

T.C
ŞİFA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**18 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

NAZLI BAYKUŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. KERZİBAN YENAL

2016-İZMİR

T.C
ŞİFA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**18 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

NAZLI BAYKUŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. KERZİBAN YENAL

Tez. No: 2016-515

2016-İZMİR

KABUL ve ONAY


Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

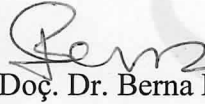
Tez Savunma Tarihi: 03/06/2016



Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kerziban YENAL – Şifa Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK – Dokuz Eylül Üniversitesi



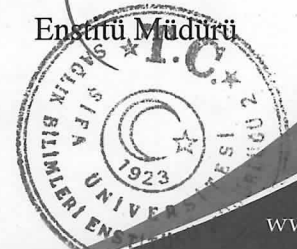
Üye : Yrd. Doç. Dr. Berna DİZER - Şifa Üniversitesi

ONAY :

Bu “18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rauf Taner DİVRİK

Enstitü Müdürü



ÖNSÖZ

Araştırmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve tamamlanmasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel ilkeler doğrultusunda şekillendiren hocam Sayın Doç. Dr. Kerziban YENAL'a, çalışmamdaki verilerin yorumlanmasındaki katkılarından dolayı hocam Sayın Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK'e eğitimim süresince her zaman desteğini aldığım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Berna DİZER 'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmayı gerçekleştirmeme imkân sağlayan Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Direktörlüğüne, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne, veri toplama sürecime destek olan tüm mesai arkadaşlarıma, tez çalışmalarım boyunca destek veren tüm hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Her konuda sabırla yardımcı olan eşime ve aileme desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	i
Önsöz	ii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	v
Tablolar Dizini	vi
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üriner Kontinans Mekanizmaları.....	4
2.1. 1. Üriner Kontinansa Eşlik Eden Fonksiyonel Yapılar.....	4
2.1.2. Alt Üriner Sistemin Nöronal Kontrolü.....	7
2.1.3. Mesane Dolum, Depolama ve Miksiyon Mekanizmaları	7
2.2. Üriner İnkontinans Tanım ve Sınıflama.....	8
2.3. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	10
2.4. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri.....	12
2.5. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirme	16
2.6. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Seçenekleri.....	22
2.7. Üriner İnkontinansı olan Bireyin Değerlendirilmesi, İzlenmesi ve Korunmasında Hemşirenin Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Örnekleme.....	29
3.3. Katılımcıların Seçimi	29
3.4. Verilerin toplanması.....	30
3.5. İstatistik değerlendirme	32
3.6. Çalışmanın Etik Boyutu	32
4. BULGULAR.....	34
4. 1. Bölüm: Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	34
4. 2. Bölüm: İdrar Kaçırma Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular	39
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
ÖNERİLER	63

ÖZET	65
ABSTRACT	66
KAYNAKLAR	67
EKLER	77
EK 1. Veri Toplama Formu	77
EK 2. ICIQ-SF Türkçe Versiyonu	81
EK. 3 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	82
EK. 4 Etik Kurul Karar Formu.....	83
ÖZGEÇMİŞ	84



Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

ATFP : Arkus Tendineus Fasciae Pelvis

ATLA : Arkus Tendineus Levatoris Ani

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BMI :Body Mass İndex

cm : Santimetre

DI : Diyabetes İnsipitus

DM : Diyabetes Mellitus

ICIQ-SF: International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form

ISC : İnternational Continence Society

İYE : İdrar Yolu Enfeksiyonu

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ml : Mililitre

mm : Milimetre

POP : Pelvik Organ Prolapsusu

PVR : Postvoiding Residüel İdrar

SÜİ : Stres Tip Üriner İnkontinans

UTI :Urinary Tract Infection

UUI : Sıkışma Tipi (Urge) Üriner İnkontinans

Üİ : Üriner İnkontinans

Tablolar Dizini

Tablo 1. Anamnez ile İnkontinans Tiplerinin Ayrılması	18
Tablo 2. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 3. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4. Kadınların Bazı Alışkanlıklarının İncelenmesi	38
Tablo 5. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 6. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 7. Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 8. Kadınların Sıvı Tüketim Ortalamalarının İdrar Kaçırma Üzerine Etkisi....	46
Tablo 9. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin İdrar Kaçırma Üzerine Etkisi	47
Tablo 10. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda ICIQ-SF Formu Yaşam Kalitesi Skor Dağılımı	48
Tablo 11. Kadınların Üriner İnkontinans Nedeniyle Doktora ya da Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları ve Nedenlerinin Dağılımı	49
Tablo 12. Kadınların Üriner İnkontinans Tiplerinin Dağılımı	50
Tablo 13. Logistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Kadınların Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	51

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner inkontinans; Uluslararası İnkontinans Topluluğu (International Continence Society-ISC) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır (Abraham et al. 1998). Üriner inkontinans (Üİ) her yaştaki kadında fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik problemlere neden olan yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Abraham et al., 1998, Ateşkan ve ark.,2000). Kadınlarda utanma duygusuna, kendine olan güvenin azalmasına, sosyal aktivitelerde azalmaya ve bunun sonucunda yalnızlaşmaya yol açabilen bir sorundur (Abraham et al. 1998, Ateşkan ve ark. 2000).

Dünyada 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı, bunların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu ve üriner inkontinans prevalansının da % 15-52 arasında değiştiği bilinmektedir (Norton and Brubaker 2006,Yip and Cardozo 2007).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Dursun ve ark.(2014) yaptığı çalışmada, 6473 kadında üriner inkontinans prevalansını % 20.9 olarak bulmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda inkontinans oranı; 20 yaş üstü doğum yapmış 229 kadında % 37.11 (Kök ve ark. 2005), jinekoloji polikliniğine başvuran 775 kadında % 36.6 (Çiftçi ve ark. 2007), Uşak il merkezinde 259 kadından oluşan örneklem grubunda ise % 26.6 olarak bildirilmiştir (Demirci ve ark. 2012).

Üriner inkontinans gelişmesinde birçok risk faktörleri bulunmaktadır. Cinsiyet, yaş, ırk, menopoz, sigara kullanımı, kronik konstipasyon öyküsü, obezite ve jinekolojik operasyon geçirmiş olma, gebelik ve doğum yapma durumları önemli risk faktörlerindedir (Eskiyurt ve Karan 2000, Kaplan ve Demirci 2010).

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülürken, özellikle 60 yaş altındaki erişkinlerde bu fark oldukça belirgindir (Ateşkan ve ark. 2000, Kök ve ark. 2005, Özerdoğan ve ark. 2004). Kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının 65 yaş ile orantılı olarak arttığı belirlenmiştir (Faltin 2009, Onur ve Bayrak 2015). Bilgili ve arkadaşları (2008) yaptıkları bir çalışmada 65 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans oranını % 43.6 olarak bulmuştur. Şentürk ve Kara'nın (2010) menopozlu kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmasında menopozla üriner inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Çiftçi ve Günay (2009) yaptığı araştırmada kronik kabızlık yakınması olanların % 49.5'inde, kronik kabızlık yakınması olmayanların % 31.5'inde üriner inkontinans görüldüğü ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir.

Üriner inkontinans sıklığını artıran diğer önemli bir faktör ise gebelik ve doğum yapmaktır. Lipschuetz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada postpartum dönemdeki üç kadından ikisi pelvik taban disfonksiyonu yaşamaktadır. Diğer risk faktörlerinin yanında gebelik, doğum, yaşlanma sonucu pelvik taban disfonksiyonu ve Üİ sıklığının artması, toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında bu durumun doğal olarak görülmesine ve hastalık olarak algılanmamasına neden olmaktadır. Öte yandan Üİ probleminin ölüme neden olmaması öncelikli sağlık problemleri içinde yer almasını engellemektedir. Wong (2006) yaptığı çalışmada, stres üriner inkontinansı (SUI) olan kadınların %78.3'ünün "stres inkontinansı bir hastalık değildir" ve % 60.6'sının "idrar kaçırmak normal bir durumdur" olarak belirttiğini saptamıştır.

Sonuç olarak; kadınlarda Üİ yaygınlığının ve neden olan risk faktörlerinin bilinmesi, üriner inkontinanstaki korunmada ve hastalığın erken tanınmasında büyük önem taşımaktadır. Bu sayede risk altında yer alan grubun tanınıp erken tedavi edilmesi, üriner inkontinans oluşumunun önlenmesi ve üriner inkontinansın maliyetinin azaltılması için yeterli bilgiye sahip olunacaktır. Mevcut durumun ortaya konulması ile toplumsal ve profesyonel farkındalığın artmasına katkıda bulunmuş olunacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Şifa Üniversitesi Hastanelerine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner Kontinans Mekanizmaları

Üriner kontinansın sağlanması için; sağlıklı işlev gören merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi, mesane duvar yapısı, detrusor kası, üretra, sağlam periüretral ve pelvik kas yapısı olması gerekir. Kontinans tüm bu parametrelerin koordineli olarak çalışması ile oluşur (Ozan ve Fırdolaş 2015).

2.1.1. Üriner Kontinansa Eşlik Eden Fonksiyonel Yapılar

Mesane

Mesane pelviste, pubis kemiklerinin arkasında bulunan tepesi önde ve yukarıda, tabanı arkada ve aşağıda, piramit şeklinde içi boş musküler bir organdır ve erişkin bir insanda yaklaşık kapasitesi 400-500 ml. arasındadır (Baykara 2006, Karadakovan ve Kaymakçı 2011, Oğuz ve Önem 2015). Mesanenin tabanı, erkekte seminal vezikül, rektum, vaz deferensin ampullası ve terminal üreter ile kadında ise serviks anteriorundaki bağ dokusu ve üst vajinal duvar ile komşudur (Oğuz ve Önem 2015).

Mesane, endodermal yapılı düz kas olan detrusör kası ve bunun tabanında mesodermal kökenli trigon bölümünden meydana gelir. Trigonun üst iki köşesine üreter orifisleri açılır. Miksiyon oluşumu esnasında trigonun kasılması ile proksimal üretra ve mesane boynu açılıp huni şeklini alır ve eş zamanlı üreter orifisleri aşağı doğru çekilerek intramural üreterin boyu uzaması sonucunda vesikoüreteral reflü engellenmiş olur (Güner 2000, Ozan ve Fırdolaş 2015).

Detrüsor, dışta longitudinal, ite sirküler ve spiral yapıda, en ite longitudinal düz kas liflerinden meydana gelir, bu da detrusor kasının kontraksiyonu ile miksiyon esnasında mesane boynunun açılmasını sağlar (Güner 2000).

Distal üreter, trigon ve komşu mesane duvarından oluşan ürovezikal bileşkenin görevi, böbrekten gelen idrar akımını serbestçe mesaneye geçirmek ve aynı zamanda mesane idrarının üretere geri akımını engellemektir. Mesane doldukça trigon gerilir. İntravezikal üreter direnç artar ve reflüyü engellemek için sıkıca kapanır. Bu durum oldukça kısadır. Miksiyondan sonra mesane içi basınç azalarak üreterden mesaneye idrar akımı yeniden devam eder (Baykara 2006). Üretra basıncının mesane basıncını geçtiği durumlarda üriner inkontinans gelişmektedir (Güler ve Yağcı 2006).

Kadın Üretrası

Üretra ortalama 3-5 cm uzunluğunda ve yaklaşık 8-9 mm çapındadır. Klitorisin 2,5 cm altında vagina ön duvarına açılır. İşeme dışında lümeni kapalı bir şekilde durmaktadır (Baykara 2006, Karadakovan ve Aslan 2011). Üretra hem intrinsik hem de ekstrensik özellikleriyle üriner kontinansa katkı sağlar. Mukoza ve vasküler submukoza tabakaları intravesikal basınç yükseldiğinde idrar kaçışını engelleyen bir bariyer oluştururlar (Güner 2000).

Kadın üretrasında, kontinansı sağlayan kas mekanizmalarına ilave olarak mukoza kıvrımları ve yoğun vasküler submukozal yapı yanında üretrovezikal açı büyük önem teşkil eder. Normalde 90-110 derece arasında olan bu açının değişmesi kişinin eforla idrar kaçırmasına neden olabilmektedir (Baykara 2006).

Pelvik Taban

Pelvik destek, idrar tutabilme ve işeme esnasında gevşeyerek gerekli koordinasyonu sağlama görevlerini üstlenir. Pelvik taban anatomisi pasif ve aktif destek sağlayan yapılar olarak ikiye ayrılabilir. (Strohbehn 1998, Güner 2000). Pasif desteği sağlayan yapılar; kemik pelvis ve bağ dokusu, aktif desteği sağlayan yapılar ise kaslar ve sinirlerdir (Güner 2000).

Pasif Destek Yapılar

Kemik Pelvis

Sakrum, Koksiks, İskiumdan oluşmaktadır. Kemik pelvisdeki pelvik taban kaslarının önemli tutunma yerleri pubik ramus, spina iskiadika ve sakrumdur.

Bağ Dokusu

Bağ dokusunu Parietal Fasiya, Arkus Tendineus Levatoris Ani (ATLA), Arkus Tendineus Fasciae Pelvis (ATFP), Viseral fasiya oluşturmaktadır. Polisakkarid yapı içinde primer olarak elastin ve kollajen lifleri içerir. Konnektif doku, organlarda yapısal bütünlüğü oluşturur. Aynı zamanda kasları saran fasiyayı ve bağlanmasını sağlayan tendonları oluşturarak mesane, üretra ve vaginal destek sağlamaktadır (Norton 1993, DeLancey 1994).

Aktif destek yapılar

Kaslar

Aktif destek yapılar, Levator Ani, Musculus iliococcygeus, Musculus Pubococcygeus (M. Puborektalis ve M. Puboviseralis) kaslarından oluşmaktadır. Pelvik taban desteğinin meydana gelmesinde en önemli unsur, aktif destek oluşturan levator ani kas grubudur (Oğuz ve Önem 2015).

Levator Ani kası miksiyon, defekasyon ve seksüel fonksiyonda önemli görev alır. Puborektalis kası, pelvik diaframının en güçlü kası olarak ürogenital hiatusun daralmasını sağlar. Puborektalis kası sfinkter fonksiyonu, iliococcygeus kası ise destek fonksiyonu görevi yaparlar (Sivaslıoğlu 2011).

Sinirler

Pelvik taban kasları, pudental sinir yolu ile sakral 2-4 ventral köklerinden, Levator aninin, kranial yüzünün sakral 3-4 motor sinir köklerinden direkt olarak innerve olduğu bildirilmiştir (Ozan ve Firdolaş 2015).

2.1.2. Alt Üriner Sistemin Nöronal Kontrolü

Alt üriner sistem otonom sinir sistemi ve somatik sinir sistemi işlevleri ile gerçekleşir (Karadakovan 2011, Sivaslıoğlu 2011). Otonom sinir sistemi, alt üriner bölgeyi ganglionlar, detrusor kası, trigon ve üretranın düz kasını etkileyerek nöronal kontrolü sağlar (Ozan ve Firdolaş 2015).

Sempatik lifler torakal 11-12 ve lomber 1-2. segmentlerden gelerek mesane ve üretrayı innerve ederler. Sakral 2-4. segmentlerden çıkan parasempatik lifler de mesane ve üretrayı innerve ederler. Mesanenin gerilme dolgunluk hissi parasempatik, dokunma ve ısı hissi sempatik sinirlerle taşınır (Anafarta ve ark. 2007). Sempatik sistem idrar depolama işlevini gerçekleştirirken, parasempatik lifler ise idrarın boşaltılması işlevini gerçekleştirirler (Ozan ve Firdolaş 2015).

2.1.3. Mesane Dolum, Depolama ve Miksiyon Mekanizmaları

Dolum ve Depolama

Mesane devamlı olarak yaklaşık 0,5- ml/dakika hızla dolarken mesane hızı basıncı minimal düzeyde artış gösterir. Mesanedeki artan hacme rağmen mesane içi basıncın artmamasına komplians denilir bu da, mesane duvarındaki düz kas ve bağ dokusunun pasif viskoelastik özelliği ile açıklanabilir. Mesane hacmi 200-300 ml'ye ulaştığında sıkışma kortikal olarak hissedilir bu da ilk idrara çıkma hissi oluşturur. İşeme için uygun ortam ve zaman oluştuğunda ise aşamalı olarak başlama fazı ve işeme fazı ile mesane boşaltılır (Abraham et al. 1998, Anafarta ve ark. 2007, Ozan ve Firdolaş 2015).

Başlama ve İşeme Fazı

Başlama fazı; pelvik tabanda relaksasyon izlenir. Pelvik sinirler ile efferent parasempatik uyarı olur. Bu da detrusör kasının kasılmasına sebep olur. İntraüretral

basıncın azalma derecesine ve detrüsrün kasılmasına göre mesane boşalmaya başlar (Abraham et al. 1998).

