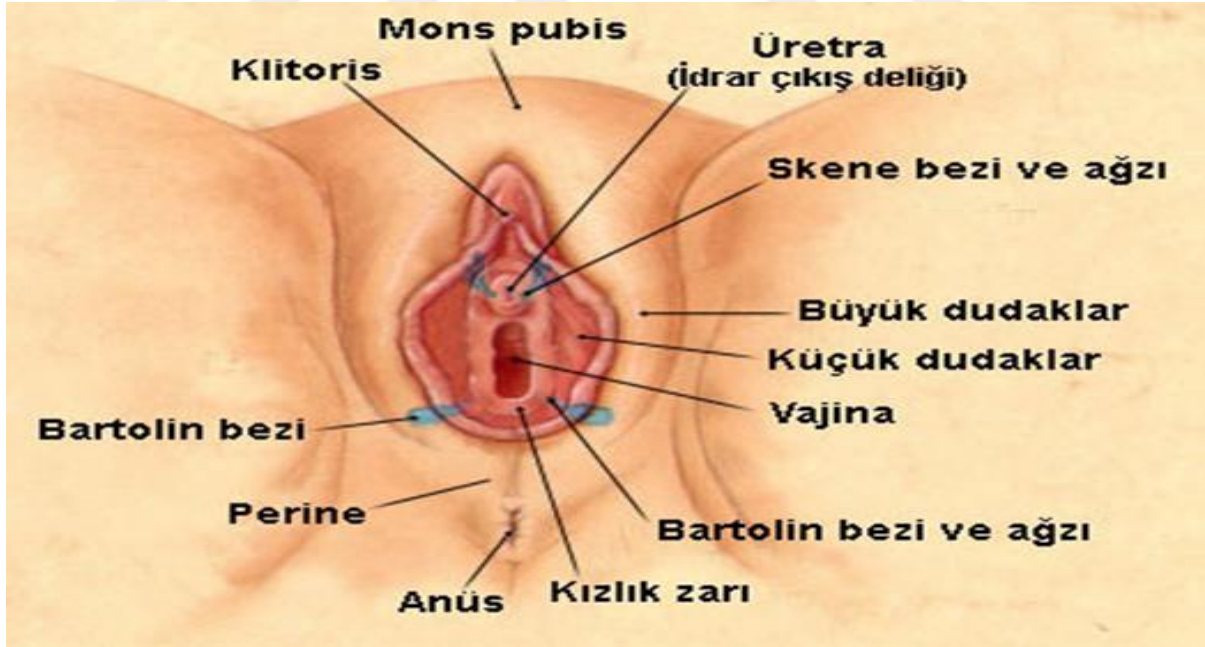
Mons pubisten aşağı doğru uzanan, bağ ve yağ dokusundan meydana gelmiş sağ ve sol olmak üzere iki deri kıvrımıdır. Puberte ile birlikte üzeri kıllarla örtülmeye başlar. Üretral ve vajinal açıklık ile labia minörleri çevreler ve korurlar. Yapısal olarak sinir ve damar yönünden oldukça zengindir (Taşkın, 2016). Genç kızlarda ve hiç doğum yapmamış kadınlarda iç yüzleri birbirine değmektedir (Arısan,1997).

Labium Minör (Küçük Dudaklar)

Labium majuslar ayrıldığında görünen kırmızımsı iki doku kıvrımıdır. Hiç doğum yapmamış kadınlarda genelde görünmezken, doğum yapmış kadınlarda labium majusun üstüne bile çıkabilirler (Genç Hekimler, 1997).

Klitoris

Labia minörlerin üstte birleştiği kısma verilen addır. Silindirik, kısa ve erektil bir organ olup sinir ve damar yönünden oldukça zengindir. Bu sebeple doğumlarda, yırtılmalarda ve yaralanmalarda çok fazla kanar (Taşkın, 2016).



Şekil 2.1. Kadın Dış Üreme Organları

(Lowdermik D L. ,Perry S E. Maternity and Woman Health. Eight Edition. Mosby Company. Philadelphia 2004)

Vestibül

Labia minörler aralandığında görünen üçgen sahadır. Vajina ve üretranın açıldığı yerdir. Yüzeyi mukozal ve ince bir yapıya sahiptir. Akıntıdan, kimyasal maddelerden ve ısıdan kolayca etkilenir (Taşkın, 2016).

Hymen (Kızlık Zarı)

Bağ dokusu ve damarlardan oluşan ince bir deri kıvrımıdır. Zarın üzerinde kadından kadına değişiklik gösterecek şekilde, adet kanamasının dışarı atılmasını sağlayan delikler bulunmaktadır. İlk cinsel ilişkide yırtılır ve az miktarda kanama olur. Bu yönüyle kızlık zarına namus bekçiliği anlamı yüklenmiştir (Taşkın, 2016).

Bartolin Bezleri

Vulvada bulunan en büyük bezdir. Kanalları ile vestibüle açılmaktadır. Vajinanın karşılıklı her iki kısmında yer almaktadır. Seksüel uyarılarda salgıladığı mayi ile vajinanın kaygan olmasını sağlar (Taşkın, 2016). Otuz yaşından sonra atrofiye uğrarlar (Genç Hekimler, 1997).

Perine

Ön kısımda mons veneris, arka kısımda gluteal ve koksigeal bölgeler ile yan tarafta femoral bölgelerle komşuluk yapar. Ortada vulva arka tarafta anüs ile komşuluk yapar. Perinenin üzeri cilt ile örtülü olup cilt altında; yağ dokusu, adale ve fascia bulunur (Genç Hekimler, 1997).

Kadın İç Üreme Organları (Taşkın, 2016).

- * Vajina
- * Uterus
- * Tuba Uterinalar / Fallop Tüpleri
- * Overler' den oluşmaktadır

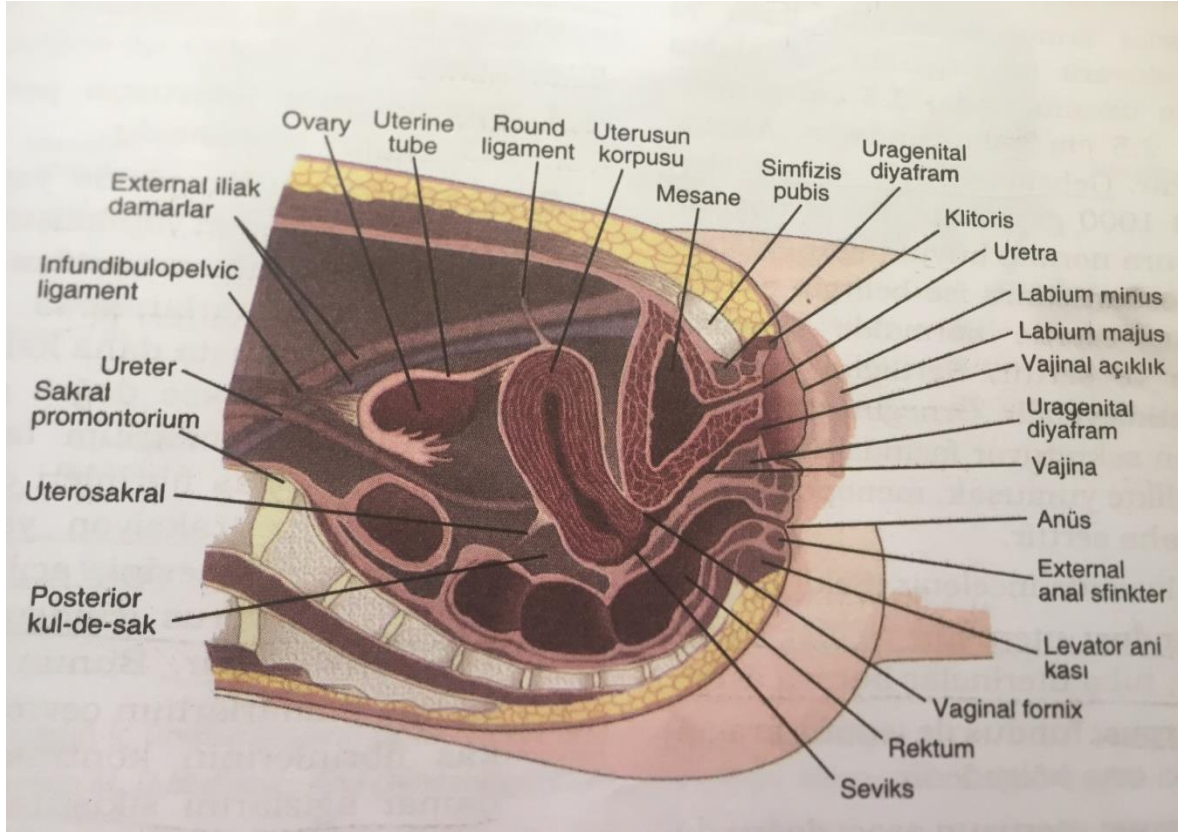
Vajina

Uterusun alt kısmında serviksten vajinal açıklığa kadar uzanan yaklaşık 7-10 cm uzunluğunda, ince duvarlı, genişleme kapasitesine sahip bir kanaldır. Vajen mukazası rugae denen katlardan oluşmuştur. Bu katlar vajenin doğum sırasında esneyip genişlemesine yardımcı olur (Taşkın, 2016). Kadınlarda vajenin üst kısmının üçte biri müllerien kanaldan,

alt kısmının üçte ikisi ürogenital sinisten oluşmaktadır (Genç Hekimler, 1997).

Vajinanın Görevleri (Taşkın, 2016)

- Adet kanının dışarıya atıldığı yol
- Cinsel ilişki yolu
- Doğal doğum yolu



Şekil 2.2. Kadın yatar pozisyonda iken iç üreme organlarının sagittal kesitten görünüşü

(Lowdermik D L., Perry S E. Maternity and Women Health. Eight Edition. Mosby Company. 2004)

Uterus

Düz kas yapısında içi boş bir organdır (Arısan, 1997). Uterus, pelvik kavitede mesanın arkasına, rektumun önüne yerleşmiştir. Kaslı ve kalın duvarlı bir organ olup şekli armuta benzemektedir. Ortalama 60 gr ağırlığında, 2,5 cm kalınlığında, 7,5 cm uzunluğunda ve 3,5 cm genişliğindedir. Öne yatık (anterversiyon) pozisyonunda ve hareketli bir organdır (Taşkın, 2016).

Uterusun Bölümleri (Taşkın, 2016)

1. *Fundus*; Tuba uterinaların açıldığı bölüm olup uterusun en üst kısmıdır.
2. *Korpus*; İstmus ile fundus arasındaki bölgeye verilen addır.
3. *İstmus*; Aşağı doğru daralan bölgedir.
4. *Serviks*; Alt segmenti olarak bilinir

Yeni doğan kız çocukların da corpus oranı terstir (Arısan, 1997). Yaklaşık olarak 2,5-3 cm uzunluğundadır. İçinde servikal kanal yer alır. Servikal kanalda bulunan noboth glandları kokusuz, irritan olmayan bir mukus salgırlar. Bu mukus over hormonları olan estrojen ve progesteronun kontrolü altındadır (Taşkın, 2016).

Uterusun Tabakaları (Taşkın, 2016)

1. *Endometrium*; Uterusun en içteki epitel tabakasıdır. Bu tabaka overlerden salgılanan estrojen ve progesterone hormonlarının etkisi altındadır. Her ay gebeliğe hazırlanır, gebelik olmazsa soyularak dökülür. Buna adet kanaması denir.
2. *Myometrium*; Endometrium tabakasının hemen dışında yer alan kas tabakasıdır. Uterusun en kalın tabakasıdır.
3. *Perimetrium*; Kas tabakasının dışında yer alan zar tabakasıdır

Uterusun Görevleri (Taşkın, 2016)

- Her ay endometriumu gebeliğe hazırlar, gebelik oluşmaz ise menstruasyon ile endometrium atılır.
- Embriyo ve fetüsü gebelik boyunca içinde taşır, embriyo ve fetüsün büyüme ve gelişmesini sağlar.
- Vajinal doğum eyleminde, güçlü kontraksiyonlarla doğumun gerçekleşmesini sağlar

Tuba Uterinalar / Fallop Tüpleri

Uterusun üst yan köşelerinden yanlara doğru uzanan bir çift uzun ince tüptür. Yaklaşık 10 cm uzunluğundadır (Genç Hekimler, 1997). 0,6 cm çapında, içten dışa doğru mukoza, kas ve seroza tabakalarından meydana gelmiştir. Tuba uterinaların iç kısmı tek katlı, silialı epitel hücreleri ile kaplıdır. Bu hücreler salgı üretir ve tubaların iç yüzeylerinin nemli kalmasını sağlar. Erkeklerdeki vaz deferenslerin karşılığıdır (Taşkın, 2016). Ovumun uterusu taşınmasını sağlar (Arısan, 1997).

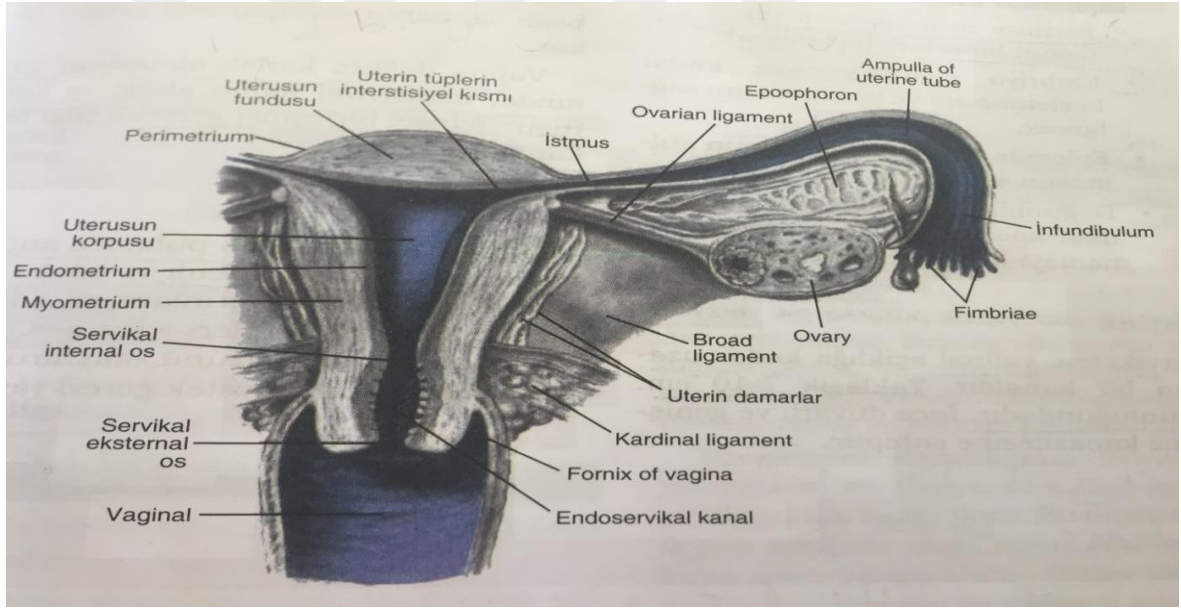
Tüplerin Bölümleri (Taşkın, 2016)

1. *İnfundibulum*; Overlere en yakın kısımdır. Uçları açık olup uçlarında fimbria denen saçak şeklindeki oluşumlar yer alır.
2. *Ampulla*; Döllenme (fertilizasyon) burada olur, tüplerin en geniş kısmıdır.
3. *İstmus*; Tüplerin en dar, uterusu en yakın kısmıdır

Seks hormonlarının etkisi ile tuba uterinaların müsküler ve salgısal fonksiyonları yürütülür (Arısan, 1997).

Tüplerin Görevleri (Taşkın, 2016).

- Ovulasyonla over yüzeyinden atılan ovumun tüplere alınmasını sağlamak
- Döllenmediği takdirde ovumun uterusu taşınmasını sağlamak
- Döllenmiş ovumun (zigot) uterusu taşınmasını sağlamak



Şekil 2.3. Kadın iç üreme organlarının önden görünüşü

(Bobak İ, Jensen M, D, Maternity And Gynecologic Care, Fifth edition. Mosby com. California 1992)

Overler (Yumurtalıklar)

Tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın olup, uterusun her iki yanında konumlanmışlardır. Yumurtalıklar görünüm itibariyle bir bademi anımsatmaktadır (Arısan, 1997). Overler ölçü olarak; 4 cm uzunlukta, 1 cm kalınlığında, 2 cm genişliğindedir. Overler ligamentum ovarii denilen bağlar ile uterusu bağlanmıştır (Taşkın, 2016). Puberteden önce ovariumun dış kısmı

pürüzsüz ve düz, ovulasyon başladıktan sonra girintili ve çıkıntılı bir hal alır (Arısan, 1997).

Overlerin Görevleri;

- Ovulasyon yaparak yumurta hücresinin olgunlaşım overlerden atılmasını sağlamak
- Kadınlık hormonu olan estrojen ve progesterone salgılamak (Taşkın, 2016).

2.2 Kadın Üreme Sistemini Destekleyen Yapılar

Kadın üreme sistemi destek yapıları pelvis, pelvis tabanı ve ligamentlerden oluşmaktadır (Taşkın, 2016). Pelvik taban sistemi aktif ve pasif destek sisteminden oluşmaktadır. Pasif destek sistemi; kemik pelvis ve bağ dokusundan oluşur. Kemik pelvis; Sakrum, koksiks ve iskiümden oluşur. Bağ dokusu; parietal fasya, levator ani kasının tendinöz arkusu, pelvik fasyanın tendinöz arkusu ve visseral fasyadan oluşmaktadır. Aktif destek yapıları; kaslardan ve sinirlerden oluşmaktadır (Korur, 2008).

Pelvis Tabanı (Taşkın, 2016)

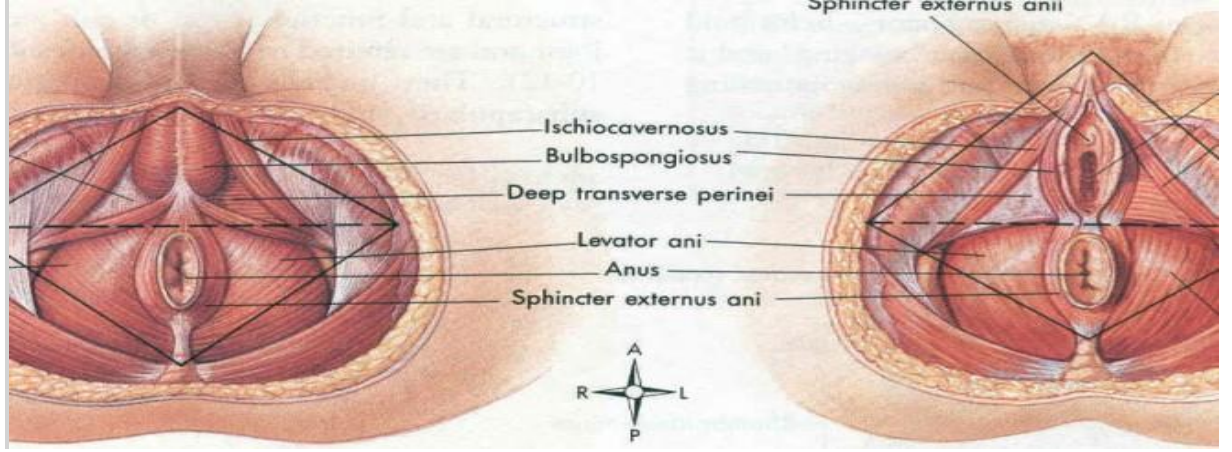
Pelvis tabanını oluşturan yapılar içten dışa doğru ;

- * Pelvis diyafragması
- * Ürogenital diyafragma
- * Pelvik fasia dan oluşmaktadır

Pelvis Diyafragması

Pelvis diyafragması pelvis fasiası ile M. Levator Ani'den oluşmaktadır. Bu kas grupları pelvik tabanın en güçlü desteğidir. Pelvik organlarının ayakta dururken tutunmaları için, yeterli desteği sağlamaktadır (Taşkın, 2016).

M. Levator Ani, pubo-rektalis, iliokoksigeus ve pubo-koksigeus kaslarından meydana gelmektedir. (Pirinççi, 2005). Pelvis diyafragmasında üretra, vajen ve rektum organları yer almaktadır (Taşkın , 2016).



Şekil 2.4. Kadın Perinesinde Pelvik Taban Kasları
(Özdemir M A, Pelvik Taban Kasları, 2014)

Ürogenital Diyafragma

Pelvis diyafragması altında bulunmaktadır. Doğum işlevi yönünden önem taşır. Bu diyafragma üçgen biçiminde olup, pubis arkının çukuru içine yerleşiktir. Perine fasyasının derin tabakası ile perineal kasları içerir. Ürogenital diyafragmada M. bulbokavernosus, M. superior transfer perineum ve M. sfinkter ani kasları bulunur (Taşkın, 2016).

Derin transvers perineal kası, perineal fasyası ve eksternal üretral sfinkter kası ile fasyasından oluşan ürogenital diaframın en üst kısmı puboüretral ligamenti destekleyerek üretrayı pubise yaklaştırmaktadır. Önde ise levator kaslarının yetersizliğinde pelvik çıkıma destek vermektedir (Çopur,2007 ; Güler, 2006).

Pelvik Fasia

Kas tabakaları ile elastik bağ dokusunu içerir. Mesane, serviks, rektum ve vajenin yerlerinde konumlanmalarını sağlar. Pelvis fasyasının yapısının bozulması durumunda, pelvis organlarının yerleri değişir ve aşağı doğru sarkar. Hem pelvis diyafragması hemde ürogenital diyafragmanın kuvvetli kas fibrinleri ve yapısı üretra, vajina ve anal kanalın sıkışmasını ve iç üreme organlarının normal anatomik pozisyonda kalmasını sağlar. Bunun yanı sıra doğum sırasında vajenin ve perinenin dilatasyonunu, doğumdan sonrada eski haline dönmesini sağlar (Taşkın, 2016). Stres inkontinansı bulunan kadınlarda fasya da bulunan kollajen miktarının ve kuvvetinin daha az olduğu saptanmıştır (Korur, 2008).

Perine Kaslarının Görevleri (Taşkın, 2016)

- Pelvik ve abdominal organları destekleyip ve yerlerini muhafaza etmek
- Defekasyonda dışkının anal kanaldan hareketini sağlamak
- Anal sfinkterin hareketini sağlamak
- Vajinal doğum sırasında fetus başının pelvis çıkımından çıkması için oblikten anteriorposterior pozisyona döndürme hareketini sağlamak

Kemik Pelvis (Pelvis Tabanı) (Taşkın, 2016)

Pelvisin kemik oluşumu görünüşü itibariyle leğene benzer. Bu nedenle leğen kemiği denir. Toplam 4 kemikten oluşmuştur. Bunlar iki koksia kemiği, 1 koksiks ve 1 sakrum kemiğidir. Bu kemikler birbiri ile dört eklem aracılığı ile birleşmektedir. Bunlar;

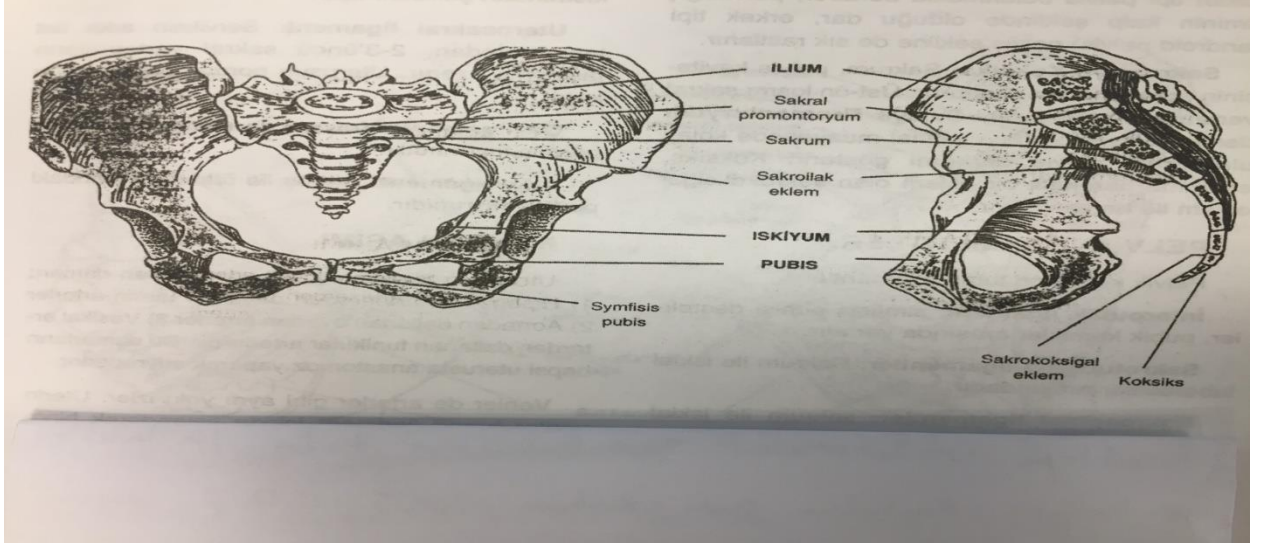
- Simfisiz pubis eklemi (1 adet)
- Sakro-koksigeal eklem (1 adet)
- Sakroiliak eklem (2 adet) (Taşkın, 2016).

Bu eklemlerin yüzeyleri fibro-kartilaj doku ile örtülmüştür. Bu yapılar gebelikte yumuşayıp kalınlaşarak pelvisin hareket yeteneğini sağlar. Kalça kemikleri olan koksalar simetrik bir şekilde iki tarafa açılırlar.

Her bir koksia 3 bölümden meydana gelmiştir. Bunlar;

- İlium
- İskium
- Pubis

Pelvik tabanının fonksiyonları; POP'u önlemek, kontinansı sağlamak, defekasyon ve miksiyonu kolaylaştırmaktır. Seksüel fonksiyonun ve doğum kanalının parçası olarak bilinirler (Aksoy, 2006).



Şekil 2.5. Kadın Pelvisinin Önden ve Yandan Görünüşü

Martin, L.L., Reeder, S., (1991). Essential of Maternity Nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company

Pelvik kemikleri bir arada tutan ligamentler (bağlar) vardır. (Taşkın, 2016).

Bunlar;

- İnterpubik ligament
- Sakrotuberos ligament
- Sakrospinal ligament
- Sakroiliak ligament
- İnguinal ligament

Üreme organlarını ve pelvik organları bir arada tutan ligamentler vardır. Bunlar;

- Broad ligament,
- Kardinal ligament,
- Round ligament,
- Uterosakral ligamentdir

2.3. Pop'a Neden Olan Faktörler

Kadınlarda pelvik organ prolapsusu oluşumuna; vajinal deformasyonların etkili olmasının yanı sıra POP'un ilerlemesini ve oluşumunu kolaylaştıran bazı risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri arasında;

- Astım,

- Gebelik,
- Vajinal doğumla dünyaya gelen iri bebek,
- Zor doğum, müdahaleli doğum,
- Post menopoz döneminde ki düşük östrojen seviyesi,
- Kronik bronşit,
- Sigara kullanımına bağlı kronik öksürük,
- Kronik kabızlık (Eryılmaz, 2008).
- Parite (Mant ve ark., 1997).
- Marfan veya Ehler-Danlos Sendromu gibi kollojen doku bozuklukları, yapısal bağ dokusu hastalıkları,
- Kronik kortikosteroid kullanımı bağ dokusunu güçsüz kılmaktadır (Eryılmaz, 2008; Zimmerman,2003).

2.4. Pop'un Tedavisi

POP'un tedavi şekli; hastalığın derecesine ve şiddetine, yaşanan semptomlara ve kadının tedaviden beklentisine, yaşına, gebelik isteğine, kronik hastalıklarına, daha önce geçirmiş olduğu cerrahilere göre değişmektedir (Sutar ve ark., 2016). Tanı, korunma ve tedavi aşamasında; hemşire, hekim, hasta ve diğer sağlık ekibinin beraber çalışması, semptomların ayrıntılı değerlendirilip tüm sistemlerin (jinekolojik, gastrointestinal, ürolojik, psikolojik, nörolojik, iskelet ve kas sistemi) muayene edilmesi, gerekli konsültasyonların yapılması ve hastanın beklentilerine cevap verilmesi öncelikli olmalıdır. Hagen'in aktardığına göre Digesu ve ark. (2005), POP'ta kullanılan tedavi yöntemi; hastanın yaşına, gebelik durumuna ve planı, sağlık ve yaşam kalitesi algıları, mevcut sağlık durumu, tedaviden beklentisi ve tedaviye uyumu, inkontinansın bulunup bulunmama durumu, inkontinansın tipi ve derecesi gibi faktörler dikkatle incelenmelidir. POP'a yönelik uygulanan tedavi şekilleri; konservatif tedavi (davranışsal tedavi, ilaç tedavisi, pelvik taban fizyoterapisi) ve cerrahi operasyonlardır (Hagen ve Stark, 2011). POP'un seviyesine, türüne ve hastaya uygunluğuna göre cerrahi olmayan tedavi yöntemleride kullanılabilir. Bunlar;

Davranışsal Tedavi

Tedavinin amacı mesanenin kapasitesini artırıp mesane kontrolünü sağlamaktır. Kolay uygulanan, yan etkileri olmayan, ucuz ve basit etkili bir yöntemdir (Halil, 2006).

Konservatif Tedaviler

Cerrahi olmayan yöntemlerin beraberinde kullanılan tedavi yöntemidir. Konservatif tedavilerin amacı; BKİ, sıvı alımını ve barsak fonksiyonlarını düzenlemektir (Çelik ve Beji, 2012).

Pelvik Taban Rehabilitasyonu Programları

Bu programlarda kegel egzersizi, vajinal konlar, biofeedback, elektromagnetik dalgalar, elektriksel stimülasyon, mekanik araçlar (vajinal pesser, vajinal tampon, mesane boynunu destekleyici protezler, diyafram), mesane eğitiminden oluşmaktadır (Eskiyurt, 2005).