İşeme fazı; işeme esnasında üretra içi basınç sabit olduğu için duvar gerilimi düşer. Bir kere işeme başladığı zaman işemeyi sürdürmek için az bir çaba gösterilir. Basıncı sabit tutmak için detrüsr kas liflerinin boyu kısalır. İstemli olarak işeme durdurulduğunda pelvik kaslar kasılır, üretra içi basınç artar ve idrar akımı durur (Abraham et al. 1998, Ozan ve Fırdolaş 2015).

2.2. Üriner İnkontinans Tanım ve Sınıflama

Üİ her yaştaki kadında hem kendilerini hem de ailelerine fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik problemlere neden olan yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Kanit düzeyi 1) (Faltin 2009, Koçak 2015).

Üriner inkontinans; Uluslararası İnkontinans Topluluğu (International Continence Society-ISC) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır (Abraham et al. 1998).

Alt üriner sistem mesane ve üretradan oluşur. İdrar dolun ve boşaltımı, bu iki anatomik yapının uyum içinde çalıştığı vezikoüretal ünite ile gerçekleşmektedir (Anafarta ve ark. 2007). İdrar kaçırma çoğunlukla üretradan olur. Üretra dışında başka bir yerden idrar kaçıışı meydana gelirse ekstraüretal inkontinans olarak tanılanır. Çünkü üriner bir fistül ya da ektopik ureter olabilir (Anafarta ve ark.2007).

Üriner inkontinans akut veya kronik olarak görülmektedir. Akut tip en sık olarak üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyona bağlı fekal baskı, ilaçlar ve bazı akut hastalıklara bağlı gelişmektedir. Kronik tip ise beş gruba ayrılmaktadır. Bunlar, stres, urge (sıkışma), miks (karışık), taşma, fonksiyonel tip idrar kaçırmadır (Karadakovan ve Aslan 2011).

Stres Tip Üriner İnkontinans (SÜİ)

Stres tip üriner inkontinans, karın içi basıncını arttıran fizik aktiviteler esnasında oluşur. Gülerken, hapşırırken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken istemsiz olarak idrar kaçırmadır. İdrar kaçıranların % 50-70'inde görülmektedir. (Çetinel 2005, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Üriner inkontinansın en önemli nedeni pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Stres üriner inkontinansda idrar kaçırma birkaç damla olabileceği gibi, bir pedi ıslatabilecek boyutta olabilir. Ancak genelde her inkontinans atağıyla beraber kaçırma miktarı genelde az miktardadır. Stres üriner inkontinans üretral hipermobilité veya üretral sfinkter yetmezliğinden kaynaklanmakta olup, genç bayanlarda görülen en sık üriner inkontinans nedenidir (Abraham et al.1998, Anafarta ve ark. 2007, Onur ve Bayrak 2015).

Sıkışma Tipi (Urge) Üriner İnkontinans (UID)

Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiği anda tuvalete yetişmeden aniden gelen, zorlayıcı, geciktirilmesi çok güç olan idrar yapma hissiyle oluşan istemsiz idrar kaçırmadır. Detrusor aşırı aktivitesinin sonucunda ortaya çıkar. Hasta idrar kaçırmaya başladıktan sonra, idrarın çoğunu boşaltana kadar kontrol sağlayamamaktadır. Cinsiyet ayrımı olmadığı gibi yaşlılarda en sık görülen inkontinans tipidir (Çetinel 2005, Anafarta ve ark. 2007, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Karışık Tip (Miks) Üriner İnkontinans

Detrusor aşırı aktivitesi ve üretral sfinkter mobilitesi/ yetmezliğiyle oluşan iki ya da daha fazla Üİ tipinin birlikte görülme şeklidir. Hastalarda acil işeme hissini takiben tuvalete yetişmeden idrar kaçırmaya efor, egzersiz, öksürük veya hapşırma esnasında idrar kaçırma beraberinde olmaktadır. Yetişkin hastaların üçte birinde karışık tip Üİ saptanmaktadır. Üriner inkontinans şikâyetleri olan kadınlarda; stres tip inkontinans % 49.8, sıkışma tip inkontinans % 15.9, karışık tip inkontinans % 34.3 olarak oranları rapor edilmiştir (Karan ve ark.1998, Çetinel 2005, Kaplan ve Demirci 2010, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Taşma Tipi (Overflow) Üriner İnkontinans

Detrusör kontraktilesinin bozulması, mesane çıkım obstrüksiyonu veya her iki nedenden dolayı ortaya çıkmakta ve mesane aşırı distansiyonuna neden olabilmektedir. Kadınlarda yaygın olarak görülmez. Sürekli veya aralıklı az miktarda sızıntı olur (Karan ve ark.1998, Çetinel 2005, Kaplan ve Demirci 2010, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Fonksiyonel tip üriner inkontinans

Kişilerin kontrolleri dışında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Depresyon, demans, mobilite kısıtlılığı, fekal impakt ve ilaç gibi nedenlerle normal kontinansa sahip kişilerde fonksiyonel inkontinans gelişebilmektedir (Karadakovan ve Aslan 2011, Sivaslıoğlu 2011).

Diğer tip idrar kaçırma

Değişik ortamlarda ortaya çıkan idrar kaçırma şikâyeti mevcuttur. Mesela; sadece gülerken (gülme idrar kaçırması) ya da cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma şikayeti vardır. Herhangi bir zorlama olmadan veya hiçbir şey hissetmeden idrar kaçırdığından yakınabilir (Çetinel 2005).

2.3. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Dünyada 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı ve bunların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bilinmektedir. Kadınlarda üriner inkontinans prevalansı % 15-52 arasında değişmektedir (Norton and Brubaker 2006, Yip and Cardozo 2007).

Hunskar ve arkadaşları (2004) kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının gençlerde % 20-30, orta yaşlarda % 30-40 ve yaşlılarda % 30-50 oranında olduğunu ve yaşla birlikte artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarla

kanıt II düzeyinde kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının 65 yaş ile orantılı olarak arttığı belirlenmiştir (Faltin 2009, Onur ve Bayrak 2015).

Üriner inkontinansın farklı ülkelerdeki görülme sıklığı değişkenlik göstermektedir. Şöyle ki; Avusturya'da 20 yaş üstü kadınlarda % 26.3, benzer yaş grubu Norveç'li kadınlarda % 25, Çin'li kadınlarda % 30.9, Avustralyalı kadınlarda % 46, ABD' deki kadınlarda % 45'e ulaşan idrar kaçırma oranları bildirilmiştir (Temml et al. 2000, Melville et al. 2006).

İdrar kaçırma alt tipinin değerlendirildiği çalışmalarda da farklılıklar mevcuttur. Stres tipte üriner inkontinans önde gelen kaçırma olarak saptanmış iken bazı çalışmalarda ise karışık tip üriner inkontinans kadınlarda belirlenen en sık tip olarak bulunmuştur (Ateşkan ve ark. 2000, Kocaöz ve Eroğlu 2002, Cetinel ve ark.2007).

İlerleyen yaşla birlikte kadınlarda karışık tip Üİ yakınmaları artmaktadır. İdrar kaçırmaya yönelik araştırmalarda elde edilen bu değişken sonuçta idrar kaçırmanın tanımlanmasındaki, sorgulama formu ve veri toplama yöntemlerindeki farklılıklara ve çalışılan grupların heterojenitesine bağlanmaktadır (Onur ve Bayrak 2015).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ortaya konan kadın Üİ prevelans oranları yurt dışındaki çalışmalarla uyumludur. Özerdoğan ve ark. (2004) yılında Türkiye'de ilk kez geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir sorgulama formunun kullanıldığı, 20 yaş ve üzeri 625 kadında yaptıkları araştırmada kadınlarda Üİ % 25.8 olarak bulmuşlardır. Dursun ve ark. (2014) yaptığı çalışmada, 6473 kadında üriner inkontinans prevelansını % 20.9 olarak bulmuştur.

Yapılan diğer çalışmalarda; Kök ve arkadaşları (2005) 20 yaş üzeri doğum yapmış 229 kadında üriner inkontinans oranını, % 37.11, Çiftçi ve arkadaşları (2007) Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 775 kadında Üİ oranını, % 36.6, Demirci ve arkadaşları (2012) Uşak il merkezinde 259 kadından oluşan örneklem grubunda Üİ oranını % 26.6 olarak bulmuşlardır. Genel olarak kadınların tümü için Üİ prevelansının % 25 olduğu kabul edilmektedir (Demirci ve ark. 2012).

İdrar kaçırma tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pek çok kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilerken, tıbbi yardım alma oranları düşük kalmakta ve özellikle artan yaş ile daha da azalmaktadır. Kadınlarda utanma duygusu, yaşlanmanın doğal bir sonucu olduğu yanlışlığı ve güncel tedavi seçeneklerinden habersiz olmaları, kendine olan güvenin azalmasına, sosyal aktivitelerde azalmaya ve bunun sonucunda yalnızlaşmaya yol açabilen yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olan tıbbi, sosyal, hijyenik ve ciddi anlamda ekonomik yük olan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Abraham et al. 1998, Ateşkan ve ark. 2000, Onur ve Bayrak 2015).

2.4. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri

Yaş ve Cinsiyet

Üİ kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir. Cinsiyet ile ilgili bu fark özellikle 60 yaş altındaki erişkinlerde çok belirgindir (Ateşkan ve ark. 2000, Kök ve ark.2005, Özerdoğan ve ark. 2004).

Milson 2000 yılında 17 adet epidemiyolojik çalışmayı incelediği bir meta analizde prevelansın yaşla birlikte doğru orantılı olarak arttığını bildirmiştir. Yaşlanma ile birlikte tüm organ sistemlerinin rezervuar kapasitesi azalmaktadır. Benzer şekilde her iki cinsiyette yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesi, mesane kompliyansı ve idrar akım hızı azalır. Buna ek olarak inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları ve post void rezidüel idrar volümü yaşlanma ile artar. Maksimal üretral kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu kadınlarda yaşla birlikte azalır.

Malone (1994), yaşlı kadınlarda işeme sonrası rezidü idrar miktarında artış, idrar akım oranında ve mesane kapasitesinde azalma olduğunu saptamıştır. Wolin (1999), 17-25 yaş arası sağlıklı 4211 öğrencide yaptığı araştırmada öğrencilerin % 51'inde Üİ tespit etmiş, % 16'sında ise Üİ'nin günlük yaşamı etkilediğini saptamıştır. Bilgili ve arkadaşları (2008) 65 yaş üzeri 543 kadında Üİ oranını % 43.6 olarak bulmuşlardır.

Irk

Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinans gelişiminde etkili olduğunu göstermiştir. Afrika kökenli Amerikalı, Afrika kıtası yerleşimli halk ve Çin halkındaki kadınlarda Üİ prevelansının daha düşük olduğunu göstermiştir (Kelleher 1997, Onur ve Bayrak 2015). Yapılan bir çalışmada İspanyol kökenli Amerikan vatandaşlarında, Afrika kökenli siyahi kadınlara göre daha fazla günlük idrar kaçırma oranları olduğu saptanmıştır (Thom et al. 2006). Townsend ve arkadaşları da (2010) Beyaz Amerikalı kadınlarda, Asyalı ve Afrika-Amerikan kadınlara göre daha yüksek idrar kaçırma oranları bildirmişlerdir. Irk ve etnik orijine göre kadınlardaki idrar kaçırma oranları değişkenlik göstermektedir.

Sigara

Sigarada bulunan zararlı maddelerin mesanede irritan etki göstermesi, sigara kullanımına bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncın artmasına neden olması sonucunda idrar kaçırmanın meydana gelebileceği bildirilmektedir (Bump and McClish 1994). Onur ve Bayrak (2015) sigarayı bırakmanın inkontinansın düzeltilmesini sağladığı yönünde henüz bir veri olmadığını bildirmişlerdir.

Doğum

Doğumun, pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik taban organlarının yapı ve pozisyonunda bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve eksternal sfinktere zarar vererek idrar kaçırmaya yol açabileceği bildirilmektedir (Tapp et al. 1988, Allen 1990).

Üriner inkontinans gelişiminde parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi obstetrik risk faktörü mevcuttur. Thom ve arkadaşları (1998) yaptıkları bir çalışmada doğum sayısı ile Üİ arasında doğrusal bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yine yaptıkları bu çalışmada bir, iki ve üç doğum yapmış kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığında bir farklılık bulunmamıştır. Dört veya üzeri doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir

Menapoz

Menapoz döneminde östrojen yetersizliği; uterus, vagina ve üretrada epitelyal atrofi, kollagen kaybı, devaskülarizasyon ve mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine neden olmaktadır. Bu değişiklikler acil idrara çıkma ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları gibi durumlara sebep olabilmektedir (Robinson and Cardozo 2003, Bilgili ve ark. 2008).

Obezite

Beden kitle indeksinde (BKİ) artma üriner inkontinans gelişmesinde etkili ve bağımsız bir faktördür. Bu riskin 25-30 arasında olan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski 1.3 iken, BKİ 40'ın üzerinde olanlarda 3.29'a yükseldiği ve BKİ nin yüksek olmasının en çok stress inkontinans ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Dwyer et al. 1988). Beden kitle indeksindeki artma pelvik taban kaslarına zarar vererek üriner inkontinansın şiddetinde artmaya ya da tek başına üriner inkontinansa neden olabilmektedir (Chiarelli et al. 1999, Ateşkan ve ark. 2000). Üriner inkontinansın kilo vermeye düzeldiği Bump ve arkadaşları (1992) tarafından bildirilmiştir.

Kronik Konstipasyon

İntraabdominal basıncın kronik olarak artışına neden olan kabızlık durumu, üriner inkontinansın gelişmesine veya artışına neden oluşturmaktadır. Tekrarlayan ve uzamış ıkınma ile oluşan kronik kabızlıkta, pudental sinirde meydana gelişebilecek hasara bağlı olarak inkontinans gelişebilmektedir (Onur ve Bayrak 2015).

Geçirilmiş Pelvik Cerrahi

Histerektomi sırasında oluşan pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, kas ve fasya hasarları, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması, vaginanın kısaltılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği nedeni ile üriner inkontinans oluşabilmektedir (Çoban ve Şirin 2003, Brown et al. 2000, Onur ve Bayrak Ö. 2015).

Pelvik Organ Prolapsusu

Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans sıklıkla birlikte görülen ürojinekolojik problemlerdir. Çünkü pelvik taban yetmezliği, pelvik organ prolapsusunun tümüne ve üriner inkontinansın çoğuna neden olmaktadır (Mihmanlı ve Yüksel 2013).

Radyoterapi

İnvazif mesane kanseri sonucunda uygulanan radyoterapi sonrası oluşan fibrotik mesane hasarı ve rabdosfinkter denervasyonu ile hastaların yaklaşık olarak % 50'sinde üriner inkontinans semptomları görülmektedir (Vale et al. 1991).

Üriner Sistem Enfeksiyonu

Üriner sistem enfeksiyonu, üriner inkontinansı olan kadınlarda yaygın olarak gözlemlenmektedir. Ayrıca akut enfeksiyonu takiben özellikle ilk birkaç gün içinde üriner inkontinans görülmektedir (Onur ve Bayrak 2015).

Nörolojik Hastalıklar ve Spinal Kord Yaralanmaları

Üriner inkontinans, inme, Demans, Multipl Skleroz, Parkinson veya spinal kord yaralanması gibi çeşitli nörolojik bozukluklarda da görülebilir (Öztürk ve ark. 2012).

İlaçlar

Sempatik ve parasempatik sinir sistemi üzerinde çeşitli ilaçlar oluşturdukları etkiler nedeni ile idrar oluşumunu hızlandırmakta ve üriner inkontinans'a neden olmaktadır. Diüretikler, Antikolinergikler, Alfa Adrenerjikler, Alfa Agonistler, Antiparkinson İlaçlar, Narkotik Analjezikler, Ankiyolitik/Benzodiazepinler, Antipskotikler ve Alkol bunlar arasında sayılabilir (Santiago et al. 2008, Varlı ve ark. 2009, Öztürk ve ark. 2012).

Aile Hikayesi

Genetik faktörler üriner inkontinansın oluşmasında etkili olabilir. Ailesinde inkontinas olanlarda, stres inkontinans gelişme riski daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada ailesinde üriner inkontinans hikayesi olan kadınlarda, olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla üriner inkontinans olduğu bulunmuştur (Sommer et al. 1990, Hannestad et al. 2000).