Medikal tedavi

Medikal (ilaç) tedavinin amacı; istek dışı üretra kontraksiyonlarını önleyip üretranın kapanma basıncını arttırmaktır (Yalçın, 2000). Tek başına kullanılabileceği gibi davranışsal tedaviyle birlikte uygulandığında daha başarılı sonuçlar vermektedir (Turan, 2004).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Vajinal doğumdan sonra vajinanın anatomisinin bozulması durumunda sadece koruyucu yöntemleri ile bu durumun düzelmesi imkansızdır. Bu durum sadece vajinoplasti ya da perine onarımı adı verilen cerrahi işlemlerle onarılır. Bu cerrahi işlemler ameliyathane ortamında steril bir şekilde genel anestezi altında gerçekleştirilmektedir (Yüksel, 2012)

Perinoplasti

Doğumdan sonra vajinanın deformasyonu durumunda yapılan cerrahi operasyondur. Doğum sırasında en çok hasar alan ya da bebeğin çıkmasını kolaylaştırmak adına kesilen (epizyotomi) kısım; vajina girişi ve anüs arasında ki perine adı verilen kısımdır. Bu kısım anatomisi bozulduğu zaman sarkar, gevşer ve karmaşık bir yapıya dönüşür. Bu bölgeyi tekrar toparlayıp daha derli toplu bir görüntü vermek için, sarkan doku parçaları kesilir ve kaslar tekrar uç uca getirilir. Böylelikle perine anatomisine yakın eski haline dönmüş olur. Yapılan bu cerrahi işleme **perinoplasti operasyonu (perineorrhaphy)** denir. Perinoplasti ameliyatı; ameliyathane ortamında steril bir şekilde ortalama 30 dakika süre ile anestezi uygulanarak yapılır. Operasyon sonrası hasta bir süre gözetim altında tutulduktan sonra

doktorun izniyle aynı gün taburcu edilebilir. Taburcu edildikten bir iki gün sonra hasta sosyal yaşantısına döner. Banyolarını ayakta duş alarak yapabilir. Operasyon esnasında dikişler estetik bir şekilde eriyebilen süturlarla atıldığı için dikişlerin alınmasına gerek yoktur. Doku iyileşmesi çok hızlı bir şekilde gerçekleşir. Hastalar psikolojik olarak rahatlamamanın kendilerine olan güvenlerinin artmasının yanı sıra cinsel ilişki esnasında vajinadan gaz çıkarma sesi giderlebilir, perine daha genç ve sıkı bir görünüme sahip olur (Yüksel , 2012).

Vajinoplasti – Vajina Estetiği

Vajinanın eski haline döndürülmesi için daraltma işleminin yapıldığı bir tedavi yöntemidir. Vajina doğum sayısı fazla olan kişilerde veya zor doğum yapmış kişilerde genişlemeye meyillidir. Vajina yapısında oluşan değişiklikler; vajinal dokuların genişlemesine bağlı cinsel fonksiyon bozukluğuna, idrar yolu enfeksiyonlarına neden olabilir. Bazı kadınlarda vajinal genişleme halinde vajinal kanaldan gaz kaçırmaya benzer sesler gelir ve bu durum birçok kadını rahatsız eder (Yüksel, 2012).

Sistosel Yöntemi

Vajen ön duvarının sarkması ile mesane gözle görülebilir bir şekilde vajinal açıklıktan öne doğru sarkar. İdrar torbasının aşağıya doğru yer değiştirmesine **sistosel (mesane sarkması)** denir. Sistosel kadınlarda gülerken, ağlarken, yürürken günlük yaşantılarında idrar kaçırmalarına neden olur. Bu durum kadınlarda kişisel benlik saygılarında düşmeye ve toplumdan kendilerini izole etmelerine neden olur (Yüksel , 2012).

Sistosel ameliyatı genel ya da spinal anestezi altında ameliyathane ortamında 30 dakikalık bir operasyonla düzeltilmektedir. Sarkan mesane geriye itilerek süturlar yardımıyla mesane normal anatomisine kavuşturulmuş olunur.

Rektosel Yöntemi

Rektosel, vajina arka duvarının sarkması anlamına gelmektedir. Rektosel oluşumunu doğum yapmak, obezite, kronik öksürük ve kronik kabızlık tetikler. Rektosel; bağırsak hareketlerini zorlaştırır ve kabızlığa neden olur. Rektosel operasyonu genel ya da spinal anestezi altında ameliyathane ortamında 30 dakikalık bir operasyonla düzeltilmektedir. Ameliyattan sonra dikiş yerlerinin hava alıp çabuk iyileşmesi için gazlı beze sarılı pamuk uygulamak tercih edilmelidir. İlk iki üç gün duş alınmamalı, her tuvalete gidişten sonra ameliyat bölgesi batikonla temizlenmelidir. Her gün 5-6 kez batikonla temizlenmesi enfeksiyon riskini en aza indirir (Yüksel, 2012).

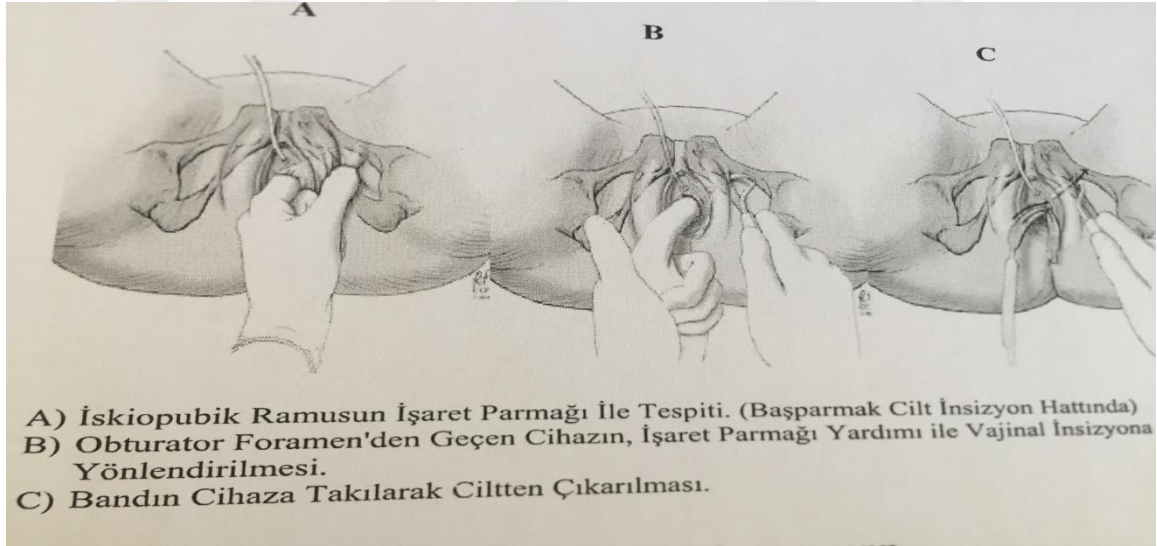
Siling (Hamak) Yöntemi

Son yıllarda stres üriner inkontinansın tedavisinde pelvik taban kas egzersizleri, ilaç tedavileri gibi konservatif yöntemlere ilgi her ne kadar artmış olsa da cerrahi tedavi yöntemleri hala birincil tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Sling ameliyatı kadın üriner inkontinansın tedavisinde ilk yıllardan beri uygulanmaktadır. Sling ameliyatı uzun dönemlerde etkin ve kalıcılığı olan bir tedavi yöntemidir (Parlaktaş, 2009). Bu yöntem için şerit şeklinde bir metaryal kullanılır. Kullanılan bu metaryal üretra ya da mesane boynunun altından geçip karın duvarına asılır. Materyal çeşidi ve askının gerginliği 'Sling' cerrahisinin başarısını etkilemektedir (Hinoul, 2005).

Mesaneyi yükseltmesi ve daha güçlü bir subüretral destek sağlaması nedeni ile popüler hale gelmiştir. Bu nedenle vajina ön duvarı, otolog kas, otolog kas fasyası, kadavra fasyası, sentetik maddeler kullanılmaktadır (Uslu Altaş, 2008).

Tot (Transobturator) Yöntemi

Üriner inkontinans tedavisi için uygulanan cerrahi yöntemlerinde mesane perforasyonlarını önlemek amacıyla bir yöntem öne sürülmüştür. TOT üretra aksına daha horizontal bir askı aksı vardır. Bu horizontal özellik üretranın daha az travma geçirmesini sağlamaktadır (Uslu Altaş, 2008)



Şekil 2.6. Kadında TOT Yöntemi (Uslu Altaş, 2008).

Stress üriner inkontinansda literatür bilgileride göz önüne alınarak yüksek başarı oranı ve düşük komplikasyon oranları açısından TOT cerrahisi daha avantajlı görülmektedir. TOT'da sinir ve bağırsak yaralanması gibi komplikasyonlar görülmemiştir (Uslu Altaş, 2008).

2.5. Sınıflandırma

Pelvik organ prolapsuslarını sınıflandırmak için bir çok sistem kullanılmıştır. Bunlardan en çok bilinen sınıflandırmalar: Kelly, Baden, Porges, Beecham ve POPQ 'dur. 1996 yılında International Continence Society (ICS) tarafından kabul edilen Pelvik Organ Prolapse Quantification (POP-Q) sınıflaması, uluslar arası kullanılan tek sınıflamadır.

POP-Q sınıflaması kadınlardaki pelvik desteğin tanımlanmasında, nicelenmesinde ve evrelendirilmesinde nesnel (objective) ve konuma özgün (site-specific) bir sistemdir. Prolapsus tanımlanmış anatomik referans noktalarına bağlı bir standart sistem ile değerlendirilir. İki tip referans noktası vardır. Bunlar; sabit nokta ve bu sabit noktaya göre 'tanımlanan noktalar'dır.

Sabit Referans Noktası

Hymen sabit referans noktası olarak kabul edilir. Levator ani kasının fonksiyon anormalliğine göre yeri değişebilir ama yine de görülebilir ve hassas olarak tanımlanabilir. Hymene göre proksimalde olan nokta negatif distalde olan nokta ise pozitif olarak değerlendirilir.

Tanımlanmış Noktalar: Altı adet referans noktası tanımlanmıştır. Bunların ikisi vagina ön duvarında, ikisi vagina arka duvarında ikisi de vaginanın üst kısmında yer alır.

Aa Noktası: Anterior vaginal duvarın orta hattında ekstermal üretral meatusun 3 cm arkasında, çoğu hastada görülebilen "üretrovesikal plika"nın izdüşümünde yer almaktadır. Aa noktası hymen etrafında +3 ve -3 sınırlarında yer almaktadır.

Ba Noktası: Ön vagine duvarının ön forniksten (cuff) itibaren Aa noktasına kadar olan kısmın en önde bulunan noktasıdır.

C Noktası: Serviksin veya ön forniksin en distal kenarıdır.

D Noktası: Serviksi olan bir kadında, posterior forniksi, Douglas'I, uterosakral ligamentlerin servikse yapıştığı yeri göstermektedir.

Bp Noktası: Arka vagine duvarının arka forniksten itibaren Ap noktasına kadar olan kısmın en önde bulunan noktasıdır.

Ap Noktası: Posterior vagine duvarının orta hattında, hymenin 3 cm proksimalindedir. Ap noktasının hymen etrafındaki sınırları +3 ve -3 arasındadır.

Genital Hiatus (gh): Orta hatta Eksternal üretral meatusun ortasından hymenin posterioruna kadar ölçülmektedir. Eğer hymen seçilemez ise perineal cisim kullanılmaktadır.

Perineal Cisim (pb): Genital hiatusun arka kenarından midanal açıklığa kadar ölçülmektedir.

Total Vaginal Uzunluk (tvL): C veya D normal pozisyonlarına yerleştirildikten sonra vaginanın en derin noktasının ölçümü olarak bilinir (Bump, 1996) .

Ölçme ve Kaydetme

Hymen 0 noktası olmak üzere pozisyonlar santimetre olarak kaydedilmektedir. Hymenin proksimali negatif değer, distal kısmı ise pozitif değer almaktadır. Ölçümler sırasına göre basit rakamlar halinde veya 3x3'lük tablolar halinde veya çizgisel diagramlarda gösterilmektedir (Bump ve ark., 1996) .

Stage 0: Prolapsus gösterilmemekle beraber Aa, Ap, Ba ve Bp -3 noktasında bulunmaktadırlar. C ve D “-TVL cm “sınırları içerisinde bulunmaktadır.

Stage I: 0 için olan kriterler yoktur ancak prolapsusun en distal kısmı hymenin 1 cm üzerinde bulunmaktadır. (Böylelikle kantitasyon değeri -1 cm'den küçüktür).

Stage II: Prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm distalinde veya proksimalinde bulunmaktadır. (Böylelikle kantitasyon değeri -1 cm'den büyüktür ancak +1 cm'den küçüktür.)

Stage III: Prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm'den daha fazla distalinde bulunmaktadır ancak total vaginal uzunluğun 2 cm daha eksiğinden fazla sarkmamakta veya proksimalinde bulunmaktadır. (Böylelikle kantitasyon değeri +1 cm'den büyük olmaktadır ancak [TVL -2 cm] den küçük olmaktadır.)

Stage IV: Alt genital traktusun total eversiyonu söz konusu olmaktadır. Prolapsusun en distal noktası en az (TVL -2) seviyesine kadar sarkmaktadır. (Böylelikle kantitasyon değeri [TVL – 2 cm] den büyüktür.) (Bump ve ark., 1996)

2.6. Tarama Ve Muayene

Anamnez

Obstetrik ve jinekolojik öykü; gravide, parite, doğum şekli, spontan, operatif vajinal (epizyotomi, forseps kullanımı, vakum ile doğum), sezaryen (doğumun ilk evresinde mi, ikinci evresinde mi yapıldığı), makrozomik bebek , anal sfinkter laserasyonları (üçüncü ve dördüncü derece perineal laserasyonlar veya insizyonlar) sorgulanmaları gerekir. Çocuk doğurma isteği de tedaviyi planlama açısından önemli bir konu olduğundan sorgulanması gerekir. Pek çok yazar pelvik rekonstrüksiyon ve anti inkontinans ameliyatlarının çocuk isteği tamamlandıktan sonra yapılması gerektiğini savunur (Fine ve ark., 2004)

Jinekolojik öyküde mesane kapasitesini azaltıp, mesane içi basınç artımına neden olabilecek kitle, asit, şiddetli endometrioz ya da pelvik enfeksiyonun araştırılması gerekir. Radikal histerektomiler alt üriner sistem denervasyonu, pelvik adhezyonlar veya üriner sistem fistüller nedeniyle inkontinansa neden olabilmektedirler (Khullar, 1997).

Hayat Kalitesi ve Semptom Ölçekleri

Hastanın kendi kendine doldurduğu ve üriner fekal inkontinans, aşırı aktif mesane ve pelvik organ prolapsusu ile ilgili yazılı anketler mevcuttur. Bu sorgulamaların çoğu uzun olmakla beraber pelvik taban hastalıklarının genellikle bir yönüyle ilgileri bulunur. Genellikle araştırmalarda kullanmalarına rağmen ilk basamak hasta muayenesinde de kullanılmaktadırlar (Rogers ve ark., 2001; Shumaker ve ark., 1994).

Fizik Muayene

Hastalar alt üriner sisteminin fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden değerlendirilmelidir (Meschia ve ark., 2002).

Nörolojik Muayene

Pelvik nörolojik muayene, anal ve bulbokavernöz refleksler değerlendirilerek yapılır. Labium majus, klitoris stimülasyonu ile bulbokavernöz kaslarının kontraksiyonları değerlendirilir. Perineal cildin uyarılması ile anal sfinkterler kasılır. Bu reflekslerin cevabı bilateral alınmalıdır. Fonksiyonel cevaplar S2-S3-S4 segmentlerin motor ve duysal refleks arklarının normal olduğunu gösterir. Mesane ve pelvis bu segmentlerden gelen sinirler ile inerve olmaktadır (Meschia ve ark., 2002).

Pelvik ve Genito Üriner Sistem Muayenesi

İlk olarak vulva ve perine eritem ve inflamasyon yönünden incelenmesi gerekmektedir. Kronik idrar teması ile perineal ciltte bu bulgular izlenebilmektedir. Spekulum muayenesinde vajende atrofi varlığının araştırılması gerekmektedir. Vajinal akıntı, önceden geçirilmiş travma ya da operasyon skarı araştırılmalıdır. Valsalva manevrası ile sistorel ve proksimal üretral hiper mobilite ile birlikte vajinal ruga kaybıyla olabilen anterior vajinal relaksasyon varlığının ve şiddetinin saptanması gerekmektedir. Bunun gibi rektosel, enterosel ,uterin desensus veya vajinal vault prolapsusunun araştırılması gerekmektedir. Uterus ve adneksler için bimanuel muayene yapılması gerekmektedir (Meschia ve ark., 2002).

Jinekolojik Muayene

Üregenital atrofik değişiklikleri vajinal akıntı, sürtünmeye bağlı servikal erezyon, idrarın inkontinansa bağlı kronik tahrişine bağlı dermatit (diaper rash), geçirilmiş epizyotomi ve laserasyon tamirine bağlı perineal skarların değerlendirilmesi gerekir. Pelvik taban kas tonusu, eksternal anal sfinkter ve rektovajinal septumun tonusunu ve bütünlüğünü değerlendirmek için rektovajinal muayenenin yapılması gerekmektedir. Üriner semptomlara bağlı stress test, Qtip test yapılabilir. Özellikle stres testi negatif olanlarda ve ileri evre prolapsusu olan hastalarda sarkan kısım redükte edildikten sonra stres testinin tekrar edilmesi gerekmektedir. Komplike olgularda ürodinamik testler planlanabilmektedir (Thomson ve Farquharson, 2000).

Pelvik prolapsusu derecelendirmek için muayene litotomi pozisyonunda başlanması gerekir ancak prolapsus hastanın tariflediğinden daha az veya semptomların işaret ettiğinden daha hafif görülüyor ise muayenenin dik veya ayakta tekrarlanması gerekir. Premenapozal kadınlarda muayene, semptomların daha ağır olduğu menüstruasyondan kısa bir süre öncesine veya mensin olduğu zamana ertelenebilmektedir. Simps spekulumu veya graves spekulumun arka kaşığı ile anterior, posterior vajinal duvar ve apical prolapsuslar maksimum ıkınma ile derecelendirilmektedir. Sonrasında uterin boyut ve konturlarını, adneksiyal yapıları değerlendirmek için bimanuel muayene yapılması gerekmektedir (Thomson ve Farquharson, 2000).

Rutin prolapsus değerlendirmesinde yapılmamasına rağmen prolapsusun tipini ve yanında olan oluşumları tayin etmek için BT, MRG, Ultrason, Sistoskopi, Proktoskopi, digital rektovajinal muayene gibi yardımcı testler uygulanabilmektedir (Thomson ve Farquharson, 2000).

2.7. Korunma

Perineal Masaj

Perinenin vajinal doğum sırasında perineal travmaların daha az olması için, daha kolay esnemesini sağlayan bir yöntemdir. Bebeğin vajinaya doğru geçişine izin vermesi için perineal dokuların yayılması gerekmektedir. Araştırmalar 35. gestasyonel haftadan itibaren başlanan perineal masajın, perineal travmaları azalttığını gösteriyor. Perineal masaj yaptıran kadınlar doğumdan üç ay sonra yaptırmayanlara göre daha az perineal ağrı şikayeti belirtmektedir (Karaöz ve Saruhan, 2012).

Uzun yıllar boyunca doğumda, ağrı ve sıkıntıyı hafifletecek pek çok teknik ve uygulama üzerinde çalışmalar yapılmıştır (Renfrew ve ark., 1998). Bu çalışmaların yapılmasındaki temel amaç perineal travmayı azaltmak, doğum ve doğum sonrası dönemde kanamayı önlemek, perineal bölgede ağrıyı en aza indirmektir (Davidson ve ark., 2000). Perine masajı; perineal kasların esnekliğini arttırdığı için epizyotomi gereksinimini ve yırtık riskini en aza indirdiği perinenin esnekliğini sağladığı için önerilmektedir (Shipman ve ark., 1997).

Perineal masaj, vajina ve rektum arasında bulunan perineye elle yapılan masaj olarak bilinir. Masaj için kayganlaştırıcı madde kullanılır. Kayganlaştırıcı madde seçerken kokulu olmayan, organik yağlar kullanılmalıdır. Zeytinyağı, ayçiçeği yağı ve tatlı badem yağı gibi yağlar masaj amaçlı kullanılabilir. Masaj yaklaşık olarak 4 cm vajinanın iç ve dış duvarına yapılır. Perine masajına başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır. Prenatal perineal masajın perinenin doğuma hazırlanması, bütünlüğünün korunması, yırtıkların sayısını ve şiddetinin azaltılması üzerine olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşan araştırmalar oldukça yaygındır. Yapılması için en uygun zamanlar banyo sırası ve sonrasında. Perine masajı ile perineumun kan damarları dilate olmakta ve perinenin daha daha yumuşak hale gelmesini sağlamaktadır. Perinenin daha yumuşak olması dokunarak müdahale edilmesi gerekli durumlarda, daha rahat bir hale gelmesine imkan sağlamaktadır. Perine masajı ile kadın kendini rahatlamış hissederek, sürecin olumlu atlatılmasını sağlamaktadır (Karaöz ve Saruhan, 2012).

Doğum esnasında perine yırtığı olmadan doğuran kadınların hemen ve doğumdan 3 ay sonra perineal ağrının azaldığı saptanmıştır. Doğumdan sonra 3–6 ayda seksüel fonksiyonun daha iyi olduğu, pelvik taban kaslarının daha çok güçlendiği tespit edilmiştir (Johanson, 2000; Labraegue ve ark., 2000). Doğumda perine travması olmayan kadınlarda doğum bitiminde hissedilen ağrı azalmakta, bu durum yenidoğan bebeğe yeterince zaman ayırmayı ve emzirmeyi teşvik etmektedir. Bunların dışında perineal masaj ağrı ve enfeksiyon gelişimini önlediği için analjezik ve antibiyotik kullanma gereksinimini de azaltmaktadır (Shipman ve

ark., 1997).

Kegel Egzersizi

Üriner inkontinans; kadın yaşamını tehdit etmeyen ancak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur (Ege ve ark., 2007). Yaşam kalitesi, sadece hastalığın olmayışı değildir. Hastanın fiziksel ve sosyal rolünü üstlenebilme, iyi olma hali, belirtilerin azalması ile emosyonel ve bilişsel sağlık ölçütlerini içermektedir (Kulaksızoğlu ve Karan, 2005).

Stres üriner inkontinansın tedavisinde kullanılan pelvik taban kas egzersizinin amacı, özellikle mesane, mesane boynu ve üretra gibi pelvik organların desteğini güçlendirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktır (Karan ve ark., 2000; Tsai ve Liu, 2009; Bo ve Talseth, 1999). Pelvik taban kas egzersizi 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. Pelvik taban kas egzersizinin stress üriner inkontinans üzerinde olumlu etkisinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir. Pelvik taban kas egzersizi uygulanmaya başladıktan 6-8 hafta sonra şikayetler azalmaya başlamakta, 6. ayda ise düzelme olduğu tespit edilmiştir (Kaplan ve Demirci, 2010).

Ömür boyu pelvik taban kas egzersizine devam edilmesi önerilmektedir. Çünkü pelvik taban kas egzersizinin etkisi, egzersiz bırakıldığında azalmaktadır. Kadınlar bu konu hakkında bilgilendirilmeli ve egzersize devam etmeleri yönünde teşvik edilmelidirler (Eskiyurt ve Karan, 2008, Eskiyurt, 2005).

Pelvik taban kas egzersizinde; makatınızı, idrar yolu açıklığınızı ve vajinanızı kasıp yukarı doğru kaldırınız. Bu şekilde kasları beş saniye kasılı tutunuz, sonra kaslarınızı beş saniye gevşetiniz. Pelvik taban kas egzersizini on kez tekrarlayınız. Sonra iki saniye boyunca on kez hızlı ve güçlü şekilde pelvik taban kaslarınızı kasınız ve gevşetiniz (Sarı, 2007).

2.8. Epidemiyoloji

POP prevelansı net olarak bilinmemekle birlikte, POP insidansı parite ve yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Kadınlarda POP'un yaşamları boyunca görülme sıklığı yüzde otuz ile elli arasındadır (Samuelsson ve ark., 1999). POP ya da inkontinansa bağlı cerrahi işlem geçirme olasılığı yüzde on birdir (Mant ve ark., 1997). Oxford Aile Planlaması Derneğinin epidemiyolojik çalışmasına göre POP için primer risk faktörü parite olarak bulunmuştur (Mant ve ark., 1997). Bir başka çalışmada da parite ile pelvik organ prolapsusu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Hendrix ve ark., 2002). Diğer bir çalışmanın sonucuna göre pelvik tabana en fazla hasarı ilk doğum vermektedir. Sonraki doğumlar ise bu hasara çok az katkı sağlamaktadır (Özyüncü ve Durukan, 2005).

2.9. Patogenez

POP'a sebep olan doku hasarı ve pelvik nöropatilerden birincil sorumlu faktörlerin başında eylem ve doğumların (zor ve travmatik vajinal doğumlar) geldiği düşünülmektedir (Gill, 1998). İdrar kaçırma ya da POP için cerrahi operasyon uygulanan hastaların geçmiş öyküleri incelendiğinde paritenin ve vajinal doğumun daha yüksek, nulliparite ve sezaryenin ise daha az olduğu belirlenmiştir (Carley, 1999).

2.10. Risk Faktörleri

Pelvik taban hasarının gelişmesine katkı sağlayan birçok risk faktörü vardır. Pelvik taban kaslarının nöromusküler zararına neden olan doğum eylemi ve histerektomi, menopoz, intraabdominal basıncı arttıran gebelik, östrojen seviyesinin azalması, obezite, kronik öksürük ve konstipasyon, beyaz ırk, genetik yatkınlık, kollajen ve konnektif dokudaki değişikliklere bağlı metabolik anomallikler POP için temel risk faktörleridir (Sasso, 2006; McCrink, 2004; Bidmead, 1998; Mouritsen, 2005).

Doğum

Vajinal doğum pelvik fasyal sisteme direkt hasar vererek üretra ve pelvik taban kaslarının kısmi sinirsizleşmesine neden olur (Tapp ve ark., 1988). Prolapsusun gelişmesinde vajinal doğum sayısı, doğumun ikinci evresinin uzunluğu, bebeğin doğum ağırlığının yüksek olması ve perineal hasarın yetersiz tamir edilmesi gibi faktörler etkilidir (Handa, 1996, Dietz ve Ilson, 2005). Bebeğin doğum ağırlığının yüksek olması ikinci evrenin uzamasına neden olur. Bu durumla karşı karşıya kalındığında, elektif sezaryenin koruyucu etkisi olduğu belirlenmiştir (Dietz ve Ilson, 2005).

Vajinal doğum sırasında tam dilatasyon sonrası, yapılan acil sezeryan doğumda pelvik taban sinirlerinde hasar görülmesi söz konusudur. Araştırmalarda, vajinal doğumun kadınlarda pelvik tabanda kısmi sinirsizleşmeye neden olduğu kanısına varılmıştır (Dietz ve Ilson, 2005; Allen ve diğerleri, 1990).

Gebelik ve doğum sırasında; pelvik tabanın, kaslar ve fasyal destek sisteminin zarar görmesinden dolayı prolapsus gelişir. Oxford AB Birliğinin prolapsus epidemiyoloji çalışmasına göre prolapsus gelişimindeki en önemli risk faktörü paritedir (Mant ve ark., 1997). Prolapsus risk değeri, parite artımıyla doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu değer 2 çocuktan sonra azalmaktadır. Prolapsus gelişimi ile parite ve maksimum çocuk ağırlığı arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Samuelsson ve ark., 1999).

Menopoz Dönemi

Menopozda ve postmenopozda hormon salınımlarındaki değişiklikler ürojinekolojik semptomların ortaya çıkmasına sebep olur. Menopozda overyen hormonlarının salınımlarının etkileri kaybolması, bağ ve fasiyal dokuda atrofilerin görünmesine neden olur. Menopoz döneminde dokuların gevşemesine seconder etki olarak yaşlılık ve östrojen yetersizliğinin olduğu unutulmamalıdır (Tanrıverdi ve ark., 2004).

Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar

Radikal histerektomi sonrası mesane ve üretranın sinirsizleşmesine bağlı pelvik taban bozuklukları görülebilir. Histerektomi ameliyatı sonrası için geçen yıllar prolapsus oluşumu risk faktörüdür (Thom ve Brown, 1998).

İrk

Pelvik organ prolapsus insidansı ırk ve soydan etkilenir. Siyahi kadınlarda daha az prolapsus vakası görülmektedir. Yapılan birkaç çalışma da etnik ve ırksal farklılıkların prolapsusu prevalansına etkileri hakkında tutarsızlıklar vardır (McCrink, 2004). Eskimo, Çin ve siyahi insanlarda, genital prolapsus, enterosel ve stres inkontinansına daha nadir rastlanmıştır (Tapp ve ark., 1988).

Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksinin (BKI) artması pelvik tabanın sinir ve kas yapısında gerilme, zayıflama ve kronik ıkınmasına sebep olur. BKI artması prolapsusu tetikleyerek anlamlı derecede yüksek değerler göstermesine sebep olur (Viktrup ve ark., 1992). Yapılan çalışmalarda BKI 25-30 arasında olan kadınların, pelvik organ prolapsus geçirme riski 2,51 kat bulunurken BKI 30'un üzerinde olan kadınlarda ise 2,56 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Bidmead ve Cardozo, 1998; Meyer ve ark., 1998).

Yaş

Kadınların ilerleyen yaşlarının POP için büyük bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Moller ve ark., 2000). Yaşlanma POP'un direkt nedeni değildir fakat üriner sistem fonksiyonları yaşa bağlı olarak değişir. Bu nedenle POP belirtileri de ortaya çıkmaktadır (Staskin, 1986). POP prevalansı ve insidansı yaşın ilerlemesi ile artmaktadır (Brown ve ark., 1999).

Kabızlık

Düzenli kasılmalar intraabdominal basıncın kronik olarak artmasına sebep olur. Bu basınç pelvik tabanı potansiyel olarak zayıflatır. Zayıf pelvik taban POP için önemli bir risk faktörüdür (Barber, 2005).

2.11. Hemşirelik Yaklaşımı

Kadınların çoğunun hayatları boyunca karşılaştığı POP ve buna bağlı yaşadığı semptomlar; sağlık açısından olduğu kadar yaşam kalitelerini de negatif yönde etkilemektedir (Akhan, 2009; Eryılmaz, 2008; Aslan, 2002;). Hastaların yaşam kaliteleri ile hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir bağ vardır. Bu neden ile hemşireler kadınların, prognozuna ve tedavilerine yönelik bilgi gereksinimlerinin ve olası risk faktörlerinin giderilmesi ve bu durumla başa çıkabilmesi, temizlik ve konfor üzerine etkilerini belirleyerek bunların çözümlerine yönelik girişimlerde bulunulması, POP'dan korunma ya da tedaviden sonra POP' un oluşmaması için yapılacaklar hakkında kadının bilgilendirilmesinde rol almaktadır (Eryılmaz, 2008).