Endokrin Hastalıklar

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

2.5. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirme

Üriner inkontinans değerlendirilmesi, hastanın detaylı bir tıbbi öyküsü alınarak başlanır. Ardından sıklığını, süresine ve idrar kaçırma miktarını değerlendirmek için fizik muayene yapılır. Değerlendirme ürojinekolojik testler ve gerekirse ürodinamik laboratuvar incelemeleri ile sistematik bir yaklaşım gerektirmektedir (Çetinel 2005, 2010, Karadakovan ve Aslan 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Öykü

Üriner inkontinasta, inkontinansın tipi ve şiddetinin teşhis edilmesinde detaylı ve bilinçli anamnez son derece önemlidir. Hastanın yakınmalarının ne zamandır devam ettiği, idrar kaçırma varsa bunun tipi, üriner enfeksiyon geçirip geçirmediği, gündüz ve gece idrara çıkma sıklığı, karın içi basınç artışına yol açan KOAH, kronik konstipasyon, obesite; aşırı diürece yol açan DM, DI, kalp yetmezliği, sinir sistemi fonksiyon bozukluğu ile seyreden serebrovasküler hastalık, parkinson, disk hernisi, multip skleroz gibi hastalıklar olup olmadığı, geçirilmiş üriner, genital, pelvik ya da spinal cerrahi girişimler dikkatli bir şekilde sorgulanır. Gebelik ve doğum sayısı,

doğumların şekli, semptomların başlangıcı ile doğum ya da menopoz döneminin ilişkisi, hormon replasmanı yapılıp yapılmadığının sorgulanması gereklidir. Başka nedenlerle ya da aşırı aktif mesane semptomları için kullanılan ilaçlar, yapılan girişimler bilinmelidir (Çetinel 2005, Güler ve Yağcı 2006, Anafarta ve ark. 2007, Sivaslıoğlu 2011, Yılmaz ve ark. 2011).

Hastanın şikayetlerini en iyi şekilde tanımlaması için aşağıdaki sorular yöneltilmelidir.

İnkontinansı Değerlendirmeye Yardımcı Sorular ve Karşılıkları

- Öksürürken, gülerken veya bir şey kaldırırken idrar kaçırma oluyor mu? Ne sıklıkta idrar kaçırma oluyor? (Stres Üriner İnkontinans Semptomu)
- Aniden idrara sıkışıp tuvalete koştuğunuzda idrar kaçırıyor musunuz? Ne sıklıkta idrar kaçırma oluyor? (Aşırı Aktif Mesane Semptomu)
- Gün içinde kaç kez tuvalete gidiyorsunuz? (Aşırı Aktif Mesane Semptomu)
- Akşam yattıktan sonra ne sıklıkta tuvalete çıkıyorsunuz? Sizi uykudan uyandıran ani sıkışma hissi oluyor mu? (Aşırı Aktif Mesane Semptomu)
- Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma oluyor mu? (Stres Üriner İnkontinans Semptomu, Aşırı Aktif Mesane Semptomu)
- İdrar kaçırmanız nedeniyle pet kullanıyor musunuz? Ne sıklıkta pet değiştiriyorsunuz? (İdrar Kaçırma Şiddetini Değerlendirmede)
- İç çamaşırınızda hiç idrara rastladınız mı? (İdrar Kaçırma Şiddetini Değerlendirmede)
- İdrar yaparken yanma oluyor mu? (Çıkım Obstrüksiyonu, İdrar Yolu Enfeksiyonu)
- İdrar kesenizi tam boşaltamadığınız hissi oluyor mu? (Çıkım Obstrüksiyonu, İdrar Yolu Enfeksiyonu) (Çetinel 2005, Güler ve Yağcı 2006, Anafarta ve ark. 2007, Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Tablo 1. Anamnez ile İnkontinans Tiplerinin Ayrılması*

	Stres üriner inkontinans	Ani işeme hissi inkontinans	Taşma inkontinans
İnkontinans episodlarının tanımlanması	Öksürük, hapşırma veya aktivite ile idrar kaçırma	Aniden gelişen sıkışma hissi ile tuvalete koşma ve sıklıkla yetişememe	Az az idrar kaçırma
Ağırlaştırıcı faktörler	Öksürük, İkinma	Dolu mesane, Su akışı	Stres artırabilir
İdrar yapma sıklığı	Normal	Sıklıkla artmış	İşeme gücüğü
Kaçırılan idrar miktarı	Küçük miktar	Büyük miktar	Sürekli damlama

*(Sivaslıoğlu 2011).

Mesane çizelgesi

Subjektif anamnezin daha objektif bir hale getirilmesi için mutlaka istenmesi gereken bir incelemedir. İdeali üç günlük çizelgenin doldurulmasıdır. İdrar kaçırmayan bir kişi için günlük miksiyon sıklığı gündüz 4-6 arası, gece 1-2 arasında normal kabul edilir. Hastalardan günde kaç kez idrar kaçırdığını, ped kullanım sayısını, gündüz ve gece idrara çıkma sıklığını, hastanın günlük aldığı sıvı miktarını ve 24 saatte yaptığı idrar miktarını, sıkışma derecesini, üriner inkontinansın derecesini ve hangi durumlarda idrar kaçırdıklarını kaydetmeleri istenir. Böylelikle hastanın fonksiyonel mesane kapasitesinin tüm diğer metotlardan daha güvenilir olarak saptanabilmesinin acil işeme hissi ve idrar kaçırma sıklığının ve şiddetinin doğru görülebilmesi sağlanmış olur. Bu durum hastanın inceleme sürecini kısaltacak, değerlendirme maliyetini belirgin olarak düşürecektir. Aynı zamanda mesane çizelgesi, tedavi sonrasında tedavinin etkinliğini de görmemizi sağlayan önemli ve etkili bir yöntemdir (Çetinel 2005, Güler ve Yağcı 2006, Anafarta ve ark.2007, Sivaslıoğlu 2011, Yılmaz ve ark. 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Üriner İnkontinansda Sorgulama Formları

Üriner İnkontinans ile ilgili standart sorgulama formları bulunmaktadır. Bu formlar klinik çalışmalarda tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmede kullanılabilir. Bu sorgulama formları; idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı, tipini ölçebilir ve ayrıca idrar kaçırmanın kişinin yaşam kalitesini ne derece etkilediğini gösterebilmektedir (Çetinel ve ark. 2004).

Fizik Muayene

Hastaların genel sağlık durumu ve nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların alt üriner disfonksiyonuna neden olabilecek yönlerinin incelenmesidir (Güler ve Yağcı 2006). Abdomen muayenede; ileri derecede hacmi artmış mesane ve pelvik kitle fizik muayenede palpe edilebilir. Genital ve perineal muayenede; anatomik anormallikler, vaginal atrofi, uterin prolapsus, sistosel, rektosel, veya kitle görülebilir. Aynı zamanda üriner inkontinans gözlenebilir. İnkontinansın üretral veya ekstraüretral olup olmadığı değerlendirilebilir. Rektal muayenede; sfinkter tonusu, fekal impakt, kitle ve perineal duyu rektal muayene ile değerlendirilir. Nörolojik muayenede; mental durum, perineal duyu ve motor fonksiyonları, anal sfinkter tonusu ile pelvik pleksus, kontraksiyon gücü ile pudental sinir ve pelvik taban kas gücü değerlendirilir (Frank and Szlanta 2010, Sivaslıoğlu 2011, Khandelwal and Kistler 2013).

Stres testi

Valsalva manevrası veya öksürük ile idrar kaçırmanın objektif olarak gösterilmesidir. Stres üriner inkontinans lehine bulgu verir. Jinekolojik masada yatan hastanın mesanesi en az 250 cc dolu iken öksürmesi istenir. Üretral eksternal meatustan idrar kaçağı gözlemlenirse test pozitif olarak değerlendirilir. Sırt üstü yatan hastada test eğer negatif ise bu sefer ayakta test tekrarı yapılır (Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Ped testi

Uluslararası İnkontinans Topluluğu'nun standartize ettiği bir saatlik ped testi uygulanmaktadır. Ağırlığı bilinen ped hastaya verilir ve test başlar. 15 dakika içinde 500 ml içinde sodyum olmayan sıvı içirilir ve hasta kısa bir süre dinlendirilir. Yarım saat boyunca hasta yürür ve merdiven çıkıp iner. Kalan sürede 10 kez oturup kalkar, 10 kez şiddetli öksürür, 1 dakika koşar, 5 kez eğilip kalkar ve 1 dakika musluktan akan suyun altında ellerini yıkar. 1 saat sonunda toplayıcı ped hastadan alınır ve tartılır. Süre sonunda pedde ölçülen ağırlık farkının, hastadan kaçan idrar miktarını gösterdiği kabul edilir. Bu miktar; 2 gramdan az ise normal kabul edilir. 2-10 gram arasında ise hafif inkontinans, 10-50 gram arasında ise orta inkontinans, 50 gram üzerinde ise ağır inkontinans olarak değerlendirilir. 24 saatlik uygulamalarda ise; pedde 1,3 gramlık ağırlık artışı testin pozitif olduğunu göstermektedir. Tedavi sonrası objektif sonuçların ortaya konması gerektiğinde oldukça etkin bir yöntem olarak uygulanabilmektedir (Jorgensen et al. 1987, Karan ve ark. 2000, Anafarta ve ark. 2007, Sivashoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Q- Tip testi

Üretrovezikal bileşkenin mobilizasyonunu analiz etmek için yapılan bir testtir. Hasta litotomi pozisyonunda iken steril kayganlaştırılmış pamuklu çubuk eksternal üretradan mesane içerisine itilir. İstirahat ve ıkınma esnasında çubuğun dıştaki ucu ile horizontal düzlem arasındaki açıya bakılır. Horizontal düzlemde 30 dereceden büyük açılanma varsa hipermobiliteden şüphelenilir ve bu durum stres üriner inkontinans olarak değerlendirilir (McKertich 2008, Sivashoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Laboratuar ve Görüntüleme

Tam idrar tetkiki

İdrarda hematüri, proteinüri, glukozüri ve idrar yolu enfeksiyonunu değerlendirmek için tam idrar tetkiki yapılır. Hastada proteinüri; infeksiyon veya böbrek hastalığını, hematüri; tümör veya enfeksiyonu, glukozüri ise diyabetes

mellitusun olabileceğini gösterebilmektedir. Uygun olduğu durumlarda idrar kültürü de istenebilir (Weiss 1998, Sivaslıoğlu 2011, Lucas et al. 2014, Onur ve Bayrak 2015).

Biyokimyasal analizler

Hastalardan serum üre-kreatinin ve glukoz değerleri bakılabilecek tetkiklerdir (Weiss 1998).

Postvoiding residüel idrar (PVR)

Lucas ve arkadaşları (2014) işeme sonrası rezidü ölçümünü, güncel kılavuzlarda işeme disfonksiyonu olan üriner inkontinanslı hastalarda ve komplike Üİ olan hastalarda PVR ölçümü önerildiğini bildirmektedir. Postvoiding residüel idrar ölçümü, hasta idrarını boşalttıktan hemen sonraki birkaç dakika içinde yapılır. Klasik olarak üriner kateter ile yapılırsa bile günümüzde ultrasonografi eşliğinde yapılmaktadır. Rezidü idrar miktarı genelde stres, sıkışma ve karışık tipte Üİ’de 50 mililitrenin altında iken taşma inkontinansında 200 ml’nin üzerinde olduğu gözlenebildiği bildirilmiştir (Khandelwal and Kistler 2013).

Ürodinami

Konservatif tedavi planlanan Üİ hastalarında ürodinami önerilmektedir. Ayrıca pelvik ağrısı olan, miks üriner inkontinansı olan, belirgin pelvik organ prolapsusu saptanan, radikal pelvik alan cerrahisi geçiren, pelvik radyoterapi hikayesi bulunan, interstisyel sistit, gizli nöropatik mesane, mesane çıkım obstrüksiyonu ayırıcı tanısı gereken hastalara da ürodinami yapılabilmektedir (Sivaslıoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015).

Üretrosistoskopi

Mesanenin endoskopik incelenmesidir. Hastanın semptomlarına neden olan intravezikal veya intraüretal bir patolojiyi teşhis etmek amacıyla yapılır. Daha önce inkontinans cerrahisi ve POP onarım öyküsü olan, pelvik bölgeye radyoterapi

uygulanan, obstruktif işeme semptomları olan ve hematüri saptanan hastalarda üretrosistoskopi ile değerlendirilmektedir (Onur ve Bayrak 2015).

2.6. Üriner İnkontinansta Tedavi Seçenekleri

Üriner inkontinans tedavisinde amaç, hastanın mesane kontrolünün yeniden sağlanmasıdır. Konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Varlı ve ark. 2009, Sivashoğlu 2011, Onur ve Bayrak 2015). Cerrahi tedavi uygulanmadan önce konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesi önerilmektedir (Yıldız ve ark.2009, Ergün ve ark. 2010).

Konservatif tedavi seçenekleri

Hayat tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, pelvik taban kas eğitimi, vaginal konlar, elektriksel uyarılma, biyofeedback, manyetik uyarılma ve pezerler konservatif tedavi seçenekleri arasında bulunmaktadır. Bu yöntemler cerrahi tedaviye uygun olmayan veya cerrahi tedavi istemeyen hastalar için alternatif olabilir. Hastaların yaşam kalitesini artırabilir (Lucas et al. 2012).

Hayat tarzı değişiklikleri

Üriner inkontinans ile ilişkisi saptanan risk faktörlerinin düzeltilmesi ile inkontinans tedavisi etkili olabilir. Bu risk faktörlerini; kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin düzenlenmesi, sıvı alımının düzenlenmesi olarak sıralayabiliriz (İnci ve Ergen 2009, Kuyumcu 2011).

Kilo verme

Beden kitle indeksi ile mesane içi basınç arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Kilo verilmesi ile maksimal mesane içi basıncında ve valsalva kaçırma noktası basıncında azalma olduğunu gösterilmiş olması, kilo kaybının Üİ tedavisinde önemli bir yeri olduğunu göstermektedir (Brown et al. 1996).

Vissers ve arkadaşları (2014) yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; 6 aylık yoğun bir kilo verme programının ardından ortalama % 8'lik kilo kaybı ile idrar kaçırma sıklığında % 47'lik bir azalma olduğunu bildirmişlerdir. Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans kılavuzunda obesitesi olan kadınlar için kilo verme A derecesinde önerilmektedir (Lucas et al. 2012).

Sigaranın bırakılması

Sigara kronik öksürük nedeni ile stres üriner inkontinans ataklarının artışına neden olabilmektedir. Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans kılavuzunda sigaranın bırakılması A derecesinde önerilmektedir (Lucas et al. 2012).

Diyetin düzenlenmesi

Üİ şikayeti olan hastaların diyet alışkanlıklarının değerlendirilmesi gerekir. Aşırı miktarda kafein içeren içeceklerin kadın ve erkeklerde diürece neden olduğu bilinmektedir. Kafein alımının azaltılmasıyla inkontinans sıklığının azaldığını Wells ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada bildirmişlerdir. Kafein tüketiminin azaltılmasının Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans kılavuzunda sıkışma hissi ve sık idrara çıkma şikayetlerinde azalma sağlayabileceği bildirilmiş ancak inkontinansı etkilemediği vurgulanmıştır (Lucas et al. 2012).

Konstipasyon çoğunlukla üriner inkontinansla birlikte olduğundan yeterli sıvı alımı ve lifli gıda alınarak uygun diyet ile hastanın bilgilendirilmesi sonucu üriner inkontinansın önlenmesine katkıda bulunulur (Demirci ve Coşar 2009).

Sıvı tüketiminin düzenlenmesi

Aşırı miktarda sıvı alımı stres üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane şiddetini etkileyebilir. Fazla miktarda sıvı tükettiği saptanan hastalarda sıvı kısıtlaması önerilebilir (Onur ve Bayrak 2015). Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans klavuzunda, anormal derecede fazla ya da az sıvı alan hastalarda sıvı miktarının düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Lucas et al. 2012).

Davranışsal tedaviler

Hafif ile orta derecede üriner inkontinansı olan hastalarda, cerrahi tedaviye uygun olmayan ya da cerrahiye kabul etmeyen hastalara davranışsal tedaviler önerilebilir. Davranışsal tedaviler mesane kapasitesini artırmak ya da pelvik taban kaslarını güçlendirerek inkontinansı önlemek amacıyla taşımaktadırlar (Hay-Smith et al. 2012).

Mesane eğitimi

Mesane eğitimi, sadece belirli zaman aralıklarında idrar yapmanın öğretildiği ve kişinin başarılı olduğu durumlarda ise her hafta bu sürenin 15 ile 30 dakika artırılarak, 6-12 hafta arasında yapılan düzenli bir eğitimidir. Tedavi ilk aşama olarak uygulandığı gibi diğer davranışsal tedavi yöntemlerine veya ilaç tedavisine ilave olarak da yapılabilir. Amaç idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini arttırmaktır (Demirci ve Coşar 2009). Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans klavuzunda mesane eğitimi, sıkışma veya karışık tipte üriner inkontinansı olan hastalarda ilk basamak tedavi yöntemi olarak A derecesinde önerilmiştir (Lucas et al. 2012).

Pelvik Taban Kas Eğitimi (PTKE)

İlk kez 1948 yılında Arnold Kegell tarafından stres inkontinanda bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmıştır. Pelvik taban kas egzersizlerinin amacı; intra abdominal basınç artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyon gücünü artırmaktır (Burgio et al. 1986, Demirci ve Coşar 2009).

Kegel Egzersiz Yapılışı

Bacakları dizden bükülü pozisyonda sırt üstü uzanan hasta, vagen ve makat çevresindeki kaslarını içeri çeker tarzda sıkıca kasar. İlk uygulamada 3-4 saniye boyunca, daha sonraki uygulamalarında, 10 sn. pelvik taban kaslarını kasıp, 10 sn gevşetip dinlenmelidir. Kasılma sırasında sadece pelvik taban kasları kasılmalıdır. Gluteal, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Egzersiz öğrenildikten sonra ayakta dururken, otururken veya yatarken bile uygulanabileceği hastaya anlatılır.

Egzersiz doğru yapıldığında kaslardaki güçlenmeye paralel kasılı kalma süresinin de uzadığı görülecektir. Hastanın bu uygulamayı öğrendikten sonra ömür boyu yapması önerilmektedir (Güler ve Yağcı 2006, Demirci ve Coşar 2009, Yıldız ve ark. 2009, Onur ve Bayrak 2015). Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans kılavuzunda pelvik taban kas eğitimini, stres ya da karışık tipte inkontinansı olan kadınlarda ilk basamak tedavi yöntemi olarak ve gözetim eşliğinde yoğun olarak yapılması önerilmiştir (Lucas et al. 2012).

Vaginal konlar

Vaginal konlar pelvik taban kaslarını güçlendirmek için kullanılan yöntemlerden biridir. Vaginal konlar 20 gramdan 100 grama kadar artan ağırlıklardan oluşur. Hasta ayakta iken en hafiften başlayarak en az bir dakika vaginal konu vagende tutması gerekmektedir. Hastanın istenmeyen kasları kasma durumunda vaginal konu vagenen düşürecektir. İlerleyen zamanlarda bu vaginal konu vagende 15 ile 20 dakika arasında tutması hedeflenir (Demirci ve Coşar 2009, Yıldız ve ark. 2009, Onur ve Bayrak 2015).

Elektriksel uyarılma

Elektriksel uyarılmanın; kadınlarda stres üriner inkontinans, sıkışma tipi üriner inkontinans veya karışık tip üriner inkontinans tedavisinde kullanılması önerilmektedir. Elektriksel uyarılma yönteminde, perine bölgesine uygulanan anal ya da vaginal elektrotlar ile pelvik taban kas kontraksiyonunun artırılması, üretral fonksiyonun düzenlenmesi ve mesane kontraktilesinin azaltılması hedeflenir (Güler ve Yağcı 2006, Onur ve Bayrak 2015). Avrupa Üroloji Derneğinin İnkontinans Klavuzunda, elektriksel uyarılmanın stres üriner inkontinans tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiği bildirilmiştir ayrıca sıkışma tipi inkontinasta davranış tedavileri ile birlikte önerilmiştir (Lucas et al. 2012).

Biyofeedback

Biyofeedback tedavi yöntemi; vücutta meydana gelen pelvik tabanın kasılma ve gevşemesinin hastaya ekran ve ses aracılığı ile anlaşılır hale getirilir bir şekilde

öğretilmesidir. Tedavi ortalama 6 ile 8 hafta sürer. Haftada 3 defa 15-30 dakika boyunca 10 saniye pelvik taban kaslarını kasar sonra 20 saniye dinlenir. 15-20 seans sonunda etkin sonuç alınabilmektedir (Glavind et al. 1998, Güler ve Yağcı 2006, Yıldız ve ark. 2009, Onur ve Bayrak 2015). Avrupa Üroloji Derneğinin inkontinans kılavuzunda, biyofeedback yöntemi stres üriner inkontinans tedavisinde ek yöntem olarak A derecesinde önerilmiştir (Lucas et al. 2012).

Pezerler

Pelvik organ prolapsusu (POP) ve stres inkontinans genelde birlikte görülmektedir. Pelvik organ prolapsusu kadınlar için günümüzde cerrahi dışı tedavi amacıyla kullanılabilen alternatif yöntemdir. POP'un yapısına, derecesine ve lokalizasyonuna göre POP'u azaltmak için vagen içine yerleştirilerek kullanılır (Onur ve Bayrak 2015).

Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi

Farmakolojik tedavi, mesane boynu ve proksimal üretranın düz kaslarında bulunan alfa reseptörlerin uyarılması ile intraüretral basıncın artmasıyla üretral kapanma mekanizması üzerinedir (Lose and Thorup 1986). Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisinde değişik etki mekanizması olan birçok ilaç kullanılmaktadır. Mesane kapasitesinin azaltılmasında; Antikolinergik ajanlar, Muskulotropik Relaksanlar, Kalsiyum Antagonistleri, Trisiklik antidepresanlar kullanılmaktadır. Çıkış direncinin artırılmasında; Alfa adrenerjik agonistler, Beta adrenerjik blokerler, Beta adrenerjik agonistler, Östrojenler kullanılmaktadır (Sivaslıoğlu 2011).

Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisi

Üriner inkontinansın Cerrahi tedavisinde asıl amaç bozulan anatomiyi düzeltmek ya da inkontinansa neden olan etkeni ortadan kaldırmaktır. Cerrahide Üİ'nin tedavisinde tek başına en iyi metod yoktur. Her hasta için tedavi

bireyselleştirilmelidir. Preoperatif hasta değerlendirmesinde, operasyonun riskleri, faydası, hastanın beklentileri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Tedaviden önce inkontinans tipi belirlenmeli ve tedavi ona göre planlanmalıdır (Anafarta ve ark. 2007, Sivaslıoğlu 2011, Cavkaytar ve Aksakal 2014)

2.7. Üriner İnkontinansı olan Bireyin Değerlendirilmesi, İzlenmesi ve Korunmasında Hemşirenin Rolü

Toplum içinde her türlü sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı hemşirelerin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Üriner inkontinans yaşayan kadınlarda; inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi, gelişmesini önlemede ve hastaların tedavisinde aktif rol almak hemşirelerin temel sorumluluklarındanır (Kocaöz ve Eroğlu 2002, Kök ve ark. 2006, Kaplan ve Demirci, 2010). Hemşireler eğitici rolü ile üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavi edilmesinde kadınları eğitebilir ve böylece kadın sağlığını geliştirmede etkili rol alabilirler (Ertem 2009, Şen 2011).

Genetik yatkınlık, yaşı, kronik hastalık vb. gibi elde olmayan faktörlere bağlı olarak gelişen üriner inkontinansın korunmak için yaşam biçiminde değişiklik yaparak pelvik taban kasları güçlendirilir ve dolayısıyla Üİ'dan korunmak mümkün olabilir (Güler ve Yağcı 2006, Yıldız ve ark. 2009, Abalı ve Şahin 2010).

Hemşirelik girişimleri ile kadınların obeziteden ve kabızlıktan korunmak için uygun diyet alması, sigara, alkol ve kafeinli içeceklerin tüketiminden uzak durarak uygun sıvı alımı ile inkontinansa ilişkin risk faktörlerini ortadan kaldırmak hedeflenir (Abalı ve Şahin 2010, Şen 2011, Lucas et al. 2012).

Kronik akciğer hastalıkları ve diyabetten korunmanın inkontinansın korunma olduğu anlatılmalıdır. Doğurgan yaştaki kadınlara çok sayıda doğum yapmanın üriner inkontinansa neden olabileceği anlatılmalıdır (Dinç ve Beji 2008, İnci ve Ergen 2009, Kuyumcu 2011).

Ağır cisimleri kaldırmanın abdominal basıncı arttırarak üriner inkontinansa neden olabileceği anlatılmalıdır. Pelvik taban kaslarını güçlü tutmak için; idrar

kaçırma olmadan da kegel egzersizleri yapılabilir. Kegel egzersizlerinin doğru biçimde yapılmasının Üİ'dan korunmada büyük katkısı vardır. Diğer yandan üriner inkontinansın ilerlemesini durdurmak da hedeflenmelidir (Güler ve Yağcı 2006, Demirci ve Coşar 2009, Yıldız ve ark. 2009, Onur ve Bayrak 2015).

Üriner İnkontinansın daha kötüye gitmesi, komplikasyonların gelişmesi halinde cerrahi tedaviye karar verilmiş olan hastalarda; hasta ve ailesine tedavi süreci ve bu süreçte oluşabilecek problemler ve çözüm yolları ile ilgili gerekli bilgiler verilmelidir. Preoperatif dönem hazırlıklarının yapılması, emosyonel destek verilmesi ve postoperatif dönemde bakım hizmetleri verilmelidir (Abalı ve Şahin 2010, Karadakovan ve Aslan 2011).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Şifa Üniversitesi Hastanelerine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma kapsamına İzmir Şifa Üniversitesi Basmane, Bornova, Buca ve Gaziemir Hastaneleri polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri 1600 kadına ulaşılmıştır. Bunlardan araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 18 yaş üzeri 1200 kadın ile çalışma yapılmıştır. Katılımcıların yazılı onamları araştırmacı tarafından alınarak, çalışmaya dahil edilmiştir, veriler 01.12.2014 - 31.08.2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Katılımcıların Seçimi

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olma
- Kadın olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Üroloji polikliniğine başvuranlar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve onay vermeyenler ile uygulanan anket formunu eksik dolduran kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Verilerin toplanması

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile alınmıştır. Veri toplama için; literatüre göre araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ve ICIQ-SF ölçeği kullanılmıştır (Ek 1ve Ek 2).

Anket Formu

Literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu toplam 33 sorudan oluşmaktadır (Kök ve ark. 2006, Demirci ve ark. 2012, Bilgili ve ark. 2008). Kadınların sosyodemografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, medeni durum), kadınların tanıtıcı özelliklerine göre (BKİ, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük yapma durumu, düşük sayısı, doğum şekli, gebelikte idrar kaçırma durumu, menopaza girme durumu, HRT kullanma durumu, kabızlık, İYE), kadınların bazı alışkanlıklarından (düzenli egzersiz/spor yapma durumu, sigara, alkol kullanma durumu, bir günde ortalama su içme durumu, çay/kahve içme durumu, ortalama ayakta kalma süresi, ortalama idrar sayısı), oluşmaktadır. Anket formumuz 10 kişi üzerinde ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmaya başlanmıştır. Pilot uygulamadaki kişiler araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

Kullanılan değişkenlerden BKİ, bilgisayar yardımı ile kg/m^2 formülü ile hesaplanmıştır. Beden kitle indeksi; $<18,5 \text{ kg/m}^2$ düşük kilolu, $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ arası normal kilolu, $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ arası fazla kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez, olarak değerlendirildi (Anderson And Hensrud 2007).

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation On Incontinence Quesionnaire Short Form)

Araştırmalarda kullanılmak üzere üriner inkontinansın her yönünü ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ayrıntılı olarak gösterecek bir sorgulama formu oluşturulması amacıyla ICS tarafından planlanmıştır. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlendirmede standardizasyon sağlanması için bu ölçekler gerekli görölmektedir.

İdrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) geliştirilmiştir (Avery et al. 2004).

Uluslararası inkontinans Sorgulama Kısa Formu; kadın-erkek, genç-yaşlı, tüm gruplarda idrar kaçırma sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılabilir.

Hastalara ICS tarafından geliştirilip onaylanan ICIQ-SF formu uygulanmıştır. Bu form; Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında ICIQ-SF'in Türkçe versiyonu geçerlilik çalışması yapılmıştır. Bu çalışma ile ülkemizde standart, uluslararası yayınlarda kullanılabilir, geçerliliği ve stabilitesi gösterilmiş bir form oluşturulmuştur. Yapılan çalışmanın Chronbach alpha değeri 0.71 olarak bulunmuştur. Stabilite sonuçları soru 3 için; 0.98, soru 4 için; 0.95 ve soru 5 için; 0.97 olarak hesaplandığı belirtilmiştir.

ICIQ-SF toplam 6 sorudan meydana gelmektedir. İlk 2 soruda doğum tarihi ve cinsiyet sorgulanmıştır.

3. soruda, idrar kaçırmanın sıklığı değerlendirilmiştir. Puanlamalar şöyle yapılmıştır; Hiçbir zaman: 0, haftada bir veya daha seyrek: 1, haftada iki veya üç kez: 2, günde bir kez: 3, günde birkaç kez: 4, her zaman: 5 şeklinde puan verilmiştir.

4. soruda, koruyucu ped kullanıp kullanmamak önemsiz olmakla birlikte idrar kaçırmanın miktarı sorgulanmıştır. Puanlamada; hiç: 0, az miktarda: 2, orta derecede: 4, çok miktarda: 6 şeklinde puan verilmiştir

5. soruda, tümüyle bakıldığında idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor sorununa 0 dan (hiç bir şekilde) 10 a (çok fazla) kadar değerlendirmesi istenilmiştir.

6. Soruda, hangi durumlarda idrar kaçırdığı sorulmaktadır (Çetinel 2004).

Değerlendirmede her bir sorunun puanı ayrı ayrı değerlendirilebilir, idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede üç boyutun puanı

toplanır. Puanlamadaki genel eğilim, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (Avery et al. 2004).

Çetinel ve ark. (2004) farklı bir çalışmasında ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.61 olarak bulunmuştur. Çalışmada ICIQ-SF için kesme noktası 8 ve üzeri olarak alınmış, 8'in altındaki puanlar idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkilemediği, 8 ve üzeri puanlar ise etkilediği şeklinde ifade edilmiştir.

İdrar kaçırmanın tipinin belirlenmesinde; “öksürürken, hapşırırken idrar kaçıyorum” ve “ hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum” cevapları stres inkontinans olarak tanımlanmıştır.

“Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum” urge inkontinans olarak Stres ve urge inkontinans beraber görüldüğünde ise miks tip üriner inkontinans olarak tanımlanmıştır (Çetinel 2004, Öztürk ve ark. 2012).

ICIQ-SF formu'nun kullanımı için Çetinel'den izin alınmıştır (Ek 2).

3.5. İstatistik değerlendirme

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında SPSS 22 (Statistical Package For The Social Sciences) paket programında tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, t testi ve çeşitli bağımsız değişkenlerin üriner inkontinans sıklığına etkisini belirlemek için logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

3.6. Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışmaya dahil edilen kadınlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya yalnızca gönüllü olanlar dahil edilmiştir (Ek. 3). Araştırmanın

uygulanması için Şifa Üniversitesi Bornova Uygulama Araştırma Hastanesi Tıbbi direktörlüğünden kurum izni, Şifa Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 221-61 nolu referans numarası ile etik onam alınmıştır (Ek. 4).



4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları “ Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular” ve İdrar Kaçırmayı Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular olmak üzere iki bölümde verilmiştir.

4. 1. Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışma grubumuzdaki toplam 1200 kadına idrar kaçırma şikâyetleri olup olmadığı sorularak elde edilen veriler ışığında üriner inkontinans görülme sıklığı belirlenmiştir. Buna göre üriner inkontinanslı kadınların oranı % 26.3 (315/1200) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2’ de araştırma kapsamına alınan katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Kadınların yaş ortalaması 34.68 ± 13.521 olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre bakıldığında en yüksek oranı % 43.7 ile 18-29 yaş aralığı ve % 26.7 ile 30-39 yaş grubu oluşturmuştur.