Son yıllarda POP'taki tedavi yöntemlerinin artması, kadınların yaşam kalitesi beklentilerinin ve yaşlı nüfusun artışı ile ürogenital sorunların çözümleri önem kazanmıştır. Bu neden ile hemşirelere de önemli roller düşmektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Bu amaçla hekim ve kadınlar arasında bir köprü görevi gören hemşireler; pelvik taban kas egzersizleri, mesane eğitimleri, biyofeedback, elektromanyetik sandalye, nöromodülasyon ve tibial sinir uyarısı gibi POP'un korunma, tanı ve tedavi basamaklarında kullanılan yöntemleri uygulamakta ve eğitimler yapmaktadırlar (Demirci ve Kaplan, 2010).

POP'lu kadınlar, sorunlarını utanıp çekindiklerinden dolayı rahatça dile getiremeyip, kendilerine yöneltilen soruları doğru veya tam cevaplayamabilirler. Bu durum değerlendirmenin yanlış sonuçlanmasına neden olur. Bu durumu ortadan kaldırmak için hemşire hastayla iyi bir iletişim kurup, anlayışlı ve destekleyici bir tavırla yaklaşarak hastanın kendisini rahatça ifade etmesini sağlayabilir. POP'ta birden fazla patolojik durum aynı anda bulunabilir. Özellikle üriner inkontinansın varlığı halinde tipi ve derecesi doğru tespit edilmelidir (Usta ve ark., 2017).

POP'un oluşmasını önlemek için kronik hastalıklar ve alışkanlıklar kontrol altına alınmalıdır. Kronik öksürük, idrar kaçırmayı arttırıp POP'un ilerlemesine sebep olur. POP'un risk faktörleri arasında olan üriner sistem enfeksiyonlarından korunma, sigarayı bırakma, aşırı kilo alımının kontrolü, konstipasyonun önlenmesi de koruyucu önlemler

arasındadır (Eryılmaz, 2008; Işıldak, 2007). Kadın, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirilip gebelik ve doğum sayısını sınırlı tutması sağlanabilir. Kadınlar menopoz döneminde düzenli kontrollere gitmeleri konusunda da bilgilendirilmelidir (Çelik ve Beji, 2012).

Pop'un tedavisi için ilaç tedavisi uygun görülürse ilacın endikasyonları, yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya peserler uygulanmış ise beklenen sonuçlar; uterus ve mesaneyi desteklemesi, semptomları azaltmasıdır. Kadına işlem hakkında bilgi verilip, peserin temizliği, hijyenin önemi, nekroz ve enfeksiyon riskleri ve semptomlarını nasıl tanıyacağı hakkında bilgi verilir. Hemşirelik bakımı cerrahi tedavi uygulandıktan sonra pre-post operatif olarak uygulanır (Aslan, 2002; Eryılmaz, 2008). POP'u önlemede, korumada ve tedavi amaçlı uygulanan kegel egzersizinin yapılma şekli, önemi ve kegel egzersizi hakkında bilgi verilir. Kegel egzersizine ek olarak, içe çekme-dışa itme egzersizleri yapılması önerilir (Eryılmaz, 2008).

Ameliyat Öncesi ve Sonrası Bakımda Hemşirenin Rolü

Cerrahi yöntemin diğer yöntemlerden daha kısa sürede sonuç vermesi doktorlar ve hastalar tarafından sık tercih edilmesine sebep olmaktadır. (Yaşa, 2010). POP'un ameliyat sürecinde hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Bu süreç ameliyat öncesi hazırlık dönemini, ameliyat sırasını ve ameliyat sonrası dönemden oluşmaktadır. Etkin bir ekip çalışması ve postoperatif hasta tatmini, uygulanan cerrahi tedavinin başarısı ile doğru orantılıdır. Ekip üyeleri arasında işbirliği, ekibi oluşturan üyelerin, rol ve sorumluluklarını bilmesi, ekip içindeki motivasyon cerrahi başarıyı doğrudan etkilemektedir. Hemşireler ameliyat öncesinde hastanın psikolojik, fizyolojik ve yasal hazırlık süreçlerini düzenler. Ameliyat esnasında cerrahi işleme yardım ederek sterilizasyon basamaklarının kontrollerinden sorumludurlar. Ameliyat sonrasında ise bakım, tedavi ve hasta eğitiminde aktif rol alırlar. Hemşire hekimin kontrolü altında planlanan cerrahi tedavi hakkında hastaya bilgi vermelidir. Hemşirenin hastaya vereceği eğitimde; ameliyat sonrasında hastanın sosyal hayatına dönmesi durumunu, ameliyat esnasında yaşanabilecek semptomları, ameliyat bölgesi temizliği, dren ya da katater varlığı, anestezi, analjezi ve cerrahın uygulanmasını istediği rutinleri kapsamalıdır. Buna ek olarak hastaya, perine kaslarının güçlendirilmesi için ameliyat sonrası yapılacak egzersizler ve uygulamalar da öğretilip ve uygulanmalıdır (Çelik ve Beji, 2012).

Vajinal operasyondan önce bağırsakların boşaltılması gerekirse, lavman yapılarak boşaltım sağlanabilir. Aseptik ortam vajinal lavaj yapılarak sağlanabilir. (Eryılmaz, 2008; Çoban ve

Şirin, 2003; Coşkun ve Karanisaoglu, 1992; Çayır, 2002).

Kadının aldığı ve çıkardığı mayi takipleri yapılır. Enfeksiyon yönünden gözlenmelidir. Cerrahi tedavinin başarısında POP oluşumunun önlenmesinde taburculuk öncesi ve sonrası yapılan hasta eğitimleri büyük önem teşkil etmektedir. Bu eğitimler ilaç kullanımı, enfeksiyondan korunma yollarını, tedaviye uyumun önemini, perine temizliği ve kişisel temizliğin önemini, ağır ve zorlayıcı hareketlerden kaçınma gerekliliği, beslenme şekli, kabızlıktan korunma yollarını, kontrol zaman çizelgesini içermesi gerekmektedir. (Özcan ve Kapucu, 2014).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü tanımlayıcıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, Adıyaman ilinde bulunan Özel Gözde Hastanesi'nin Kadın Doğum Kliniklerinde vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınlar üzerinde yapılmıştır. Özel Gözde Hastanesi'nin seçilmesinin nedeni, hastanenin Kadın Doğum Polikliniklerinde kadın doğum uzmanlarının bulunması ve vajinal onarım ameliyatı geçirmek isteyen kadınların genellikle özel hastaneleri tercih etmesidir. Araştırma Eylül 2017 - Ağustos 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Adıyaman ilindeki kadın doğum uzmanlarının bulunduğu özel hastanede vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınlar oluşturmaktadır. Yukarıda belirtilen hastanede son bir yıl içinde vajinal onarım ameliyatı geçiren kadın sayısı 110'dür. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Bazı kadınların araştırmaya katılmak istememesi nedeniyle araştırma 103 kadın ile tamamlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında "*Kişisel Bilgi Formu*" ve "*Ürogenital Problemler Formu*" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. İlgili formda kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 14 adet soru yer almaktadır (**EK-1**).

Ürogenital Problemler Formu

Bu form, ilgili literatür ışığında (Kılıç, 2001; Yücel, 2008; Tahra, 2016) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. İlgili formda kadınların yaşadıkları ürogenital ve cinsel problemlerin belirlenmesine yönelik toplam 13 adet soru yer almaktadır (**EK-2**).

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınların telefonlarına ilgili hastane kayıtlarından ulaşılmış ve kendileri telefonla aranarak araştırma hakkında bilgilendirilmişlerdir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlarla randevulaşarak müsait oldukları gün ve saatte evlerine gidilmiştir. Bazı kadınlarla da ameliyattan sonra kontrol için hastaneye geldiklerinde hastanede uygun olan bir odada görüşülmüştür. Yukarıda belirtilen veri toplama araçları (formlar) araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile kadınlara uygulanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Kadınların yaşadığı ürogenital ve cinsel problemlerdir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleridir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmanın vajinal onarım ameliyatı geçiren bir grup kadın üzerinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu araştırma yalnızca araştırma kapsamına alınan kadınlara genellenebilir.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden 28.09.2017 tarihinde 01 nolu karar ile etik kurul onayı alındı. **(EK-3)**. Araştırmanın yapıldığı hastanenin yönetiminden izin alınmıştır **(EK-4)**. Kadınlardan gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiş ve böylece “*aydınlatılmış onam*” etik ilkesi yerine getirilmiştir **(EK-5)**.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ve bulgulardan oluşturulan tablolar sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler (n=103)	Sayı	%
Yaş		
18-49	62	60.2
50-80	41	39.8
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	48	46.6
Ortaokul mezunu	20	19.4
Lise mezunu	21	20.4
Üniversite mezunu	14	13.6
Meslek		
Ev hanımı	84	81.6
Memur	11	10.7
Serbest meslek	5	4.8
İşçi	3	2.9
İlk Evlenme Yaşı		
18 yaş ve altı	22	21.4
19-24 yaş	61	59.2
25 yaş ve üzeri	20	19.4
Eşin Yaşı		
18-49	55	53.4
50-80	48	46.6
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	30	29.1
Ortaokul mezunu	15	14.6
Lise mezunu	39	37.9
Üniversite mezunu	19	18.4
Eşin Mesleği		
Çalışmayan	17	16.5
Memur	22	21.4
İşçi	38	36.9
Esnaf	16	15.5
Emekli	10	9.7
Sosyal Güvence		
SGK	55	53.4
Bağ-Kur	28	27.2
Yeşil Kart	20	19.4

* Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Kadınların %60.2’sinin 18-49 yaş aralığında, %46.6’sının eğitim durumunun ilkökul ve altı düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %81.6’sının ev hanımı olduğu, %59.2’sinin ilk evlilik yaşının 19-24 yaş aralığında bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınların eşlerinin

%53.4'ünün 18-49 yaş aralığında yer aldığı, %37.9'unun lise mezunu, %36.9'unun işçi olduğu belirlenmiştir. Kadınların %53.4'ünün sosyal güvencesinin SGK olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ile İlk Evlenme ve İlk Doğum Yaş Ortalamaları

Obstetrik Özellikler (n=103)	Sayı	% *
Gebelik Sayısı		
1-2	6	5.8
3-4	30	29.2
5 ve üzeri	67	65.0
Vajinal Doğum Sayısı		
1	10	9.8
2	20	19.6
3	33	32.4
4	12	11.8
5 ve üzeri	28	26.5
Vajinal Doğum Esnasında Yaşanan Problemler **		
Yırtılma	97	94.2
Zor doğum	95	92.2
İri bebek	60	58.3
Normalden uzun doğum	41	39.8
Hızlı doğum	27	26.2
Kanama	25	24.3
Makat geliş	20	19.4
Kordon dolanması	2	1.9
İlk Evlenme Yaşı ***	20.13±4.05 (min:13 - max:33)	
İlk Doğum Yaşı ***	21.63±3.92 (min:16 - max:34)	

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

** Birden çok cevap verilmiştir.

*** Ortalama olarak verilmiştir.

Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı ile ilk evlenme ve ilk doğum yaş ortalamaları

Tablo 2'de verilmiştir.

Kadınların %65'inin gebelik sayısının 5 ve üzeri, %26.5'inin vajinal doğum sayısının 5 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %94.2'sinin vajinal doğum esnasında yırtılma problemi yaşadığı ve tespit edilmiştir.

Kadınların ilk evlenme yaş ortalamasının 20.13±4.05 (min:13 - max:33) ve ilk doğum yaş ortalamasının 21.63±3.92 (min:16 - max:34) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Fizyolojik Problemlerin Dağılımı

Yaşanan Problemler (n=103)	Sayı	% *
Genital Bölgede Sarkma		
Problem yaşamayan	16	15.5
İkınma anında	42	40.8
Her zaman (sürekli)	45	43.7
Sık Enfeksiyon Geçirme		
Problem yaşamayan	21	20.4
İdrar yolu enfeksiyonu geçiren	48	46.6
Genital enfeksiyon geçiren	34	33.0
İdrar Kaçırma **		
Problem yaşamayan	32	31.0
İdrara sıkışınca	62	60.2
Öksürürken / aksırırken	49	47.6
Gülerken / ağlarken	47	45.6
Cinsel ilişki sırasında	23	22.3
Dışkılama Problemi **		
Problem yaşamayan	28	27.2
Kabızlık	72	69.9
Dışkılama sırasında ağrı	18	17.5
Dışkılama sırasında kanama	7	6.8
İshal	3	2.9

* Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

** Birden çok cevap verilmiştir.

Kadınların ameliyat öncesi yaşadıkları fizyolojik problemlerin dağılımı Tablo 3’te verilmiştir.

Kadınların %43.7’sinin genital bölgesinde sarkma problemini her zaman (sürekli) yaşadığı, %40.8’inin aynı problemi ıkınma sırasında yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların yaklaşık olarak %80’inin ameliyattan önce sık sık idrar yolu ya da genital enfeksiyon geçirdiği belirlenmiştir. Kadınların %60.2’sinin idrara sıkışınca, %47.6’sının öksürük aksırık sırasında idrar kaçırdığı, %69.9’unun kabızlık problemi yaşamakta olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Cinsel ve Psikolojik Problemlerin Dağılımı

Yaşanan Problemler (n=103)	Sayı	% *
Cinsel Problemler **		
Problem yaşamayan	37	35.9
Kendisini cinsel olarak yetersiz hissetme	57	55.3
Eşin cinsel haz almasında azalma	34	33.0
Kendisinin cinsel isteğinde azalma	32	31.1
Eşin cinsel haz alamaması	29	28.2
Kendisinin cinsel haz almasında azalma	25	24.3
Kendisinin cinsel haz alamaması	17	16.5
Kadınlık İmajında Zedelenme		
Yaşayan	100	97.1
Yaşamayan	3	2.9
Benlik Saygısında Azalma		
Yaşayan	100	97.1
Yaşamayan	3	2.9

* Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

** Birden çok cevap verilmiştir.

Kadınların ameliyat öncesinde yaşadıkları cinsel ve psikolojik problemlerin dağılımı Tablo 4’te verilmiştir. Kadınların %55.3’ünün kendisini cinsel olarak yetersiz hissettiği belirlenmiştir. Kadınların %97.1’inin kadınlık imajında zedelenme ve yine %97.1’inin benlik saygısında düşüş yaşadığı tespit edilmiştir.

Kadınların ameliyat öncesinde fizyolojik, cinsel ve psikolojik problemleri yaşama süresinin ortalama 4.26 ± 2.78 (min:1.0 - max:10.0 yıl) olduğu belirlenmiştir.

Kadınlar tablo 4.3 ve tablo 4.4’te belirtilen problemler dışında başka bir problem dile getirmemişlerdir

Tablo 4.5. Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadıkları Problemlerin Günlük Yaşantıya Etkisinin Dağılımı

Yaşanan Problemlerin Günlük Yaşantıya Etkisi **(n=103)	Sayı	% *
Üzülme	94	91.3
Kendisini kötü hissetme	92	89.3
Cinsel hayatı olumsuz etkileme	87	84.5
Sosyal hayatı olumsuz etkileme	78	75.7
Endişelenme	41	39.8
Öfkelenme	26	25.2
Korkma	19	18.4
Hayattan zevk alamama	14	13.6
İşe odaklanamama	12	11.7

* Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

** Birden çok cevap verilmiştir.

Kadınların ameliyat öncesinde yaşadıkları problemlerin günlük yaşantıya etkisinin dağılımı Tablo 5’te verilmiştir.