Eğitim durumu incelendiğinde; % 49.3 yüksekokul mezunu, % 22.1 lise mezunu olup okuryazar ve okuryazar olmama durumu % 3.8 olarak bulunmuştur. Katılımcıların % 4.8’nin herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı görüldü. Çalışma durumu incelendiğinde; % 35.5’inin SGK ya bağlı işçi olduğu ve % 29.4’ nün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Kadınlar ekonomik durumlarını % 54.6 oranında gelirlerinin gidere eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; % 63.9’unun evli olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	34.68 ± 13.521	
Yaş Grubu		
18-29	524	43.7
30-39	320	26.7
40-49	173	14.4
50-59	99	8.3
60 ve üzeri	84	7.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar/ Okuryazar Değil	45	3.8
İlkokul	179	14.9
Ortaokul	120	10.0
Lise	265	22.1
Yüksekokul/Üniversite	591	49.3
Meslek		
Ev hanımı	353	29.4
Memur	104	8.7
SGK ya Bağlı İşçi	426	35.5
Emekli	53	4.4
Öğrenci	264	22.0
Sosyal Güvence		
Yok	57	4.8
Var	1143	95.2
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Fazla	172	14.3
Gelir Gidere Eşit	655	54.6
Gelir Giderden Az	373	31.1
Medeni Durum		
Evli	767	63.9
Bekar	433	36.1
Toplam	1200	100.0

Tablo 3. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%
BKİ		
Zayıf (18.5 ve Altı)	67	5.6
Normal (18.5-24.9)	610	50.8
Kilolu (25-29.9)	328	27.3
Şişman (30 ve Üzeri)	195	16.3
Gebelik Sayısı		
Hiç gebe kalmamış	442	36.8
1	189	15.8
2	249	20.8
3	150	12.5
4 ve Üzeri	170	14.3
Doğum Sayısı		
Hiç Doğum Yapmamış	517	43.1
1	229	19.1
2	284	23.7
3	105	8.8
4 ve Üzeri	65	5.4
Düşük Sayısı		
Hiç Düşük Yapmamış	910	75.8
1	162	13.5
2	84	7.0
3	28	2.3
4 ve Üzeri	16	1.5
Doğum Şekli		
Normal Doğum	363	30.3
Sezeryan	265	22.1
Her ikisi de	49	4.1
Doğum Yapmamış	523	43.6
Gebelikte İdrar Kaçırma Durumu (n=758)		
Evet	171	22.5
Hayır	587	77.4
Menopoza Girme Durumu		
Evet	195	16.3
Hayır	1005	83.8
HRT Kullanımı (n=195)		
Evet	34	17.4
Hayır	161	82.6
Uzun Süreli Konstipasyon Durumu		
Evet	259	21.6
Hayır	941	78.4
Uzun Süreli İYE Durumu		
Evet	274	22.8
Hayır	926	77.2
Kronik Hastalık Durumu		
Var	342	28.5
Yok	858	71.5
Kronik Hastalıklar (n=342)*		
DM	87	25.43
HT	112	32.74
Kalp Damar Hastalığı	52	15.2
Kronik Akciğer Hastalığı	41	11.9
Omurilik Zedelenmesi	7	2
Depresyon	40	11.69
Diğer	67	19.5
Toplam	1200	100.0

*Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir. Kadınların % 50.8’i (n=1200) normal kiloda (18.5-24.9) olup, % 27.3’ü (n=1200) ise kilolu (25-29.9) BKİ’nde olduğu görülmüştür.

Hiç gebe kalmamış kadınların oranı % 36.8 (n=1200) iken bir veya iki kez gebe kalanların oranı % 36.4 (n=1200) olarak bulunmuştur. Hiç düşük yapmamış kadınların oranı % 75.8 (1200) olarak bulunmuştur. Kadınların gebelik ve düşük sayılarının ayrıntıları Tablo 3’ de verilmiştir.

Hiç doğum yapmamış kadınlar % 43.1 (n=1200) iken, 1 ve 2 kez doğum yapmış kadınların oranı % 42.8 (n=1200) ve normal doğum yapanların oranı % 30.3’dür (n=1200). Kadınların gebelikte idrar kaçırma durumları incelendiğinde % 22.5’inin (n=758) idrar kaçırdığı görülmüştür.

Menopoza girme durumlarına bakıldığında kadınların % 16.3’ü (n=1200) menopoza girmiş ve menopoza giren kadınların da % 17.4’ünün (n=195) hormon replasman tedavisi gördüğü tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 21.6’sının (n=1200) uzun süreli konstipasyon geçirdiği, % 22.8’nin (n=1200) de uzun süreli idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Kadınların % 28.5’inde (n=1200) kronik hastalık olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olanların % 32.74’ünün (n=342) hipertansiyon, % 25.43’nün (n=342) diyabet, % 11.9’unun (n=342) kronik akciğer hastası olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Kadınların Bazı Alışkanlıklarının İncelenmesi

	n	%
Düzenli Egzersiz/Spor Yapma Durumu		
Evet	193	16.1
Hayır	1007	83.9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	153	12.8
Hayır	1047	87.3
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	69	5.8
Hayır	1131	94.3
Toplam	1200	100.0
Bir Günde Ortalama Su İçme Durumu (litre)	($\bar{X} \pm SS$)	1.733 ± 0.766
Bir Günde Ortalama Çay/Kahve İçme Durumu (litre)	($\bar{X} \pm SS$)	0.790 ± 0.5733
Bir Günde Ortalama Ayakta Kalma Süresi (saat)	($\bar{X} \pm SS$)	8.14 ± 4.295
Bir Günde Ortalama İdrar Sayısı	($\bar{X} \pm SS$)	5.81 ± 2.544

Araştırmamıza katılan kadınların bazı alışkanlıkları Tablo 4' te verilmiştir.

Katılımcıların % 83.9'nun düzenli egzersiz ve spor yapmadıkları bulunmuş olup, sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde ise % 12.8'inin sigara kullandığı, % 5.8' nin de alkol kullandığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan kadınların, bir günde ortalama 1.733 ± 0.766 litre su, 0.790 ± 0.5733 litre çay/kahve tükettiği ve 8.14 ± 4.295 saat ayakta kaldıkları belirlenmiştir.

4. 2. İdrar Kaçırmayı Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular

Tablo 5. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	İdrar Kaçıranlar		İdrar Kaçırmayanlar		X ²	p
	n	%	n	%		
Yaş Grubu						
18-29	65	12.4	459	87.6	191.009	0.000
30-39	65	20.3	255	79.7		
40-49	72	41.6	101	58.4		
50-59	59	59.6	40	40.4		
60 ve Üzeri	54	64.3	30	35.7		
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	13	50.0	13	50.0	97.938	0.000
Okuryazar	10	52.6	9	47.4		
İlkokul	90	50.3	89	49.7		
Ortaokul	43	35.8	77	64.2		
Lise	62	23.4	203	76.6		
Yüksekokul/Üniversite	97	16.4	494	83.6		
Meslek						
Ev hanımı	154	43.6	199	56.4	106.404	0.000
Memur	19	18.3	85	81.7		
SGK ya Bağlı İşçi	85	20.0	341	80.0		
Emekli	25	47.2	28	52.8		
Öğrenci	32	12.1	232	87.9		
Sosyal Güvence						
Yok	23	7.3	34	3.8	6.146	0.13
Var	292	92.3	851	96.2		
Ekonomik durum						
Gelir Giderden Fazla	45	26.2	127	73.8	0.343	0.842
Gelir Gidere Eşit	176	26.9	479	73.1		
Gelir Giderden Az	94	25.2	279	74.8		
Medeni durum						
Evli	238	75.6	529	59.8	25.087	0.000
Bekar	77	24.4	356	40.2		

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması Tablo 5' de gösterilmiştir.

Yaş gruplarına göre idrar kaçırma durumları incelendiğinde; 18-29 yaş grubundaki kadınların % 12.4'ünde, 30-39 yaş grubundaki kadınların % 20.3' ünde,

40-49 yaş grubundaki kadınların % 41.6'sında, 50-59 yaş grubundaki kadınların % 59.6'sında, 60 ve üzeri yaş grubundaki kadınların ise % 64.3'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; Okuryazar olan kadınların % 52.6'sında, ilkokul mezunu olan kadınların % 50.3'ünde, ortaokul mezunu olan kadınların % 35.8'inde, lise mezunu olan kadınların % 23.4'ünde, yüksekokul/ üniversite mezunu olan kadınların % 16.4'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların meslek durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; Emekli olan kadınların % 47.2'inde, ev hanımı olan kadınların % 43.6'ında, SGK'ya bağlı bir işte çalışan kadınların % 20'sinde, memur olan kadınların % 18.3'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların sosyal güvence durumlarına göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kadınların % 7.3'ünde, sosyal güvencesi olmayan kadınların % 92.7'sinde üriner inkontinans görülmektedir (Tablo 5). Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından sosyal güvence arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların kendi ifadelerine göre ekonomik durumları ile üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; gelir gidere eşit olan kadınların % 26.9'unda, gelir giderden fazla olan kadınların % 26.2'sinde, gelir giderden az olan kadınların da % 25.2'sinde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından ekonomik durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların medeni durumlarına göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; bekar kadınların % 24.4'ünde, evli kadınların % 75.6'sında üriner

inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından medeni durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).



Tablo 6. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması (n=315)

	İdrar Kaçıranlar		İdrar Kaçırmayanlar		X ²	p
	n	%	n	%		
Bki						
Zayıf (18.5 ve Altı)	7	10.4	60	89.6	96.737	0.000
Normal (18.5-24.9)	99	16.2	511	83.8		
Kilolu (25-29.9)	116	35.4	212	64.6		
Şişman (30 ve Üzeri)	93	47.7	102	52.3		
Doğum Şekli						
Normal Doğum	175	48.2	188	51.8	177.711	0.000
Sezaryen	55	20.8	210	79.2		
Her İkisi De	27	55.1	22	44.9		
Doğum Yapmamış	58	11.1	465	88.9		
Gebelikte İdrar Kaçırma Durumu (n=758)						
Evet	113	66.1	58	33.9	87.522	0.000
Hayır	159	27.1	428	72.9		
Menopoza Girme Durumu						
Evet	121	62.1	74	37.9	154.154	0.000
Hayır	194	19.3	811	80.7		
Menopozda HRT Kullanımı (n=195)						
Evet	22	18.2	12	16.2	0.123	0.726
Hayır	99	81.8	62	83.8		
Uzun Süreli Konstipasyon Durumu						
Evet	98	37.8	161	62.2	22.909	0.000
Hayır	217	23.1	724	76.9		
Uzun Süreli İYE Durumu						
Evet	110	40.1	164	59.9	35.417	0.000
Hayır	205	22.1	721	77.9		
Kronik Hastalık Durumu						
Var	152	44.4	190	55.6	81.791	0.000
Yok	163	19	695	81		
Ailesinde İdrar Kaçırma Şikayeti Olma Durumu						
Evet	139	35.5	252	64.5	54.078	0.000
Hayır	83	15.7	444	84.3		
Bilmiyorum	93	33.0	189	67.0		

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması Tablo 6’te verilmiştir.

Beden kitle indeksine göre zayıf olan kadınların % 10.4’ünde (n=315), normal kilolu olan kadınların % 16.2’sinde (n=315), kilolu olan kadınların % 35.4’ünde (n=315), şişman olan kadınların % 47.7’sinde (n=315) üriner inkontinans

olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görölme sıklığı açısından BKİ yükseldikçe inkontinans görölme sıklığı artmıştır. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların yaptıkları doğum şekline göre incelediğimizde; hiç doğum yapmamış olan kadınların % 11.1'inde ($n=315$), sezaryen ile doğum yapan kadınların % 20.8'sinde ($n=315$), normal doğum yapan kadınların % 48.2'sinde ($n=315$), hem normal doğum yapmış hem de sezaryen ile doğum yapmış kadınların % 55.1'inde ($n=315$) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görölme sıklığı açısından doğum şekilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların gebelikte idrar kaçıırma durumları incelendiğinde; gebelikte idrar kaçıran kadınların % 66.1'inde ($n=315$) ve gebelikte idrar kaçırmayan kadınların ise % 27.1'inde ($n=315$) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Gebelikte idrar kaçıran kadınlarda kaçırmayanlara göre Ü.İ görölme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların menopoza girme durumlarının Üİ üzerine etkisi incelendiğinde; menopoza giren kadınların % 62.1'inde ($n=315$) ve menopoza girmeyen kadınların ise % 19.3'ünde ($n=315$) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Menopoza giren kadınlarda Üİ görölme sıklığı girmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Kadınların HRT alma durumlarının Üİ üzerine etkisi incelendiğinde; HRT kullananların % 18.2'sinde ($n=315$) ve HRT kullanmayanların % 81.8'inde ($n=315$) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. HRT kullanan kadınların Üİ görölme sıklığı ile kullanmayan kadınların Üİ görölme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Uzun süreli konstipasyonu olan kadınların % 37.8'inde ($n=315$) ve konstipasyonu olmayan kadınların % 23.1'inde ($n=315$) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans, konstipasyonu olan kadınlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

Uzun süreli idrar yolu enfeksiyonu olan kadınların % 40.1'inde (n=315) ve idrar yolu enfeksiyonu olmayan kadınların % 22.1'inde (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. İYE'nu olan kadınların, olmayan kadınlara göre Üİ sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p<0.001).

Kronik hastalığı (diabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, akciğer hastalığı gibi kronik hastalığı bulunan kadınlar bu gruba dahil edilmiştir) olan kadınların % 44.4'ünde (n=315) ve olmayanların % 19'unda (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan kadınların, olmayan kadınlara göre Üİ sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Ailesinde idrar kaçırma şikayeti olan kadınların % 35.5'inde (n=315), ailesinde idrar kaçırma şikayeti olup olmadığını bilmeyen kadınların % 33'ünde (n=315) ve ailesinde idrar kaçırma şikayeti olmayan kadınların % 15.7'sinde (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından ailesinde idrar kaçırma şikayeti olan kadınların, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 7. Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması

	İdrar Kaçıranlar		İdrar Kaçırmayanlar		X ²	p
	n	%	n	%		
Düzenli Egzersiz/Spor Yapma Durumu						
Evet	41	21.2	152	78.8	2.978	0.084
Hayır	274	27.2	733	72.8		
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	46	30.1	107	69.9	1.319	0.251
Hayır	269	25.7	778	74.3		
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	10	14.5	59	85.5	5.227	0.022
Hayır	305	27.0	826	73.0		

*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Kadınların bazı alışkanlıklarına göre idrar kaçırma durumlarının karşılaştırılması (n=315) Tablo 7’de verilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların düzenli egzersiz/spor yapma durumuna bakıldığında; düzenli egzersiz/spor yapan kadınların % 21.2’sinde (n=315) ve düzenli egzersiz/spor yapmayan kadınların % 27.2’sinde (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Düzenli egzersiz/spor yapmanın üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığını istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur (p>0.05).

Sigara kullanan kadınların % 30.1’inde (n=315) ve sigara kullanmayan kadınların % 25.7’sinde (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından sigara kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Alkol kullanan kadınların % 14.5’inde (n=315) ve alkol kullanmayan kadınların % 27’sinde (n=315) üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından alkol kullanan kadınlar ile kullanmayan kadınlar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 8. Kadınların Sıvı Tüketim Ortalamalarının İdrar Kaçırma Üzerine Etkisi

	İdrar Kaçıranlar X±SS	İdrar Kaçırmayanlar X±SS	t	p
Su İçme	1.752 ± 0.831	1.727± 0.755	0.470	0.639
Çay/ Kahve İçme	0.850 ± 0.631	0.769 ± 0.549	2.040	0.42

* t-test kullanılmıştır.

Kadınların sıvı tüketim ortalamalarının idrar kaçırma üzerine etkisi Tablo 8’de gösterilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların su tüketimi ortalamaları incelendiğinde; idrar kaçıranların 1.752 ± 0.831 litre ve idrar kaçırmayanların 1.727± 0.755 litre olduğu bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Araştırmamıza katılan kadınların çay/kahve tüketimi ortalamaları incelendiğinde idrar kaçıranların 0.850 ± 0.631 litre ve idrar kaçırmayanların 0.769 ± 0.549 litre olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 9. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin İdrar Kaçırma Üzerine Etkisi

	İdrar Kaçıranlar X±SS	İdrar Kaçırmayanlar X±SS	t	p
Gebelik Sayısı	2.81 ± 2.380	1.29 ± 1.573	10.484	0.000
Düşük Sayısı	0.77 ± 1.433	0.30 ± 7.30	5.643	0.000
Doğum Sayısı	1.98 ± 1.547	0.91 ± 1.207	11.094	0.000

t-test kullanılmıştır.

Kadınların obstetrik özelliklerinin idrar kaçırma üzerine etkisi Tablo 9’de verilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması incelendiğinde idrar kaçıranların gebelik sayısı ortalaması 2.81 ± 2.380, idrar kaçırmayanlara 1.29 ± 1.573 göre daha fazla olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=10.484, p<0.001).

Çalışmamıza katılan kadınların düşük sayısı ortalaması incelendiğinde idrar kaçıranların düşük sayısının 0.77 ± 1.433 idrar kaçırmayanlara 0.30 ± 7.30 göre daha fazla olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=5.643, p<0.001).

Çalışmamıza katılan kadınların doğum sayısı ortalaması incelendiğinde idrar kaçıranların doğum sayısının 1.98 ± 1.547 idrar kaçırmayanlara 0.91 ± 1.207 göre daha fazla olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=11.094, p<0.001).

Tablo 10. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda ICIQ-SF Formu Yaşam Kalitesi Skor Dağılımı (n: 315)

	n	%
8 ve Üzeri	102	0.32
7 ve Altı	213	0.68
Toplam	315	100.0

Üriner inkontinanslı kadınlarda (n: 315) ICIQ-SF formu yaşam kalitesi skor dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişmektedir. ICIQ-SF için kesme noktası 8 olarak alınarak, ICIQ-SF Formu Yaşam Kalitesi Skoru puanı 7 ve altında olan kadınların oranı % 68 (yaşam kalitesini etkilemediği) ve ICIQ-SF Formu Yaşam Kalitesi Skoru puanı 8 ve üzeri olan kadınların oranı % 32 (yaşam kalitesi etkilenen) olarak bulunmuştur.

Tablo 11. Kadınların Üriner İnkontinans Nedeniyle Doktora ya da Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları ve Nedenlerinin Dağılımı

	n	%
Üİ İçin Doktora/Sağlık Kurumuna Gitme Durumu (n=315)		
Evet	86	27.3
Hayır	229	72.7
Toplam	315	100.0
Üİ İçin Doktora/Sağlık Kurumuna Gitmeme Sebebi (n=229)*		
Vakit Bulamama	68	29.69
Muayene Olmaktan Çekinme	86	37.55
Üİ Rahatsız Etmiyor	21	9.17
Yaşla Beraber Üİ nin Normal Olduğunu Düşünüyor	46	20.08
Çevrede Üİ Çok Olduğundan Normal Sanıyor	31	13.53
Diğer	24	10.48

*Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.

Kadınların üriner inkontinans nedeniyle doktora ya da sağlık kurumuna başvurma durumları ve nedenlerinin dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir. Üriner inkontinansı (n: 315) olan kadınların % 72.7’sinin doktora ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları tespit edilmiştir.

Üİ’ı olan kadınların doktora ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmeme (n:229) nedenlerine bakıldığında; % 37.55’inin (n:229) muayene olmaktan çekindiğini, % 29.69’unun (n:229) doktora gitmek için vakit bulamadığını, % 20.08’inin (n:229) yaşla beraber idrar kaçırmanın normal olduğunu düşündüğünü, % 13.53’ünün (n:229) çevrede idrar kaçıran çok olduğundan normal sandığını ve % 9.17’sininde (n:229) üriner inkontinansın onları rahatsız etmediklerini söylemişlerdir.

Tablo 12. Kadınların Üriner İnkontinans Tiplerinin Dağılımı

	n	%
Stres İnkontinans	149	47.3
Urge İnkontinans	83	26.3
Miks İnkontinans	62	19.7
Diğer	21	6.7
Toplam	315	100.0

ICIQ-SF formunda kadınların 6. Soruya verdikleri yanıtlar ile inkontinans tipleri belirlenmiştir (Tablo 12).

Araştırmamıza katılan kadınların % 26.3'ünde (n=315) üriner inkontinans saptanmış olup bunların inkontinans tiplerine bakıldığında; % 47.3'nün (n=315) stres, % 26.3'nün (n=315) urge ve % 19.7'sinin (n=315) de miks tip üriner inkontinans olduğu bulunmuştur. Diğer olarak belirtilen grubu ICIQ-SF formunda; uyurken, belirgin bir neden olmadan ve her zaman idrar kaçıyorum diye cevap veren kadınlar oluşturmuştur.

Tablo 13. Logistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Kadınların Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Regresyon	Standart	p Sig	Odds Ratio Exp(B)	0.95 CI	
	Katsayısı B	Hata SE			Alt	Üst
Yaş Grup						
18-29			0.004			
30-39	0.159	0.233	0.496	1.172	0.742	1.851
40-49	0.911	0.280	0.001	2.488	1.438	4.305
50-59	1.267	0.409	0.002	3.552	1.592	7.925
60 ve Üzeri	1.438	0.502	0.004	4.212	1.576	11.258
Gebelikte İdrar Kaçırma						
Var						
Yok	-1.716	0.218	0.000	0.180	0.117	0.275
Doğum Şekli						
Normal			0.004			
Sezaryen	-0.746	0.229	0.001	0.474	0.303	0.743
Her İkisi De	0.250	0.379	0.509	1.284	0.611	2.700
Yapmamış	-0.624	0.294	0.034	0.536	0.301	0.953
Menopoz Durumu						
Var						
Yok	-0.569	0.331	0.086	0.566	0.296	1.083
Bki						
18.5 Ve Altı			0.031			
18.5- 24.9	-0.162	0.440	0.713	0.850	0.359	2.014
25-29.9	0.256	0.454	0.573	1.292	0.530	3.148
30 ve Üzeri	0.483	0.471	0.305	1.621	0.644	4.080
Uzun Süreli Konstipasyon Durumu						
Var						
Yok	-0.208	0.189	0.271	0.812	0.561	1.176
Tekrarlayan İYE Durumu						
Var						
Yok	-0.723	0.183	0.000	0.485	0.339	0.694
Ailesinde İdrar Kaçırma Şikâyeti Olma Durumu						
Evet			0.000			
Hayır	-1.109	0.193	0.000	0.330	0.226	0.482
Bilmiyor	-0.206	0.203	0.310	0.814	0.546	1.212

Logistik regresyon analizi sonuçlarına göre kadınların üriner inkontinans risk faktörleri Tablo 13' de gösterilmiştir. Exp(B)/ Odds Ratio bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirtmektedir.

Yaşın Üİ üzerindeki etkisi incelenirken 18-29 yaş referans kategori olarak belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre Üİ görülme riski 18-29 yaş grubu ile karşılaştırıldığında; 40-49 yaş grubundaki kadınlarda 2.48 kat (OR=2.488 CI=1.438- 4.305), 50-59 yaş grubundaki kadınlarda 3.55 kat (OR=3.552 CI=1.592- 7.925), 60 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda 4.21 kat (OR=4.212 CI=1.576- 11.258) fazla olduğu görülmüştür.

Doğum sayısının Üİ üzerindeki etkisi incelenirken (OR=0.550 CI=0.790 - 1.134) olarak bulunmuştur. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.005$) görülmüştür.

Gebelikte idrar kaçırmamanın Üİ üzerindeki etkisi incelenirken; gebelikte idrar kaçırmamanın olması referans kategori olarak belirlenmiştir. Gebelikte idrar kaçıranların kaçırmayanlara göre Üİ görülme riski 0.18 kat (OR=0.180 CI=0.117- 0.275) fazla olduğu görülmüştür ($p<0.005$).

Doğum şeklinin Üİ üzerindeki etkisi incelenirken, normal doğum referans kategori olarak belirlenmiştir. Doğum şekillerine göre Üİ görülme riski normal doğum ile karşılaştırıldığında; Sezeryan ile doğum yapan kadınlarda 0.47 kat (OR=0.474 CI=0.303-0.743) ($p<0.005$), hiç doğum yapmamış kadınlarla karşılaştırıldığında 0.53 kat (OR=0.536 CI=0.301- 0.953) daha az bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğum ile hem normal doğum yapmış hemde sezaryen ile doğum yapmış kadınlar karşılaştırıldığında (OR=1.284 CI=0.611-2.700) istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0.005$) bulunmamıştır.

Menopozun Üİ üzerine etkisi incelenirken (OR=0.566 CI=0.296-1.083) olarak bulunmuştur. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.005$) görülmüştür.

Beden kitle indeksinin Üİ üzerine etkisi incelenirken; zayıf olmak referans kategori olarak belirlenmiştir. Zayıf grup ile normal kiloda olan gruptaki kadınlar

karşılaştırıldığında (OR=0.850 CI=0.359-2.014) olarak bulunmuştur. Kilolu olan gruptaki kadınlarla karşılaştırıldığında (OR=1.292 CI=0.530-3.148) yüksek bulunmuştur. Şişman olan kadınlarla karşılaştırıldığında ise (OR=1.621 CI=0.644-4.080) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.005$) saptanmıştır.

Araştırmamızda uzun süreli konstipasyonun Üİ üzerindeki etkisi incelenirken, uzun süreli konstipasyonu olan kadınlar referans kategori olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak (OR=0.812 CI=0.561- 1.176) bulunmuştur. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.005$) saptanmıştır.

Çalışmamızda tekrarlayan İYE' nun Üİ üzerindeki etkisi incelenirken, İYE olan kadınlar referans kategori olarak belirlenmiştir. İdrar yolu enfeksiyonu geçirmeyen kadınlarda Üİ görülme olasılığının İYE geçiren kadınlara göre 0.48 kat (OR=0.485 CI=0.339- 0.694) daha az olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

Araştırmamızda ailesinde idrar kaçırma şikayeti olma durumunun Üİ üzerindeki etkisi incelenirken; ailesinde Üİ şikayeti olanlar referans kategori olarak belirlenmiştir. Ailesinde idrar kaçırma şikayeti olmayan kadınların Üİ olasılığı ailesinde idrar kaçırma şikayeti olan kadınlara göre 0.33 kat (OR=0.330 CI=0.226- 0.482) daha az risk taşıdığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Ailesinde idrar kaçırma şikayeti olup olmadığını bilmeyen kadınlarda sonuç olarak (OR=0.814 CI=0.546-1.212) görülmüştür. Farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.005$) saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; İzmir’de bulunan Şifa Üniversitesi Hastanelerine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Üİ Görülme Oranı

Çalışmamızda araştırmaya alınan 18 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ görülme oranı % 26.3 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda; Güneş ve arkadaşları (2000) 20 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ oranını % 49.7, Özerdoğan ve arkadaşları (2004) 20 yaş ve üzeri 625 kadında yaptıkları araştırmada kadınlarda Üİ oranını % 25.8, Kök ve arkadaşları (2005) 20 yaş üstü doğum yapmış 229 kadında üriner inkontinans oranını % 37.11, Çiftçi ve arkadaşları (2007) Kayseri eğitim araştırma hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 775 kadında Üİ oranını % 36.6, Filiz ve arkadaşları (2007) 17- 65 yaş arası 650 kadın da Üİ oranını % 16 olarak tespit etmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı incelendiğinde % 16 ile % 49.7 arasında olduğu görülmüştür.

Üİ’ nin farklı ülkelerdeki görülme sıklığına bakıldığında; Norveç’de 20 yaş üzeri kadınlarda % 25, benzer yaş grubu Avusturyalı kadınlarda % 26.3, Çin’li kadınlarda %30.9, ABD’ deki kadınlarda % 45, Avustralyalı kadınlarda % 46’ya ulaşan idrar kaçırma oranları bildirilmiştir (Temml et al. 2000. Melville et al. 2006).

Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalarda Üİ görülme oranları farklılık göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı yer ve yaş grupları farklı sonuçlar çıkmasına neden olabilir. Bu çalışmada saptanan değer ulaşılabilen tüm diğer çalışmalarla karşılaştırılırsa ortalama bir değer olarak değerlendirilebilir.

Yaş

Çalışmamızda yaş gruplarına göre Üİ görülme oranları incelendiğinde yaş arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığı görülmüştür. Çalışmadaki yaş ortalaması 34.68 ± 13.521 olarak belirlenmiştir (Minimum:18 Maximum:92). 30 yaş altı kadınlarda % 12.4 iken, 60 yaş ve üzeri kadınlarda % 64.3 bulunmuştur (Tablo 5).

Hunskar ve arkadaşları (2004) Üİ sıklığını, gençlerde % 20-30 orta yaşlarda % 30-40 ve yaşlılarda % 30-50 oranında olduğu bildirmiştir. Bilgili ve arkadaşları (2008) 65 yaş üzeri Üİ oranını, % 43.6 olarak tespit etmiştir.

Araştırmamızda; 18-29 yaş grubundaki kadınlara oranla, 40-49 yaş grubundaki kadınların üriner inkontinans görülme riski yaklaşık 2.4 kat, 50-59 yaş grubunda 3.5 kat, 60 ve üzeri (60-92) yaş grubunda olan kadınlarda 4.2 kat fazladır. Yaş arttıkça üriner inkontinans görülme riskinin arttığı tespit edilmiştir.

Çiftçi ve Günay (2011) yaptıkları çalışmalarında 40 yaş ve üzerindeki kadınlarda, 40 yaşın altındaki kadınlara göre stres üriner inkontinans görülme riskinin yaklaşık 6 kat, urge üriner inkontinans görülme riski ise 2 kat fazla olduğunu bulmuşlardır. Yaş gruplarına göre Üİ görülme oranı diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Tüm araştırma sonuçlarına bakıldığında yaş arttıkça Üİ görülme oranının arttığı söylenebilir.

Eğitim Durumu

Bizim çalışmamızda kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$).

Literatürü incelediğimizde, eğitim durumu ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sonuçları farklılıklar göstermektedir. Kocaöz ve Eroğlu (2002) yaptığı çalışmada ve Kök ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi ile üriner inkontinans prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Benlioğlu (2006) ve Çetin (2010) yaptığı bir çalışmalarda; tüm kadın

katılımcılarda eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığını bildirmişlerdir. Benlioğlu (2006) ve Çetin (2010) yaptığı çalışma bizim yaptığımız çalışma ile uyumluluk göstermektedir.

Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışları, sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığının artması, daha bilinçli olmaları, gebelik ve doğum sayılarının daha az olması nedeniyle Üİ görülme oranı daha düşük olabilir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Çalışmamızda beden kitle indeksine göre Üİ görülme oranı incelendiğinde; BKİ arttıkça Üİ görülme oranı da artmaktadır (Tablo 6).

Yapılan diğer çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Dwyer ve arkadaşları, (1988) BKİ 25-30 arasında olan kadınlarda üriner inkontinans gelişme riski 1.3 iken, 40'ın üzerindeki kadınlarda 3.29'a yükseldiğini bulmuşlardır. Chiarelli ve arkadaşları (1999), Ateşkan ve arkadaşları (2000) BKİ'deki artma üriner inkontinansın şiddetinde artmaya ya da tek başına üriner inkontinansa neden olduğunu bildirmişlerdir. Benlioğlu'nun (2006) çalışmasında BKİ arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Acar (2007), BKİ ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve BKİ 30 ve üzerinde olan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının arttığını göstermiştir.

Yüksek kilolu olmak basıncı artırarak pelvik taban disfonksiyonuna ve dolayısıyla Üİ semptomuna neden olabilir. Bunun yanında Kocaöz ve Eroğlu (2009) çalışmasında beden kitle indeksi ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki saptamamıştır.

Uzun Süreli Konstipasyon Durumu

Yaptığımız çalışmada uzun süreli konstipasyonu olan kadınlarda Üİ görülme oranı konstipasyon sorunu olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çiftçi ve Günay 2009 yılında yaptığı araştırmada sık kabızlık yakınması olanların % 49.5'inde, sık kabızlık yakınması olmayanların % 31.5'inde üriner

inkontinans görüldüğü ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamız bu çalışma ile benzer sonuca ulaşmıştır.

Tekrarlayan İYE Durumu

Çalışmamızda uzun süreli idrar yolu enfeksiyonu olan kadınlarda Üİ görülme oranı, İYE geçirmeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5. Tablo 12).

Acar (2007) yaptığı araştırmada, idrar yolu enfeksiyon öyküsü olan kadınların % 29.5'inde, idrar yolu enfeksiyon öyküsü olmayan kadınların % 20.2'sinde Üİ olduğunu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur. Acar (2007) yaptığı çalışma bizim yaptığımız çalışma ile uyumluluk göstermektedir. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin üriner inkontinans görülme sıklığını artırdığını söyleyebiliriz.

Genetik Faktörler

Yaptığımız çalışmada; ailesinde idrar kaçırma şikayeti olan kadınlarda Üİ görülme oranı ailesinde idrar kaçırma şikayeti olmayan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. (Tablo 5. Tablo 12).

Kök (2005) ailesinde idrar kaçırma öyküsü olan kadınları % 44.7'sinin idrar kaçırdığını bulmuştur. Akgün (2009) yaptığı çalışmasında idrar kaçıran kadınların birinci derece akrabalarında üriner inkontinans görülme oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ertem (2009) çalışmasında. üriner inkontinansı olan kadınların % 60.7'sinin anne ya da kız kardeşinde de üriner inkontinans öyküsü olduğunu saptamıştır. Yaptığımız çalışma literatür ile uyumluluk göstermektedir. Ailesinde üriner inkontinansı olan kadınların risk grubu olarak değerlendirilerek inkontinans yönünden izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Menopoz

Çalışmamızda menopoza giren kadınların % 62.1'inde ve menopoza girmeyen kadınların ise % 19.3'ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner

inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$) (Tablo 6).