Kadınların %91.3'ünün yaşadıkları problemlerden dolayı üzüldüğü, %89.3'ünün kendisini kötü hissettiği, %84.5'inin cinsel hayatının, %75.7'sinin sosyal hayatının olumsuz etkilendiği, belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların Ameliyat Olma Kararında Etkili Olan Kişilerin Dağılımı

Kararında Etkili Olan Kişi (n:103)	Sayı	%
Kendim	5	4.8
Ben ve eşim	4	3.9
Doktor ve ben	39	37.9
Doktor ve eşim	9	8.7
Doktor, eşim ve ben	46	44.7

Kadınların ameliyat olmasına karar veren kişilerin dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Kadınların %44.7'sinin ameliyat olmaya kendisi, eşi ve doktorunun birlikte karar verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Ameliyat Sonrası Geçen Süre ve Kadınların Ameliyat Öncesi Yaşadığı Problemlerin Ameliyat Sonrası İyileşme Durumlarının Dağılımı

Geçen Süre ve İyileşme Durumu	Sayı	%
Ameliyattan Sonra Geçen Süre (n=103)		
3 ay ve daha az	15	14.6
4-6 ay	15	14.6
7-9 ay	13	12.6
10-12 ay	60	58.2
Ameliyat Sonra Geçen Süreye Göre İyileşme Durumu		
3 Ay ve Daha Az (n=15)		
Tam iyileşme	4	26.7
Kısmen iyileşme	3	20.0
Sonuç alınamadı	8	53.3
4-6 Ay (n=15)		
Tam iyileşme	5	33.3
Kısmen iyileşme	9	60.0
Sonuç alınamadı	1	6.7
7-9 Ay (n=13)		
Tam iyileşme	9	69.2
Kısmen iyileşme	4	30.8
10-12 Ay (n=60)		
Tam iyileşme	32	53.3
Kısmen iyileşme	17	28.3
Hiç iyileşme olmadı	5	8.3
Daha da kötü oldu	6	10.0

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Ameliyat sonrası geçen süre ve kadınların ameliyat öncesi yaşadığı problemlerin ameliyat sonrası

iyileşme durumlarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Kadınların %58.2’sinde ameliyatından sonra geçen sürenin 10-12 ay arasında olduğu belirlenmiştir. Ameliyattan sonra 3 ay ve daha az zaman geçmiş olan kadınların %53.3’ünde henüz sonuç alınmadığı, ameliyattan sonra 4-6 ay geçmiş olan kadınların %60’ında kısmen iyileşme sağlandığı, ameliyattan sonra 7-9 ay geçmiş olan kadınların %69.2’sinde tam iyileşme görüldüğü, ameliyattan sonra 10-12 ay geçmiş olan kadınların %53.3’ünde tam iyileşme olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların Ameliyatı Başkasına Önerme Durumlarının Dağılımı

Ameliyatı Başkasına Önerme Durumu (n:103)	Sayı	%
Öneren	89	86.4
Önermeyen	14	13.6

Kadınların ameliyatı başkasına önerme durumlarının dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Kadınların %86.4’ünün geçirdiği ameliyatı başkasına önerdiği tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma vajinal onarım ameliyatı geçiren kadınların yaşadıkları sorunların ve etkileyen faktörlerin geriye yönelik incelenmesi amacıyla yapılmış olup, elde edilen bulgular aşağıda ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların %60.2'si 18-49 yaş aralığında yer almaktadır (Tablo 1). Bu veri göstermektedir ki 50 yaş altındaki kadınlar vajinal estetiğe ve vajinal görüntüye daha çok önem vermektedir. Kadınların bu yaş aralığında cinsel yönden daha aktif oldukları bir gerçektir. Vajina anatomisi bozulduktan sonra vajina genişler ve işlevini yerine getirmede yetersiz kalır. Bu durum erkek açısından cinsel birleşimde duyulan hazzın azalması, kadında ise kendini eksik görme gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Cinsel olarak aktif olan bu yaş grubundaki kadınların belirtilen sorunların giderilmesi amacıyla vajinal onarım ameliyatlarına daha çok yöneldikleri söylenebilir.

Kadınların %46.6'sının eğitim durumunun ilkökul ve altındaki düzeyde bir olduğu, yalnızca %13.6'sının üniversite düzeyinde eğitiminin bulunduğu, %81.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu durum, çalışma kapsamındaki kadınların çoğunun düşük sosyoekonomik grupta yer aldığını göstermektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınların, eşlerinin isteklerine karşı daha duyarlı ve itaatkar oldukları bilinmektedir. Bu kapsamda olmak üzere, onların cinsel isteklerine karşı da daha duyarlı davrandıkları, ve bu nedenle kendilerinden çok onları memnun etme çaba ve gayreti içinde oldukları söylenebilir. Çalışmaya katılan kadınların %65'inin gebelik sayısının 5 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların tamamının en az 1 vajinal doğum yaptığı, toplam olarak %70.7'sinin ise 3 ve daha fazla doğum yapmış olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bilindiği gibi vajinal doğum, pelvik taban anatomisini bozan en önemli risk faktörüdür. Çünkü vajinal doğum yapmış olan kadınlarda POP oluşumu, diğerlerine göre çok daha fazla görülmektedir (Kömürcü ve Uğur, 2017). Literatürde yaş ve parite arttıkça POP insidansının arttığı belirtilmektedir (Tosunoğlu, 2010). Pelvik taban hastalıkları artan parite ile artmakta ve doğum yapan kadınlar arasında inkontinansın %50'sinde, prolapsusun %75'inde bu durumun gebelik ve doğuma bağlı olduğu düşünülmektedir (Kömürcü ve Uğur, 2017). Kömürcü ve arkadaşlarının aktardığına göre Amerika'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada; doğum sayısının artması ile birlikte üriner inkontinans ve POP'un da giderek arttığı tespit edilmiştir (Kömürcü ve Uğur, 2017). Kadınların %94.2'sinin vajinal doğum esnasında yırtılma problem yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Vajinal doğum esnasında bebek doğarken perine çevresinde bulunan kas ve bağ dokuları esneyip genişlemektedir. Ancak bazen bu esneme ve genişleme

yeterli olmamakta vajende ve/veya perinede yırtılma oluşabilmektedir. İri bebek perine çevresinde yırtığın artmasına ve derinleşmesine yol açmaktadır. Vajinal doğum esnasında bebeğin başının ve vücudunun çıkması için vajina ve çevresindeki kaslar yeterince esneyemediği durumlarda epizyotomi yapılmaktadır. Epizyotominin özensiz dikilmesi, kasların karşılıklı gelmemesine, kesi yerinin tamamen kapanmamasına sebep olur. Bu nedenle perine eski görüntüsünden uzaklaşır ve anatomisi bozulmuş olur. Vajinal doğum pelvisin fasyal dokusuna direkt hasar verirken, üratra ve pelvik taban kaslarının kısmi sinirsizleşmesine yol açmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların vajinal doğum esnasında yaşadığı problemler yırtılma ile sınırlı değildir. Kadınların %92.2'sinin zor doğum, %58.3'ünün iri bebek, %39.8'inin uzun eylem problemlerini yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Ayrıca, kadınların vajinal doğum sırasında hızlı doğum, kanama, makat geliş gibi problemlerle de karşılaştıkları görülmektedir. Bu problemlerin her biri pelvik tabanın normal anatomisini bozan faktörler olduğu söylenebilir (Tosunoğlu, 2010).

Kadınlarda genital bölgedeki sarkma durumuna bakıldığında; %43.7'sinde sarkmanın her zaman var olduğu, %40.8'inde ise ıkınma sırasında sarkmanın gerçekleştiği görülmektedir (Tablo 3). Yani çalışma grubundaki kadınların toplam olarak %84.5'inde genital bölgede sarkma olduğu söylenebilir. Genital bölgenin sarkması pelvik tabanı destekleyen kas ve fasiaın esnemesi / gevşemesi ve aşağı doğru sarkmasıdır. Pelvik taban pelvis içinde yer alan organların alttan desteklenmesini sağlayarak onların doğal fonksiyonlarını yerine getirmesinde önemli rol oynar (Tosunoğlu, 2010). Sistosel; vajen ön duvarının genişlemesi ile mesanenin gözle görülebilir bir şekilde vajina ön duvarından vajinal açıklığa doğru sarkması/fıtıklaşmasıdır. Sistosel varlığında idrar torbası aşağıya doğru yer değiştirir/sarkar (Yüksel, 2012). Rektosel; vajen arka duvarının genişlemesine bağlı olarak kalın bağırsağın son bölümünün yani rektumun vajenin içine doğru sarkması/fıtıklaşmasıdır (Yüksel, 2012). Rektosel ve sistosel oluşumu perinenin de aşağı doğru sarkmasına ve görüntüsünün bozulmasına yol açar. Genital bölgedeki sarkma vajenin normal anatomisinde de bozulmalara yol açtığından cinsel ilişki sırasında eşlerin yeterince haz alamamasına neden olur. Eşlerin yaşadığı bu cinsel sorunlar bazen boşanmaya varacak kadar önem arzedeabilmektedir (Özdemir, 2018; Tosunoğlu, 2010).

Çalışma kapsamındaki kadınlarda sık enfeksiyon geçirme durumu da yaygın olarak görülmektedir (Tablo 3). Genital bölgedeki sarkma ile sistosel ve rektosel, genitoüriner enfeksiyonların oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerdendir (Yüksel, 2012; Tosunoğlu, 2010). Sistosel normal idrar akışını bozarak mesanenin tam boşalmasını engeller. Buna bağlı

idrar yolu enfeksiyonları sık görülür. Genital sistem ile üriner sistem komşu olduklarından enfeksiyon genital sistemi de etkiler. Genitoüriner enfeksiyonlar kadının cinsel yaşamını olumsuz etkilediği gibi onun günlük yaşamına da olumsuz yansımaları olur (sık idrara çıkma, idrar yaparken ağrı, sızı, ve genel enfeksiyon belirtileri, sık çamaşır değiştirme vb). Bütün bunlar nihayetinde kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Kadınlar benlik saygısında ve özgüvenlerinde düşme yaşarlar (Özdemir, 2018; Tosunoğlu, 2010) Perinenin cerrahi olarak normal anatomisine döndürülmesi ile genital bölgedeki sarkma giderilerek kadının buna bağlı olarak yaşadığı ürogenital enfeksiyonlar büyük oranda engellenebilmektedir (Yüksel, 2012).

Kadınlarda idrar kaçırma (üriner inkontinans) problemi yüksek oranda görülmektedir (Tablo 3). Sistosel ve genital bölgedeki sarkma (POP) kadının idrar kaçırmasına yol açar. İdrar kaçırma, kadının idrar yaparken kontrolünün kaybolması demektir. İdrar kaçırma her ortamda, her zaman ve her durumda olabilir. Kadınlar idrar kaçırma probleminden dolayı toplum içinde rahat gülüp öksüremediklerini, günlük ped kullandıkları için sık sık pedlerini değiştirmek zorunda kaldıklarını, bu yüzden toplum içine çıkmak istemediklerini, idrar kaçırmanın olmaması için günlük sıvı alımlarını kısıtladıklarını ifade etmişlerdir. Çalışan kadınlar ise yaptıkları işe tam manasıyla adapte olamadıklarını ve korku yaşadıklarını belirtmişlerdir. Üriner inkontinans kadının evden dışarı çıkmasını engelleyen, onun kendisini toplumdan izole etmesine yol açan önemli bir problemdir. Kadın sosyal ortamlardan kendini çeker ve adeta kendini eve hapseder. Sonuç itibarıyla, idrar kaçırma kadının günlük yaşamını ve sosyal yaşamını bozan, onların benlik saygısında ve özgüvenlerinde düşmeye yol açan, onun yaşam kalitesini düşüren önemli bir problemdir (Yüksel, 2012; Özdemir, 2018; Tosunoğlu, 2010) Normal anatomisi bozulup sarkan mesane cerrahi olarak tekrar eski anatomik yapısına döndürülür. Böylece kadınlar hayatlarını kabusa çeviren idrar kaçırma probleminden kurtulmuş olurlar.

Çalışma kapsamındaki kadınlarda dışkılama problemleri de yaşanmaktadır. Dışkılama problemlerinden olan kabızlık, oldukça yüksek oranda görülmektedir (Tablo 3). Rektosel ve genital bölgedeki sarkma barsak hareketlerini yavaşlatarak kabızlığa yol açar, bu da dışkılamanın zorlaşmasına ve ıkmaya sebep olur. İkmalar genital bölgedeki sarkmayı daha da artırır. Böylece bir kısır döngüye girilir. Kabızlık kadının dışkılamada güçlük yaşamasının yanısıra ağrıya ve kanamaya da yol açar. Uzun sürerse anüste fissür oluşmasına sebep olur. Sonuç itibarıyla, kabızlık, kadının günlük yaşamını ve sosyal yaşamını bozarak onun yaşam kalitesini düşürür. Rektoselde rektum vajen içine fitik yaparak vajenin anatomik yapısının bozulmasına sebep olur. Bu durum cinsel problemleri beraberinde getirir (Yüksel,

2012). Cerrahi olarak normal anatomisine döndürülen rektum normal işlevini yerine getirir ve kabızlık sorunu ve onun getirdiği problemler ortadan kalkmış olur (Yüksel, 2012).

Çalışmaya katılan kadınların %55.3'ünün ameliyat olmadan önce kendilerini cinsel olarak yetersiz hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4). Kadınlar cinsel hayatlarında eşlerinin rahatsızlığını açık bir şekilde ifade etmese de geç ejakülasyondan ve eskisi kadar aktif cinsel hayatlarının olmamasından dolayı eşlerinin eskisi kadar haz almadıklarını hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca kendilerinin de cinsel anlamda eskisi kadar haz almadıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar cinsel olarak eşleri tarafından eskisi kadar beğenilmiyor olmanın, onlarda çok büyük oranda kadınlık imajında zedelenmeye ve benlik saygısında azalmaya yol açtığını belirtmişlerdir (Tablo 4). Kadınların kendilerini cinsel olarak yetersiz hissetmelerine yukarıda belirtilen bu problemlerin yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmalarının kendileri için utanç kaynağı olduğunu dile getirmişlerdir (Tablo 3). Görüldüğü üzere, kadınların yaşadığı POP, sistosel ve rektosel problemleri onların cinsel yaşamlarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Kadınların POP, sistosel ve rektoselden kaynaklanan fiziksel, sosyal, cinsel ve psikolojik olarak bir çok problem yaşadığı belirlenmiş ve bunlar yukarıda ayrıntılı olarak tartışılmıştır. Yaşanan tüm bu problemlerin, kadınlarda bazı psikolojik problemleri de beraberinde getirdiği saptanmıştır (Tablo 4). Çalışmaya katılan kadınların çok büyük bir kısmında, kadınlık imajında zedelenme ve benlik saygısında azalma olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı POP, sistosel ve rektosel problemleri yaşanan diğer tüm problemlerin kaynağı olduğu söylenebilir.

Kadınların ameliyat öncesi yaşadıkları problemlerin günlük yaşantıya olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Kadınların çok büyük bir kısmı kendilerinde üzülmeye, kendisini kötü hissetmeye, cinsel ve sosyal hayatı olumsuz etkileme gibi durumların ortaya çıktığını belirtmiştir. Bunlara ilaveten endişe, öfke, korku gibi duyguları yaşadıklarını, hayattan zevk alamadıklarını ve işe odaklanamadıklarını da dile getirmişlerdir. Yaşanan bu durumların her birinin kadının yaşam kalitesini düşürdüğü söylenebilir. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan tatmin olması durumudur (Tosunoğlu, 2010). Kadınların yaşadığı POP ve ona bağlı problemlerin onların yaşamını olumsuz etkilediği ve verimini düşürdüğü, yaşamdan zevk almalarını engellediği açıktır.

Çalışmaya katılan kadınların çoğu ameliyat olmaya doktoru, eşi ve kendisi karar vermiştir (Tablo 6). Kadınların, bu ameliyatı olmalarında en büyük etkenin kendileri olduğunu ancak doktor önerisini ve eşlerinin de rızasını aldıklarını belirtmişlerdir. Kadınların bu ameliyatı olmalarında, yaşadıkları fiziksel, cinsel, sosyal ve psikolojik problemlerin etkili olduğu

düşünülmektedir.

Her ameliyatta olduğu gibi vajinal onarım ameliyatında da iyileşmek için zamana ihtiyaç vardır. Ameliyattan sonra geçen süre arttıkça iyileşme oranı da buna paralel olarak artmaktadır (Tablo 7). Çalışmaya katılan kadınların %58.2'sinin ameliyatından sonra 10-12 ay geçmiştir. Bu sürenin ameliyattan sonraki durumla ilgili olumlu ya da olumsuz sonuç ifade etmeleri için belirleyici olduğu söylenebilir. Kadınlar ameliyat öncesinde yaşadıkları bir çok problemle ilgili olarak ameliyattan sonra daha net bir şekilde kıyaslama yapabilmıştır.

Ameliyattan sonra 3 ay ve daha az zaman geçmiş olan kadınların %53'ü ameliyattan henüz bir sonuç alamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Henüz ameliyat yeni olduğundan ve kesi yerleri, kişinin yapısal özelliklerine göre değişkenlik göstermekle beraber, henüz tam iyileşmediğinden kadınlar ameliyattan önce yaşadıkları problemlerin geçip geçmediği hakkında net bir şey söyleyememişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınlardan ameliyatından sonra 7-9 ay geçmiş olanların %69.2'sinde tam iyileşme sağlanırken, 10-12 ay geçmiş olanların %53.3'ünde tam iyileşme olmuştur. Tam iyileşme olan kadınlar, ameliyat öncesinde yaşadıkları cinsel ve idrar kaçırma problemlerinin tamamen geçtiğini ve bundan dolayı kendilerini cinsel, sosyal ve psikolojik yönden daha iyi hissettiklerini ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %86.4'ü geçirdiği operasyonu başka kadınlara da önermektedir. (Tablo 8). Kadınlar ameliyat öncesinde bu sıkıntılarını dile getirmekten çekindikleri ve asla geçmeyeceğini düşündükleri için ameliyat olmaya sıcak bakmadıklarını ancak bu ameliyatı olan başka kadınların ameliyat sonucuna göre kendilerinin de bu ameliyatı olmaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum kadınlar adına memnuniyet vericidir. Kadınların geçirmiş oldukları vajinal onarım ameliyatından memnun olması ve bu ameliyatı benzer problemleri yaşayan diğer kadınlara önermesi, diğer kadınların bu ameliyatı olmalarında etkili olacağı söylenebilir.

POP, sistosel ve rektosel gibi rahatsızlığı bulunan kadınlar bunlara bağlı olarak fiziksel, sosyal, cinsel ve psikolojik olarak bir çok problemle karşılaşmaktadırlar. Bu problemler onların yaşam kalitesini düşürmektedir. İlaveten bu kadınlar benlik saygısında azalma, özgüvenlerinde düşme ve kadınlık imajında zedelenme gibi problemleri de yaşamaktadırlar. Tüm bu yaşananlar kadınları cerrahi operasyonlara itmektir. Çünkü POP'un semptomatik tedavisi büyük oranda cerrahi operasyonlarla sağlanabilmektedir. Vajinal onarım ameliyatları kadınların cinsel yaşamlarının düzelmesine büyük oranda katkı sağlamaktadır. İlaveten idrar kaçırma ve kabızlık sorununu büyük oranda ortadan kaldırmaktadır. Bu

sorunların giderilmesi ile de cinsel yaşamlarının yanı sıra sosyal yaşamları da normale dönmektedir. Böylece fiziksel ve psikolojik sorunları giderilmiş olup sağlık durumları iyileşmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen başlıca sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Kadınların çoğunlukla 18-49 yaş aralığında ve ev hanımı olduğu,
 - Kadınların tamamının en az 1 vajinal doğum yaptığı,
 - Kadınların vajinal doğum esnasında yaşadığı en büyük problemin genital bölgede yırtılma olduğu,
 - Kadınların vajinal onarım ameliyatı öncesinde yaşadıkları fizyolojik sorunların; sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, idrar kaçırma, kabızlık ve genital bölgede sarkma olduğu,
 - Kadınların vajinal onarım ameliyatı öncesinde yaşadığı cinsel ve psikolojik sorunların; kendilerini cinsel olarak yetersiz hissetme, kadınlık imajında zedelenme ve benlik saygılarında azalma olduğu,
 - Kadınların yaşadığı tüm bu sorunlar nedeniyle günlük hayatlarının ve sosyal hayatlarının olumsuz etkilendiği,
 - Kadınların yaşadıkları tüm bu sorunların onlarda üzülmeye, kendisini kötü hissetmeye, endişelenmeye, öfkelenmeye, korkmaya, hayattan zevk alamama ve işe odaklanamama gibi psikolojik sorunlara yol açtığı,
 - Kadınlarda ameliyat sonrası geçen süre arttıkça iyileşme oranlarının da arttığı,
 - Kadınların çok büyük bir kısmının kendilerinin geçirdiği vajinal onarım ameliyatını başkalarına da önerdikleri,
- Belirlenmiştir.

Yukarıda belirtilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir;

- Hemşirelik / ebelik öğrencilerinin eğitimlerinde genital bölgede sarkma ile ilgili konulara daha fazla yer verilmesi,
- Çalışan hemşire / ebelere aynı konuda hizmet içi eğitim, seminer ve kongreler düzenlenmesi, bu etkinliklerin sayısı ve niteliklerinin artırılması,
- Vajinal doğumun oluşturabileceği pelvik taban ve genital deformasyonların önlenmesi / en aza indirilmesi için kadınlara gebelikte ve öncesinde yapılmak üzere Kegel Egzersizleri'nin öğretilmesi, vajenin çevresindeki kasları çalıştırmaya yönelik sporlar konusunda eğitilmesi,
- Kadınların gebeliğin ilk haftalarından itibaren sağlık kuruluşları tarafından düzenlenen gebe okullarına yönlendirilmesi,

- Hem gebelere hem de gebe adayı olan kadınlara genital bölgenin sarkmasına ilişkin konularda (risk faktörleri, önleme, oluştuğunda nerelere başvurulacağı, tanı, tedavi vb) medya ve sağlık kuruluşları aracılığı ile eğitimlerin yapılması,
 - Kadınların sosyal izolasyonunun azaltılması ve kadınların kendilerine olan güvenlerinin artmasını sağlamak için, tedavide aynı sorunu yaşayan kadınlardan oluşan destek gruplarının kullanılması,
 - Genital bölgede sarkma ve buna bağlı problemleri yaşayan kadınlara medya ve sağlık kuruluşları aracılığı ile ulaşılarak çaresiz olmadıklarının duyurulması ve tedavi için ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi,
- Önerilir.



7. KAYNAKLAR

Akhan, S.E. (2009). Pelvik taban patolojileri ve kadın cinselliğine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecol Obstetrics-Special Topics, 2(2): 77-85.

Aksoy, H.E. (2006). Stres inkontinans tedavisinde transobturator tape uygulaması ve kısa dönem sonuçları. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., Mccandlish, R. (1999). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain, Birth Issues In Perinatal Care, 26(1): 11-7.

Allen, R.E., Hosker, G.L., Smith, A.R., Warrell, D.W. (1990). Pelvic stress damage and childbirth: a neurophysiological study. BJOG An Journal of Obstetrics And Gynaecology, 97: 770-779.

Arısan, K. (1997). Propedötik Kadın Doğum Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Aslan, E. (2002). Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Nezihe Kızılkaya Beji (Ed). Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60.

Barber, M.D. (2005). Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. Clinical Obstetrics and Gynecology, 48 (3):648-661.

Bo, K., Talseth, T., Home, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ Clinical Research Edition, 318: 487-493.

Bobek, İ., Jensen, M.D. (1992). Maternity and gynecologic care. Fifth Edition. Mosby com. California, 1-46.

Bidmead, J., Cardozo, LD. (1998). Pelvic stress changes in the older women. British Journal of Urology, 82(1): 18-25.

Boyles, S.H., Weber, A.M., Meyn, L. (2003). Procedures for pelvic organ prolapse in the united states, 1979-1997. American Journal of Obstetrics Gynecology, 188(1): 108-15.

Brown, J.S., Grady, D., Ouslander, J.G., Herzog, A.R., Varner, R.E., Fosner, S.F. (1999). Prevalance of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Heart&Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Obstetrics Gynecology, 94: 66-70.

Bump, R.C., Mattiasson, A., Bo, K., Brubaker, L.P., Delancey, J.O., Klarskov, P., Shull, B.L., Smith, A.R. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic flor dysfunction. American Journal of Obstetrics And Gynecology, 175: 10-17.

Carley, M.E., Turner, R.J., Scott, D.E., Alexander, J.M. (1999). Obstetric history inwomenwith surgically corrected adulturinary incontinence or pelvic organ prolapse. The Journal of the American Association Gynecologic Laparoscopists, 6: 85-89.

Coşkun, A., Karanisoğlu, H. (1992). Desensus, prolapsus, sistosel ve rektoselde hemşirelik yaklaşımı. Seçim, H. (Ed.). Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 515-516.

Çopur, H. (2007). Stres üriner inkontinans tedavisinde transobturator askı girişimi sonuçları: iki yıllık takipli klinik ve yaşam kalitesi analizi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Çelik, D.B., Beji, N.K. (2012). Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve hemşirelik bakımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20 (1): 69-79.

Çetinel, B., Arar, O., Yaycıoğlu, Y., Demirkesen, O., Tüfek, İ., Solok, V. (1996). Gerçek stres inkontinans modifiye raz ‘anterior vaginal sling’ (bant) operasyonu: ön rapor. Türk Üroloji Dergisi, 23(4): 410-416.

Çoban, A., Şirin, A. (2003). Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. Turkish Journal Of Geriatrics, 6(2): 80-83.

Çayır, G. (2002). Üriner inkontinans cerrahi operasyonu geçiren hastalara yönelik hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya Beji, N. (Ed). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 103-122.

Davidson, K., Jacoby, S., Brown, M.S. (2000). Prenatal perineal massage: preventing lacerations during delivery. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 29(5):474-479.

Dietz, H.P., Ilson, P.D. (2005). Childbirth and pelvic stress trauma. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 19(6): 913-924.

Dilbaz, S. (2008). Pelvik taban yaralanması ve perine onarımı. içinde: yüksek riskli gebelikler. Bölüm: 73, Çeviri Editörü: Haldun Güner, Güneş Tıp Kitabevleri, Üçüncü Baskı, İstanbul, 1499-1513.

Ege, E., Akın, B., Koçoğlu, D., Arıöz, A. (2007). Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi. Hemşire Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 46-56.

Eskiyurt, N., Karan, A. (2008). Yetişkinde idrar kaçırma. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları Yayınları, 65.

Eskiyurt, N. (2005). Pelvik taban kaslarının egzersizleri. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 1(45): 63-67.

Eryılmaz, H.Y. (2008). Pelvik bozukluklar. Şirin, A. (Ed.). Kadın Sağlığı. Kenan Ofset Matbaası, İstanbul, 198-233.

Fine, P., Antonini, T., Appell R. (2004). Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(1): 44-52.

Genç Hekimler, (1997). Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Ders Notları Serisi, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara.

Gill, E.J., Hurt, W.G. (1998). Pathophysiology of pelvic organ prolapsed. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(4):757-69.

Güler, T.C. (2006). Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Handa, V.L., Haris, T.A., Ostergard, D.R. (1996). Protecting the pelvic floor: obtetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapsed. *Obstetrics and Gynecology*, 88(3): 470-478.

Hendrix, S.L., Clark, A., Nygaard, I., Aragaki, A., Barnabei, V., Mctiernan, A. (2002). Pelvic Organ Prolapse in The Women's Health Initiative: Gravity and Gravidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186: 1160-66.

Hagen, S., Stark, D. (2011). Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematics Reviews*, 12: 45-50.

Halil, M. (2006). Geriatrik sendromlara yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14 (1): 45-49.

Hinoul, P. (2005). Review of surgical techniques to insert implants in urogynecology. *Intemational Congress Series*, 398-406.

Işıldak, S. (2007). Kolporafi anterior ve/veya kolporafi posterior operasyonu olanlarda disparoni değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara.

Johanson, R. (2000). Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *The Lancet Journal*, 355: 250–251.

Jelovsek, J.E., Barber, M.D. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 194(5): 1455-1461.

Kömürcü, Ö., Uğur, G.M. (2017). Doğuma bağlı ortaya çıkan pelvik taban değişiklikleri. *Kontinans Ve Nöroüroloji Bülteni*, 4: 25-34.

Kelleher, C.J., Cardozo, L.D., Khuller, V., Salvatore S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12): 1374-1379.

Korur, A. (2008). Kadınlarda idrar kaçırma şikayetinin genel sağlık, psikososyal ve seksüel yaşam üzerindeki sonuçları. *Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.*

Kulaksızoğlu, I.B., Karan, A. (2005). Ürojinekolojik rehabilitasyonda psikiyatrik sorunlar ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(45): 68-72.

Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, Ö., Eskiuyurt, N. (2000). Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(3): 102-106.

Kılıç, M., Ejder Apay, S., Kızılkaya Beji, N. (2011). Pelvik organ prolapsusu sonucu gelişen cinsel fonksiyon bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3): 194-202.

Küçük, E.V., Önkol, F.F., Tahra, A., Önel Ş.Y. (2016). Uterovaginal ve posthisterektomi vaginal kaf prolapsus tedavisinde yeni bir ekstraperitoneal yöntem: turc (total utilization of retroperitoneum for colpopexy) tekniği, *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 3: 1-6.

Karaöz, B., Saruhan, A. (2012). Perinenin korunması için intrapartum girişimler Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(4): 323-330.

Khullar, V. (1997). History and examination. in; urogynecology. Cardozo L (Ed) Churchill Livingstone, Newyork, 85-100.

Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner inkontinanstaki konservatif tedavi metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13): 1-8.

Labraegue, M., Eason, E., Morcoux, S. (2000). Randomized trial of perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three months after delivery. American Journal Of Obstetrics and Gynecology, 182(1): 76–80.

Lowdermik, D.L., Perry, S.E. (2004). Maternity and woman health. Eight Edition Mosby Company, Philadelphia; 1-874.

Mant, J., Painter, R., Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: observations from the oxford family planning association study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104(5): 579-85.

Martin, L.L., Reeder, S. (1991). Essential of maternity nursing. Home Healthcare Nurse: The Journal for The Home Care and Hospice Professional, 10(5): 63.

Moller, L.A., Lose, G., Jorgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 79: 298-305.

Meyer, S., Schreyer, A., Grandi, D.E., Hohlfeld, P. (1998). The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic floor characteristics. Obstetrics and Gynecology, 2(4): 613-618.

Meschia, M., Buonaguidi A., Pifarotti, P., Somigliana, E., Spennacchio, M., Amicarelli, F. (2002). Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapsed, *Obstetrics and Gynecology*, 100(4): 719-723.

Mouritsen, L. (2005). Classification and evaluation of prolapse. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 19(6): 895-911.

Mccrink, A. (2003). Evaluating the female pelvic floor. *Awhonn Journals*, 7(6): 516-522.

Olsen, A.L., Smith, V.J., Bergstrom, J.O., Colling, J.C., Clark, A.L. (1997). Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and Gynaecology*, 89: 501–506.

Özyüncü, Ö., Durukan, T. (2008). Stres üriner inkontinans tedavisinde tvf (tension-free vaginal tape) uygulanan hastaların hayat kalitesi testleri ile değerlendirilmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(1): 48- 57.

Özdemir, E. (2018). Ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Özdemir, M.A. (2014). Pelvik taban kasları. Erişim Tarihi: 01 Mart 2018, www.fztzozdemir.com/pelvik-taban-kaslari/

Özcan, M., Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2): 101-109.

Polat İ., Akagündüz N.G., Yıldırım G., Ülker, V., Bakır V.L., Ekiz, A., Tekirdağ, A.İ. (2012). Doğum şeklinin, pelvik taban ve mesane boynu üzerinde etkileri, *Jopp Dergisi*, 4(2): 47-60.

Parlaktaş, B.S. (2009). Pubovajinal askı (sling) operasyonları. *Türkiye Klinikleri-Özel Konular*, 2(1): 74-79.

Pirinççi, N. (2005). Kadın stres üriner inkontinansında periüretal rulo mesh ile modifiye raz operasyonu. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Renfrew, M.J., Hannah, W., Albers, L., Elizabeth, F. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. Review, PMID: 967217, 25(3): 143–160.

Rogers, R.G., Coates, K.W., Kammerer-Doak, D., Khalsa, S., Qualls, C. (2003). A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (pisq-12). International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 14: 164-168.

Rogers, R.G., Kammerer-Doak, D., Villarrea, L.A., Coates, K., Qualls, C. (2001). A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. American Journal and Obstetrics Gynecology. 184: 552-558.

Samuelsson, E.C., Victor, F.T., Tibblin, G. (1999). Signs of genital prolapse in a swedish population of women 20 to 59 of age and possible related factors. American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 180: 299–305.

Shipman, M.K., Boniface, D.R., Tefft, M.E., Mccloghry, F. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 104: 787–791.

Sasso, K.M. (2006). The colpexin sphere: a new conservative management option for pelvic organ prolapse. Urologic Nursing, 26(6): 433-440.

Staskin, D.R. (1986). Age related physiological and pathologic changes affecting lower urinary tract function. Clinics in Geriatric Medicine, 2: 701-710.

Shumaker, S.A., Wyman, J.F., Uebersax, J.S., McClish, D., Fantl, J.A. (1994). Health-Related quality of life measures for women with urinary incontinence: the incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 3:

291-306.

Salman, M.C., Özyüncü, Ö., Durukan, T. (2005). Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2(5): 37-42.

Sutar, R., Yadav, S., Desai, G. (2016). Yoga intervention and functional pain syndromes: a selective review. Journal International Review of Psychiatry, 28(3): 316-322.

Sarı, D. (2007). Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Tsai, Y., Liu., C.H. (2009). The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: an experimental study. International Journal of Nursing Studies, 46: 1181-1186.

Thomson, A., Farquharson, R.G. (2000). Vault haematoma and febrile morbidity after vaginal hysterectomy. Now the British Journal Hospital Medicine, 61: 535-538.

Taşkın, L. (2016). Üreme Sisteminin Anatomisi. Bölüm 3, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, Akademisyen Tıp Kitabevi, On Üçüncü Baskı, Ankara.

Tanrıverdi, H., Sade, H., Akbulut, V. (2004). Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyoloji, etyoloji ve risk faktörleri. Türkiye Klinikleri Journal Gynecology and Obstetrics , 14: 231-238.

Tapp, A., Cardozo, L., Versi. (1988). The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 95: 142.

Thom, D.H., Brown, J.S. (1998). Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life; a review of the clinical and epidemiological literature. Journal of the American Geriatrics Society, 46(11): 1411-1417.

Thomson, A.J., Farquharson, R.G. (2000). Vault haematoma and febrile morbidity after vaginal hysterectomy. *Now the British Journal of Hospital Medicine*, 61: 535-538.

Turan, M.C. (2004). Myomlarda tedavi seçenekleri. *Tjod Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 8: 198-201.

Tosunoğlu, D. (2010). 40 Yaş üstü kadınlarda pelvik organ prolapsusu sıklığı ve hayat kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Usta, T., Karacan, T., Kale, A., Mutlu, S., Tiryaki, T. (2017). Robot-Assisted laparoscopic pectouteropexy: an alternative uterus-sparing technique for pelvic organ prolapse surgery. *International Urogynecology Journal*, 28 (11): 1751-1753.

Uslu Altaş, Z.G., (2008). Stres üriner inkontinans hastalarında midiüretal transobturator bant (TOT) cerrahisi klinik gözlem ve sonuçları, Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Viktrup, L., Lose, G., Rolff, M. (1992). The symptom of stres incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstetrics and Gynecology*, 79: 945-949.

Yalçın, Ö., Delier, H. (2004). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu: tanı ve tedavi seçimi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, 8(3): 198-201.

Yalçın, Ö. (2000). Pelvik taban bozukluklarının fizyopatolojisi. *Ürojinekoloji*. Güner, H. (Ed.). Atlas Kitapçılık, Ankara, 19-38.

Yaşa, O. (2010). Genel popülasyonda pelvik organ prolapsus sıklığı ve evrelerin semptomlarla ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Mersin.

Yılmaz, E., Muslu, A., Özcan, E. (2014). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2): 1-14.

Yücel, E., Sücüllü, İ., Filiz, A., Muhçu, M., Dündar, Ö., Ateş, F., Atay, V. (2008). Üriner inkontinansın anal inkontinans ile birlikteliğinin değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 39(3): 95-99.

Yüksel, K. (2012). Doğumdan sonra vajina genişlemesi, Erişim: 01 Mart 2018, Tavsiye Ediyorum.Com, Ağ Sitesi Adı: https://Www.Tavsiyeediyorum.Com/Makale_9414.Htm.

Zimmerman, C.W. (2003). Pelvic organ prolapse. Rock, J.A., Jones, H.W. (Eds.). Telinde's Operative Gynecology. 9th Ed., Lipponcott Williams & Wilkins Company, Philadelphia, 927-948.

8. EKLER



EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız ?

2. Eğitim durumunuz nedir ?

1. İlkokul ve altı
2. Ortaokul
3. Lise
4. Üniversite

3. Mesleğiniz nedir ?

4. Eşiniz kaç yaşında ?

5. Eşinizin eğitim durumu nedir ?

1. İlkokul ve altı
2. Ortaokul
3. Lise
4. Üniversite

6. Eşinizin mesleği nedir ?

7. Sosyal güvenceniz nedir ?

1. SGK
2. BAĞKUR
3. Yeşil Kart
4. Diğer.....

8. İlk evlenme yaşınız nedir ?

9. İlk doğum yapma yaşınız nedir ?

10. Kaç kez gebe kaldınız ?

11. Kaç tane düşük yaptınız ?

1. (.....) tane spontan (kendiliğinden) düşük
2. (.....) tane müdahaleli düşük

12. Kaç tane canlı doğum yaptınız ?

13. Doğumlarınızı hangi yolla yaptınız ?

1. (.....) tane normal (vajinal) doğum
2. (.....) tane sezaryen doğum

14. Vajinal doğumlarınız esnasında herhangi bir zorluk / sıkıntı yaşadınız mı ?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. Kanama | 2. Yırtık |
| 3. Zor doğum | 4. Doğumun normalden uzun sürmesi |
| 5. Makat geliş | 6. Hızlı doğum eylemi |
| 7. Kordon dolanması | 8. Kordon sarkması |
| 9. Kilolu (iri) bebek doğumu
(4500 gram veya daha fazla) | 10. Diğer |



EK-2 ÜROGENİTAL PROBLEMLER FORMU

1. Ameliyat Öncesinde Yaşanan Fiziksel Problemler (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Problem yaşamadım
- 2) Sık Enfeksiyon Kapma
- 3) İdrar yolu enfeksiyonu
- 4) Genital enfeksiyon

2. İdrar Kaçırma (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Problem yaşamadım
- 2) İdrara sıkışınca
- 3) Cinsel ilişki sırasında
- 4) Öksürürken / aksırırken
- 5) Gülerken / ağlarken
- 6) Diğer

3. Dışkılama Problemleri (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Problem yaşamadım
- 2) Kabızlık
- 3) İshal
- 4) Dışkılama sırasında kanama
- 5) Dışkılama sırasında ağrı
- 6) Diğer

4. Genital Bölgede Sarkma (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Problem yaşamadım
- 2) İkindiğim zaman
- 3) Her zaman
- 4)

5. Cinsel Problemler (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Problem yaşamadım
- 2) Cinsel istekte azalma
- 3) Cinsel haz almada azalma
- 4) Cinsel haz alamama
- 5) Kendini cinsel olarak yetersiz hissetme
- 6) Eşin cinsel haz almasında azalma
- 7) Eşin cinsel haz alamaması
- 8) Diğer

6. Kadınlık İmajında Zedelenme

- 1) Evet
- 2) Hayır

7. Benlik Saygısında Düşme

- 1) Evet
- 2) Hayır

8. Yaşadığınız Diğer Problemler Nelerdir ?

.....

9. Ameliyat Öncesinde Yaşadığınız Bu Problemlerin Günlük Yaşantınıza Etkileri Nelerdi ? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Üzüntü yaşıyordum.
- 2) Korku yaşıyordum.
- 3) Endişe yaşıyordum.
- 4) Öfke yaşıyordum.
- 5) Sosyal hayatım olumsuz etkileniyordu.
- 6) Cinsel hayatım olumsuz etkileniyordu.
- 7) Eşimle cinsel sorunlar yaşıyordum.
- 8) İşe odaklanma sorunu yaşıyordum.
- 9) Hayattan zevk alamıyordum.
- 10) Kendimi kötü hissediyordum.
- 11) Diğer

10. Ameliyat Olmaya Nasıl Karar Verdiniz ?

- 1) Kendim karar verdim.
- 2) Eşim istedi.
- 3) Eşimle birlikte karar verdik.
- 4) Doktor önerdi → ben karar verdim.
- 5) Doktor önerdi → eşim istedi.
- 6) Doktor önerdi → eşimle birlikte karar verdik.
- 7) Diğer

11. Ameliyattan Sonra Ne Kadar Süre Geçmiş Durumda ?

- 1) hafta
- 2) ay
- 3) yıl

12. Ameliyat Öncesi Yaşadığınız Problemlerin Ameliyat Sonrası İyileşme Durumu Nedir?

- 1) Tam iyileşme oldu
- 2) Kısmen iyileşme oldu
- 3) Hiç iyileşme olmadı
- 4) Daha kötü duruma geldi
- 5) Henüz ameliyat yeni, sonuç almış değilim
- 6) Diğer

13. Sizinle Benzer Problemleri Yaşayan Kadınlara Geçirmiş Olduğunuz Ameliyatı Önerir misiniz ?

- 1) Evet
- 2) Hayır



EK-3 ETİK KURUL KARAR FORMU

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Vajinal Onarım Ameliyatı Geçiren Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Geriye Dönük İncelenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	15.08.2017
	Araştırmanın Türü	Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Çok Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/05	Karar No: 01	Tarih: 28.09.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	Katılmadı
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-4 KURUM ÇALIŞMA İZİN FORMU

GÖZDEHASTANESİ
ADİYAMAN

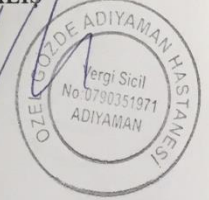
ARMAĞAN SAĞLIK İNŞAAT VE TIBBİ CİHAZLAR
SAN.TİC.LTD ŞTİ
ÖZEL GÖZDE ADİYAMAN HASTANESİ
ADİYAMAN

TARİH : 02 / 01 / 2018

Sayın Kübra ELÇİ

Armağan Sağlık İnş ve Tıbbi Cih.San.Tic.Ltd. Şti.Eskisaray Mah.702 Sokak no:8 adresinde faaliyet gösteren **Özel Gözde Adıyaman Hastanesi**'nde vermiş olduğunuz "Ürogenital Problemler ve Kişisel Bilgiler Formu" konulu anket çalışmanız kabul edilmiştir.

Uzm.Dr.Mehmet ÇALIS
Mesul Müdür



Adres : EskiSaray Mah.702 Sok. No:8 ADİYAMAN
Tel : 0 416 214 91 92-444 82 02 Fax : 0 416 214 32 50

EK-5 GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma yüksek lisans öğrencisi Hemşire Kübra ELÇİ tarafından ‘Vajinal Onarım Ameliyatı Geçiren Kadınların Yaşadıkları Sorunlar Ve Etkileyen Faktörlerin Geriye Dönük İncelenmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın yapılması için Özel Gözde Hastanesi Yönetim Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır. Sizi de bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizden doldurmanızı istediğimiz anket formu bireysel bazı özelliklerinizin yanı sıra yaşadığınız ürogenital problemler ile ilgili sorular içermektedir. Belirtilen anketi doldurmak yaklaşık onbeş dakikanızı alacaktır. Ankete ilişkin sorularınız olduğunda araştırmacı size yardımcı olacaktır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar sonucu elde edilen veriler kadınların yaşadıkları ve yaşayabilecekleri sıkıntıların çözümü ve bu dönemde azalan kişisel benlik saygısını yükseltmek amacıyla sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarına yön gösterici ve uygulamalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM. BU ARAŞTIRMA HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı, imzası, adresi (varsa telefon no, faks no)

Araştırmayı Yapan Araştırmacının Adı, İmzası
Kübra ELÇİ
Yüksek Hemşire

EK-6 İNTİHAL RAPORU

 SANKO UNİVERSİTESİ	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
--	--	--

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Kübra **Anabilim Dalı** : Hemşirelik (Doğum ve Kadın Hast. Hem.)
Soyadı : ELÇİ **Programı** : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Öğrenci No : 161101004 **Statüsü** : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Tez Adı : Vajinal Onarım Ameliyatı Geçiren Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Geriye Dönük İncelenmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	25	30/07/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	11	28/09/2018

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 43 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %11'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve izin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
28/09/2018

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
*Raporadaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-7 ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Kübra ELÇİ
2. Doğum Tarihi : 25.03.1991
3. Unvanı : Hemşire
4. Öğrenim Durumu : Lisans
5. Çalıştığı Kurum : Adıyaman Özel Gözde Hastanesi

6. Bitirdiği Okullar

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Adıyaman Üniversitesi	2010-2014
Y. Lisans	Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Sanko Üniversitesi	2016-2018
Doktora			

7. İş Deneyimi

Ameliyathane Hemşiresi	Park Hospital	2014-2015
Ameliyathane Hemşiresi	NCR Hospital	2015-2015
Ameliyathane Hemşiresi	Gözde Hastanesi	2016- ...

8. Telefon: 0541 590 00 13

9. Email: kubraa.elci@gmail.com

10. Adres: Ulu Camii Mah. Ziya Gökalp Cad. No: 62 Merkez/Adıyaman