Kocaöz ve Eroğlu 2002 yılındaki çalışmasında ve 2010 yılında Şentürk ve Kara'nın menopozlu kadınlar üzerindeki çalışmasında; menopozla üriner inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Yaptığımız çalışma literatür ile uyumluluk göstermektedir. Menopozda olmanın üriner inkontinans açısından risk faktörleri arasında olduğunu söyleyebiliriz. Menopoz döneminde yaşanan hormonal değişimin yanında yaşında yükselmesi Üİ görülme sıklığında artışa neden olabilir.

HRT Kullanma Durumu

Çalışmamızda menopoza girdikten sonra HRT kullanan ve kullanmayanların Üİ görülme oranlarında fark bulunmamıştır.

Akgün (2009) yaptığı çalışmasında. 40 yaş üzeri üriner inkontinanslı kadınlarda HRT kullanım oranı kontinan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur. Sonuçlardaki farklılığa çalışmamızda HRT kullanan sayısının az olması neden olmuş olabilir.

Gebelik ve Doğum

Çalışmamıza katılan kadınların gebelik sayısı, düşük ve doğum sayıları ortalamalarına göre Üİ görülme oranı incelendiğinde; gebelik, düşük ve doğum sayısı arttıkça Üİ görülme sıklığı da artmıştır (Tablo 9). Çalışmamızda, normal doğum yapanlar ve hem normal, hem de sezaryen doğum yapanlarda Üİ görülme oranı sezaryen doğum yapanlar ve hiç doğum yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Literatürde doğumun, pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik taban organlarının yapı ve pozisyonunda bozulmaya, pelvik sinirlerin hasar görmesine ve eksternal sfinktere zarar vererek idrar kaçırmaya yol açabileceği bildirilmektedir (Tapp et al. 1988. Allen 1990. Ateşkan ve ark. 2000). Yapılan çalışmalarda dört veya üzeri doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir (Thom ve ark. 1998, Akgün 2009). Güler (2006) ve Demir (2012) çalışmalarında vajinal doğum yapanlarda Üİ görülme oranını sezaryen doğum yapanlara göre daha yüksek

bulmuşlardır. Kocaöz ve Eroğlu (2002) çalışmalarında kendiliğinden düşük yapma ve kürtaj olma durumu ile üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır.

Yaptığımız çalışma da literatür ile uyumlu olarak kadınlarda gebelik sayısı, doğum sayısı ve düşük sayısının artması ile üriner inkontinans arasında ilişki olduğu, normal doğum ve hem normal hemde sezeryan ile doğum yapan kadınlarda üriner inkontinansın arttığı belirlenmiştir.

Sigara ve Alkol Kullanma Durumu

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımının Üİ görülme oranını etkilemediği bulunmuştur (Tablo 7).

Çetin (2010) yaptığı çalışmada kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve sigara, alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Bump and McClish (1994) yaptıkları çalışmada sigarada bulunan zararlı maddelerin mesanede irritan etki göstermesi, sigara kullanımına bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncın artmasına neden olarak idrar kaçırmanın meydana gelebileceğini bildirmişlerdir. Yaptığımız çalışma, Çetin (2010) yaptığı çalışma ile uyum göstermektedir. Örneklem grubumuzda alkol ve sigara kullanan sayısının az olması da sonucu etkilemiş olabilir.

Kronik Hastalık Durumu

Çalışmamızda kronik hastalığı olan kadınlarda Üİ görülme oranı, kronik hastalığı olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Literatür incelendiğinde; Diabetes Mellitus (DM) ve diabetes insipitus gibi endokrin hastalıklar poliüriye ve inkontinansa neden olabilmektedirler (Güler ve Yağcı 2006, Varlı 2009, Karadakovan ve Aslan 2011, Sivashoğlu 2011). Kocaöz ve Eroğlu (2002) çalışmalarında, sürekli öksürük yakınması olan kadınların % 61.9'unda stres üriner inkontinans olduğunu saptamışlardır. Çiftçi (2009) çalışmada DM hastalığı olan kadınların % 48'inde, olmayanların %

35.3'ünde üriner inkontinans olduğunu bulmuştur. Aksu (2014) yaptığı çalışmasında Üİ kadınların % 24.4' ünün kronik hastalığı olduğu, % 15.8' inin kronik hastalığı olmadığını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur. Çetin (2010) yaptığı çalışmasında. kronik hastalığı bulunan kadınlarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur. Yaptığımız çalışma literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Üİ İçin Doktora/Sağlık Kurumuna Gitmeme durumu

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların yaklaşık dörtte üçünün doktora ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları tespit edilmiştir. Başvurmama nedenlerine bakıldığında; en çok muayene olmaktan çekinme, doktora gitmek için vakit bulamama, yaşla beraber idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme, çevrede idrar kaçıran çok olduğundan normal sanma olarak bulunmuştur. (Tablo 11).

Kök (2005) araştırmasında idrar kaçırmayı problem olarak gören kadınların % 43.5 ve idrar kaçırmadan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınların % 20 olduğunu saptamıştır. Benlioğlu (2006) çalışmasında idrar kaçırmadan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınların oranını % 38.5 olarak tespit etmiştir. Bilgili ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında yaşlı kadınların % 41.4'ünün idrar kaçırma nedeniyle bir doktora gittiğini belirlemiştir. Durmaz 2011 yılındaki çalışmasında kadınların % 48.8'i idrar kaçırmayı problem olarak görürken bu kadınların yalnızca % 21.9'unun sağlık kuruluşuna başvurduğunu tespit etmiştir. Kadınların, idrar kaçırma şikayetiyle herhangi bir sağlık kurumuna hiçbir zaman başvurmadığı veya semptomlarla baş edemeyeceğini anladığında sağlık kurumuna ya da doktora gittiği belirtilmektedir (Hunnskaar et. al. 2004). Yaptığımız çalışma literatür ile uyumluluk göstermektedir. Üİ şikâyetinin yaşlanmanın, gebelik ve doğumun doğal bir sonucu gibi algılanması, çok yaygın olması bu sonuca neden olmuş olabilir.

Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların yaklaşık üçte birinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur (Tablo 10).

Güler (2006) üriner inkontinansı olan 160 kadın ile yaptığı çalışmada kadınların yaşamış oldukları üriner inkontinans sıklığı ve şiddetine bağlı olarak anlamlı derecede yaşam kalitesini etkilediğini bildirmiştir. Koçak ve arkadaşları (2005) üriner inkontinansı olan (n:242) kadının, % 87.2'sinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu etkilenmenin % 31.8'inin hafif ve % 36'sının orta derecede etkilendiğini belirtmişlerdir Çetin (2010) yaptığı çalışmasında ICIQ-SF formunda yaşam kalitesi üzerine etkisini, kadın katılımcıların % 59.5'i idrar kaçırma probleminin yaşam kalitesini ılımlı olarak etkilediğini, % 11.5'i önemsiz derecede etkilediğini, % 3.5'i çok ciddi derecede etkilediğini bildirmiştir. Akgün (2009) yaptığı çalışmasında üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde yaşam kalitelerinin çok fazla etkilenmediğini saptamıştır. Çalışmamız Akgün (2009) ve Çetin (2010) yaptığı çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir.

İnkontinans Tipi

Çalışmamızda elde edilen üriner inkontinans bulguları inkontinans tiplerine göre incelendiğinde; yaklaşık yarısının SUI, dörtte birinin UIİ olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

İnkontinans tipinin değerlendirildiği çalışmalarda farklılıklar mevcuttur. Stres tipte üriner inkontinans önde gelen kaçırma tipi olarak saptanmış iken bazı çalışmalarda ise karışık tip üriner inkontinans kadınlarda belirlenen en sık tip olarak bulunmuştur (Ateşkan ve ark. 2000, Kocaöz ve Eroğlu 2002, Cetinel ve ark.2007). Çalışmamızda stres tip inkontinans önde gelen kaçırma tipi olarak saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Çalışmamızda araştırmaya alınan 18 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ görülme oranı % 26.3 olarak bulunmuştur.
- 2) Yaş gruplarına göre Üİ görülme oranları incelendiğinde yaş arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığı görülmüştür. Çalışmadaki yaş ortalaması 34.68 ± 13.521 olarak belirlenmiştir (Minimum:18. Maximum:92). 30 yaş altı kadınlarda Üİ % 12.4 iken, 60 yaş ve üzeri kadınlarda bu oran % 64.3 olduğu bulunmuştur.
- 3) Eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür.
- 4) Beden kitle indeksine arttıkça üriner inkontinans riskinin arttığı belirlenmiştir. Normal kilolu kadınlarda % 16.2 iken şişmanlarda % 47.7 Üİ olduğu belirlenmiştir.
- 5) Uzun süreli konstipasyonu olan kadınların % 37.8'inde ve konstipasyonu olmayan kadınların % 23.1'inde Üİ saptanmıştır.
- 6) İYE geçirmeyen kadınların, geçirenlere göre 2.5 kat daha az Üİ yaşadığı görülmüştür.
- 7) Ailede Üİ şikayeti olmayan kadınlarda Üİ riskinin ailede Üİ olanlara göre 0.3 kat daha az olduğu bulunmuştur
- 8) Menopoza giren kadınların % 62.1'inde ve menopoza girmeyen kadınların ise % 19.3'ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir.
- 9) HRT alan ve almayan kadınlarda Üİ görülme sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.
- 10) Kadınlarda gebelik sayısı, doğum sayısı ve düşük sayısının artması ile üriner inkontinans arasında ilişki olduğu, normal doğum ve hem normal hem de sezeryan ile doğum yapan kadınlarda üriner inkontinansın arttığı ve gebelikte idrar kaçırmanın inkontinans ile ilişki olduğu bulunmuştur.
- 11) İdrar kaçırma ve sigara ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- 12) Kronik hastalık varlığı ile Üİ görülme oranının arttığı saptanmıştır.

- 13) Üİ'lı kadınların % 72.7'sinin doktora ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları tespit edilmiştir. Nedenlerine bakıldığında; en çok muayene olmaktan çekinme, doktora gitmek için vakit bulamama ve yaşla beraber idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme gelmektedir.
- 14) Kadınların % 68'nin yaşam kalitesini etkilemediği, % 32'sinin üriner inkontinans sıklığı ve şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur.
- 15) İnkontinans tiplerine bakıldığında, Stres tip inkontinansın % 47.3, Urge tip inkontinansın % 26.3 ve Miks tip inkontinansın % 19.7 oranında görüldüğü belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Üriner inkontinans kadınlarda sık olarak karşılaşılan bir sağlık sorunu olması nedeni ile konuya gerekli önem verilmelidir. Sonuçlarımıza göre;

- Sadece yaşlı bireylerde değil gençlerde de görülmesi nedeniyle inkontinanslı bireylerin başvurabileceği özel bir birim/ merkezlerin olması
- Hemşirelerin kadın sağlığını geliştirmek için aktif rol alması.
- Sağlıklı bireylere konunun önemini anlatılması, risk grupları ve üriner inkontinans yaşayan kişilerin belirlenmesi ve çeşitli eğitim ve tarama programlarının içinde Üİ ile ilgili de bir bölüm oluşturularak bu kişilere konu hakkında gerekli bilgi verilerek sağlık kurumlarına yönlendirilmesi
- Çalışmamızda gebelik ve doğumun üriner inkontinansa zemin hazırlayan önemli bir faktör olarak belirlenmesi nedeni ile üriner inkontinans gelişmesini önlemek için pelvik destek yapıların güçlü olması gerekmektedir. Bunu sağlamak amacı ile kadınlara her yaşta kegel egzersizleri öğretilmesi ve yaşam tarzı haline getirilmesi konusunda bilgi verilmesi.
- Halkın üriner inkontinans konusundaki yanlış ve eksik bilgi ve davranışlarını düzeltmek ayrıca konunun önemini vurgulamak amacı ile medyada üriner inkontinans konusunun desteklenmesi.

- Çalışmamızda üriner inkontinans yaşamasına rağmen çok az kadının her hangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlendiğinden; kadınların üriner inkontinans konusunda eğitimlerinin yapılması ve sağlık kuruluşuna başvurmama sebeplerine dair ileri çalışmaların yapılması önerilmiştir.



ÖZET

18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma, Şifa Üniversitesi Hastanelerine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yaparak anket formu ve ICIQ-SF ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Üİ şikâyeti dışında farklı nedenlerle polikliniklere başvuran 1200 kadın oluşturmuştur.

Çalışmamızda kadınlarda Üİ görülme oranı % 26.3 bulunmuştur. Bu oran yaş ve BKİ ye paralel olarak artmıştır. Uzun süreli konstipasyon yaşayan, uzun süreli İYE geçiren, kronik hastalığı olan, ailesinde Üİ öyküsü olan, menopoz döneminde olan, gebelik, düşük ve doğum sayısı yüksek olan, vajinal doğum yapan kadınlarda Üİ oranı yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça Üİ sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür.

Üİ'li kadınların % 72.7'sinin doktora ya da herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları tespit edilmiştir. Nedenlerine bakıldığında; en yüksek oranda muayene olmaktan çekinme, doktora gitmek için vakit bulamama, yaşla beraber idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme gelmektedir. Üİ'li kadınların % 32'sinin üriner inkontinans sıklığı ve şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

İnkontinans tiplerine bakıldığında stres tip inkontinansın % 47.3, urge tip inkontinansın % 26.3 ve miks tip inkontinansın % 19.7 oranında görüldüğü belirlenmiştir.

Sonuç olarak; 18 yaş üstü dört kadından birinde Üİ görüldüğü, bunu etkileyen pek çok faktör olduğu ve kadınların bu konuda yeterince bilgili olmadıkları için sağlık kuruluşuna başvurmadığı bulunmuştur. Üİ'ı önlemek için gerekli tedbirlerin alınması, halkın konuya ilişkin bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Kadın, Risk Faktörleri, Sıklık, Üriner İnkontinans

ABSTRACT

Incidence of The Urinary Incontinence and Its Affected Factors in Over 18 Years Old Women

In this research were aimed to determined, incidence of the urinary incontinence (UI) and its affected factors in over 18 years old women who applied to Sifa University hospitals, as descriptive.

To gather the datas, were used survey form which were generated via face to face interview and ICIQ-SF scale. 1200 women have been the part of sampling of this research who came to the polyclinics apart from the UI complaints.

In this research incidence of UI ratio was determined % 26.3. This ratio increases depending on age and Body Mass Index (BMI) UI ratio is seen higher among the women who have long-term constipation, long-term spend urinary tract infection (UTI), chronic disease, UI story in their families, menopause term, high ratio about pregnancy, miscarriage and birth numbers and vaginal birth.

The women in % 72.7 who suffer about UI do not go to the doctor or healthcare center. Bewaring of treatment, having no time for going to the doctor, thinking normal about the urinary incontinence at the old ages are the higher seen reasons of this situation. % 32 of the women who suffer from urinary incontinence are affected negatively about life quality paralelling on frequency and severity.

Incontinence types consist of stress type incontinence % 47.3 ratio, urge type incontinence % 26.3 ratio, mix type % 19.7 ratio.

As a result; was determined that the quarter of the women have suffer from UI, affected by many factors and because of the lack of knowledge, women did not apply to any hospital. To prevent the UI, it is crucial that taking precautions and public awareness.

Keywords: Incidence, Risk Factors, Urinary Incontinence, Women

KAYNAKLAR

Abalı S. Şahin N. H. Yaşlılıkta Jinekolojik Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2010; 7 (2): 10-19.

Abrams P. Blavias JG. Stantion. SL. Andersen JT. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1998;114 (Suppl): 5-19.

Acar. B. H. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparslan), 2007.

Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan), 2009.

Allen RE. Hosker GL. Smith ARB. Warrell DW. Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Neurophysiological Study. *British journal of Obstetric Gynaecology*. 1990; 97: 770-9.

Anafarta K. Bedük Y. Arıkan N. *Temel Üroloji*. Anafarta K. Bedük Y. Arıkan N. 3.baskı. Güneş Tıp Kitapevleri. İstanbul, 2007: s.1-20.

Anderson JA. Hensrud DD. Obesity. In: Rakel RE (Ed). *Textbook of Family Practice*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Co.. 2007;1075-88.

Arıkan H.. Müezzinoğlu T.. İşlevsel Ürolojide Sorgulama Formları ve Yaşam Kalitesi. Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni 2011. 1 (2): 26-29.

Ateşkan Ü. Mas MR. Doruk H. Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatrics* 2000; 3: 45-50.

Avery K. Donovan J. Peters TJ. Shaw C. Goyoh M. Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neuroul Urodynam.* 2004;23 (4):322-30.

Baykara M. Ürogenital Organların Anatomik ve Histolojik Yapısı Mesane. *Temel Üroloji.* Anafarta K. Bedük Y. Arıkan N. 3. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri. 2006. s.1-20.

Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, (Doç. Dr. Sefa Resim), 2006.

Bilgili N. Akın B. Ege E. Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri / Med Sci* 2008. 28.

Brown JS. Sawaya G. Thom DH. Grady D. Hysterectomy and Urinary Incontinence: a Systematic Review. *Lancet* 2000; 356: 535-9.

Brown JS. Seeley DG. Fong J. Black DM. Ensrud KE. Grady D. Urinary Incontinence in Older Women: Who Is At Risk? *Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Obstet Gynecol.* 1996 May; 87 (5 Pt 1):715-21.

Bump R.. McClish D. Cigarette Smoking and Pure Genuine Stress Incontinence of Urine: A Comparison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Feb;170(2):579-82.

Bump RC.. Sugerman HJ.. Fantl JA.. McClish DK.. Obesity and Lower Urinary Tract Function in Women Effect of Surgically Induced Weight Loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:392-9.

Burgio KL. Robinson JC. Engel BT. The Role of Biofeedback in Kegel Exercise Training for Stress Urinary Incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1986 Jan;154(1):58-64.

Cavkaytar S. Aksakal O. Üriner Stres İnkontinansın Cerrahi Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2014; 5 (5): 444-8.

Cetinel. B. Demirkesen. O. Tarcan T. Yalçın. O. Kocak T. Senocak. M. & Itil. I. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *International Urogynecology Journal & Pelvic Floor Dysfunction*. (2007). 18(6). 659-664.

Chiarelli P. Brown W. McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn*. 1999;18 (6): 567-77.

Çetin C. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren), 2010.

Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama. Sınıflandırma. Değerlendirme ve Tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*. (2005). 31(2):246-252.

Çetinel B. Yaşlılarda İdrar Kaçırma. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Görüntüleme Yöntemleri Sempozyum Dizisi No: 69*. 2010; 9 – 31.

Çetinel B.. Özkan B.. Can G., ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 2004. 30 (3): 332-338.

Çiftçi Ö.. Günay O.. Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2011;33 (4): 301-308.

Çoban A. Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatrics* 2003; 6 (2): 80-3.

DeLancey JO. Structural Support of the Urethra as it Relates to Stress Urinary Incontinence: The Hammock Hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1713-1723.

Demir S. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji), 2012.

Demirci N. Aba Y.A. Süzer F. Karadağ F. Ataman H. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. (2012) 7 (19).

Demirci N. Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009.16 (3): 35-40.

Dinç A.. Beji N. K. Gebelik. Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2008, 16 (62): 143-149.

Durmaz Ö. Lefkoşa Merkezde Yaşayan 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Saptanması. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, (Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ), 2011.

Dursun P. Doğan NU. Kulusari A. Doğan S. Uğur MG. Kömürcü O. Altuntaş B. Gültekin M. Çelik NY. Karaca M. Güzel A.B. Cim N. Ege S. Koç O. Yiğit FA. Differences in Geographical Distribution and Risk Factors for Urinary Incontinence in Turkey: Analysis of 6.473 Women. *Urologia internationalis* 2014;92 (2):209-14.

Dwyer PL. Lee ETC. Hay DM. Obesity and Urinary Incontinence in Women.. *Br J Obstet Gynecol.*1988;95 (1):91-6.

Ergün O. Armağan A. Soyupek S. Oksay T. Koşar A. Üretral Hipermobilitiyi Değerlendirmede Q Tip Test ve POP-Q Evreleme Sisteminin Karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology* (2010). 36 (4):387-392.

Ertem G.. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6:1. Erişim: 10.04.2016 <http://www.insanbilimleri.com>.

Eskiyurt N. ve Karan A. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. (*Ürojinekoloji*). Ed: Güner H. Atlas Kitapçılık. Ankara, 2000. S. 135-155.

Faltin DL. Epidemiology and Definition of Female Urinary Incontinence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009; 38: 146-152.

Frank C. and Szlanta A. Office Management of Urinary Incontinence Among Older Patients. *Can Fam Physician* 2010; 56: 1115-20.

Glavind K. Laursen B. Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998;9 (3):151-3.

Güler T.C.ve Yağcı N. Kadın Üriner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. *D. P. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 11 (2006).

Güler TC. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık sosyal seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Denizli, (Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI), 2006.

Güner H. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. *Ürojinekoloji* 2000; s.1-10.

Hannestad YS. Rortveit G. Sandvik H. Hunskaar S;. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. A Community-Based Epidemiological Survey of Female Urinary Incontinence. *The Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol*. 2000 Nov;53 (11): 1150-7.

Hay-Smith J. Herderschee R. Dumoulin C. Herbison P. Comparisons of Approaches to Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence in Women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012 Dec; 48 (4): 689-705.

Hunskaar S.. Lose G.. Sykes D. and. Voss S. The Prevalence Of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries (2004) *Bju International* 93. 324-330.

İnci K.. Ergen A. Yaşlılarda Üriner İnkontinans ve Farmakolojik Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 13 (1): 59-66.

Jørgensen L. Lose G. Andersen JT. One-Hour Pad-Weighing Test for Objective Assessment of Female Urinary Incontinence. *Obstet Gynecol.* 1987; 69 (1): 39-42.

Kaplan S. Demirci N. Üriner inkontinansta konservatif tedavi metodları *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* (2010). 5 (12).

Karadakovan A.ve Aslan F.E. Üroloji, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım.* Karadakovan A.ve Aslan F.E. Geliştirilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, 2011 s. 915-972.

Karan A. Aksaç B. Ayyıldız H. Işıkoğlu M. Yalçın O. Eskiurt N. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics.* Geriatri 3 (3): 102-106. 2000.

Karan. A. Eskiurt. N. Kızılkaya. N. Yalçın. Önay. Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* (1998).53 (2):73-74.

Kelleher C. Epidemiology and Classification of Urinary Incontinence. *Urogynecology* (Ed: Cardoza L). New York. 1997;3-23.

Khandelwal C.. Kistler C.. Diagnosis of Urinary Incontinence. *American Family Physician* 2013;87: 543-50.

Kocaöz S..Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002-4 (1).

Kök G.. Şenel N.. Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş ve Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-136.

Kök G.. Şenel N.. Akyüz A.. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-136.

Kuyumcu M.E., Yeşil Y., Cankurtaran M., İç Hastalıkları Pratiğinde Önemsenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 91-99.

Lipschuetz M. et al. Degree Of Bother From Pelvic Floor Dysfunction in Women One Year After First Delivery. M. Lipschuetz et al. / *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 191 (2015) 90–94.

Lose G. Thorup Andersen J. Clinical Pharmacology of the Lower Urinary Tract. New aspects. *Eur Urol.* 1986;12 (1):1-11.

Lucas M. G., Bosch R.J., Burkhard F.C., Cruz F., Madden T. B., Nambiar A. K. . EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*. Volume 62 Issue 6. 2012. p. 1130-1142.

Lucas M.G., Bedretdinova D., Bosch J.L.H.R., et al. Guidelines on Urinary Incontinence. © European Association of Urology. *Urinary incontinence-* 2014.

Malone L: Lower Urinary Tract Function in Late Life. *Handbook of Neurology* 1994; 349-68.

McKertich K.. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician.* 2008; 37 (3):112-7

Melville J. LKaton W. Delaney K. Newton K. Urinary Incontinence in US Women: a population- based study. *Arch Int Med* 2005; 165: 537-42.

Mihmanlı V. Yüksel İ. T.. Geriatrik Hastalarda Jinekolojik Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29 (2): 127-131. 2013.

Milsom I. The Prevalance Of Urinary İncontinence. *Acta Obstetrics And Gynecology.* 2000. 79: 1056-9.

Minassian VA. Drutz HP. Al-Badr A. Urinary İncontinence as A Worldwide Problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82:327-338.

Norton PA. Pelvic floor disorders: The Role of Fascia and Ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993 36:926-938 13.

Norton. P.Brubaker.L. “Urinary İncontinence in Women” *Lancet*. (2006) 367: 57-67.

Oğuz U. ve Önem K. Kadın ve Erkeklerde Üriner İnkontinans Etiyopatogenezi. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*, Onur R. ve Bayrak Ö. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s. 41-52.

Onur R. ve Bayrak Ö. Kadınlarda üriner inkontinans, *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. Onur R. ve Bayrak Ö. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s.41-52.

Ozan T.ve Fırdolaş F.. Üriner Kontinans Mekanizmaları. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s. 41-52.

Özerdoğan N. Beji N.H. Yalçın O. Urinary İncontinence its Prevalence Risk Factors and Effects on the Quality of Life Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-50.

Öztürk G.Z. Toprak D. E Basa. 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2012; 46 (4): 170- 176.

Robinson D. Cardozo LD. The Role of Estrogens in Female Lower Urinary Tract Dysfunction. *Urology*, 2003: 62 (4 Suppl 1):45-51.

Santiago SK. Arianayagam M. Wang A. Urinary İncontinence Pathophysiology and Management Outline. *Australian Family Physician* 2008; 37: 106-10.

Sivashoğlu A.A. *Sivashoğlu Pratik Ürojinekoloji*. İzmir, Modern Tıp Kitabevi. 2011:p.1-26.

Sommer P. Bauer T. Nielsen KK. Kristensen ES. Hermann GG. Steven K. Nordling J. Voiding Patterns and Prevalence of İncontinence in Women. A questionnaire survey. *Br J Urol*. 1990 Jul;66 (1):12-5.

Strohbehn K. Normal Pelvic Flor Anatomy. *Obstet Gynecol Clin Of North Am.*1998;25 (4): 638-705.

Şen E. Kadınlarda İdrar Kaçırma Korunma ve Tedavide Cerrahi Dışı Yöntemler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.* 2011; 20 (1): 7-13.

Tapp AI. Cardoza L. Versi E. Montgomery J. Studd J. The Effect of Vaginal Delivery on the Urethral Sphincter. *Br J Obstet Gynecol.* 1988, 95: 142-6.

Temml C. Haidinger G. Schmidbauer J. Schatzl G. Madersbacher S. Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 259-71.

Terzi H. Terzi R. Kale A. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Ege Tıp Dergisi/Ege Journal Of Medicine* 2013; 52 (1):15-19.

Thom D. Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in Community: Effects of Differences in Definition. Population Charecterics and Study Type. *Journal of American Geriatrics Society.*1998;46: 473-80.

Thom DH. Van Den Eeden SK. Ragins AI. Wassel-Fyr C. Vittinghof E. Subak LL. Brown JS. Differences in Prevalance of Uniary Incontinence by race/Ethnicity. *J Urol* 2006; 175: 259-64.

Townsend M.K. Curhan GC. Resnick NM Grodstein F. The Incidence of Uniary Incontinence Across Asian. Black and White Woman in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2010;378:1-7.

Vale J.A.. Trott K.R.. Withfield H.H.. Post-radiotherapy Bladder Dysfunction Adenervation Disorder? *Neurology and Uradynam* 1991; 10 (4): 349-350.

Varlı M. Aras S.D. Atlı T. Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi,* 2009.

Vissers D. Neels H. Vermandel A. De Wachter S. Tjalma WA. Wyndaele JJ. Taeymans J. The Effect of Non-Surgical Weight Loss Interventions on Urinary

Incontinence in Overweight Women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews : An official journal of the international association for the study of obesity*. 2014 Jul;15: 610-7.

Weiss B.D. Diagnostic Evaluation of Urinary Incontinence in Geriatric Patients. *Am Fam Physician*. 1998 Jun 1;57 (11):2675-2684.

Wells MJ. Jamieson K. Markham TC. Green SM. Fader MJ. The Effect of Caffeinated Versus Decaffeinated Drinks on Overactive Bladder: a double-blind, randomized, crossover study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014 Jul-Aug;41(4):371-8.

Wolin L. Stress in Young, Healthy Nulliparous Female Subjects. *Journals of Urology*. 1999;101:545-9.

Wong, T. et al. Changing Prevalence And Knowledge of Urinary Incontinence Among Hong Kong Chinese Women. *Int Urogynecol J*. Nov, (2006); 17(6): 593- 597.

Yıldız N. Sarsan A. Ardiç F. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları *FTR Bil Der J PMR Sci*; (2009).12:42-50.

Yılmaz S. D. Bal M. D. Beji. N. K. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansın Tanı ve Değerlendirme Sürecinde Uygulanan Klinik Testlerin Kanıt Temelli İncelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. (J Turk Soc Obstet Gynecol)*. 2011; 8 (3): 153- 63.

Yip SK. Cardozo L. Psychological Morbidity and Female Urinary Incontinence *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21: 321-329.

EKLER

EK 1. Veri Toplama Formu

Hastane adı: a) Basmane şifa b) Bornova şifa c) Buca şifa d) Gazimir şifa

Poliklinik adı:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------|------------------|
| a) Kadın Doğum | b) Üroloji | c) Dâhiliye |
| d) Gastroenteroloji | f) Göğüs Hastalıkları | f) KBB |
| g) Ortopedi | h) Fizik Tedavi | ı) Nöroloji |
| i) Beyin Cerrahisi | j) Kardiyoloji | k) Göz |
| l) Kalp Damar Cerrahisi | m) Endokrinoloji | n) Genel Cerrahi |
| o) Diş | ö) Diğer | |

Eğitim Durumunuz: a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) ilkokul
d) Ortaokul d) Lise e) Yüksekokul

Yaşınız :

Boyunuz:..... Kilonuz:..... BKİ:.....

Mesleğiniz:

- a) Ev hanımı
- b) Memur
- c) SGK'na bağlı işçi
- d) Emekli
- e) Diğer

Sosyal Güvenceniz:

- a) Yok
- b) SGK
- c) Bağ-Kur
- d) Emekli Sandığı
- e) Özel sigorta
- f) Diğer

Ekonomik durumunuz:

- a) Gelir giderden fazla
- b) Gelir gidere eşit
- c) Gelir giderden az

Medeni durumunuz:

- a) Evli
- b) Bekâr
- c) Boşanmış
- d) Eşi vefat etmiş

Kaç kez gebe kaldınız?.....

Düşük /kürtaj yaptınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet (kaç kez düşük/kürtaj yaptınız?.....)

Kaç doğum yaptınız?.....

Doğum şekliniz? a) Normal Doğum b) Sezeryan c) Her İkisi De

Gebeliğiniz sırasında idrar kaçırma probleminiz oldu mu? a) Evet b) Hayır

Menopoza girdiniz mi? a) Evet b) Hayır

Menopoza girdikten sonra hormon hapi kullandınız mı? a) Evet b) Hayır

Düzenli egzersiz/spor yapar mısınız? a) Evet b) Hayır

İdrar kaçırmayı önlemek için yapılan egzersizler hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

İdrar kaçırmayı önlemek için egzersiz yapıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Sigara kullanıyor musunuz? a) evet b) hayır

Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Bir günde ortalama kaç saat ayakta kalırsınız? belirtiniz.....

Bir günde kaç litre su içersiniz? belirtiniz.....

Bir günde kaç bardak çay/ kahve içersiniz? belirtiniz.....

Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

a) Hayır b) Evet (ne ilacıdır belirtiniz.....)

Sizin mevcut bir hastalığınız var mı?(aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı ya da uygun olanları seçebilirsiniz.)

a) Yok

b) Şeker Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

c) Tansiyon Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

d) Kalp Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

e) Böbrek Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

f) Kronik Akciğer Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

g) Astım (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

h) Omurilik Zedelenmesi (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

i) Diğer(Belirtiniz.....) (Ne Zamandır Belirtiniz.....)

Hiç ameliyat oldunuz mu?

a) Evet (belirtiniz.....) b) Hayır

Uzun süreli kabızlık şikâyetisiniz var mı? a) Evet b) Hayır

Kabızlık için tedavi oldunuz mu?

a) Doktora giderek Tedavimi Oldum

b) Doktora Gittim Fakat Kabızlığım Geçmedi.

c)Doktora Gitmedim Kabızlığım Kendiliğinden Geçti

d)Doktora gitmedim. Kabızlığım devam ediyor.

Uzun süre devam eden idrar yolu enfeksiyonunuz oldu mu? a) Evet b) Hayır

İdrar yolu enfeksiyonu için tedavi oldunuz mu?

a) Doktora giderek tedavimi oldum

b) Doktora gittim fakat şikâyetim geçmedi.

- c) Doktora Gitmedim şikâyetim kendiliğinden geçti
- d) Doktora gitmedim. Şikâyetim devam ediyor.

Günde yaklaşık olarak kaç kez idrarınızı yaparsınız?

.....

İdrar kaçıрма nedeniyle daha önce doktora ya da sağlık kurumuna gittiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

İdrar kaçıрма nedeniyle doktora ya da sağlık kurumuna gitmemenizin sebebi sizce neydi?

- a) Doktora Gitmek İçin Vakit Bulamadım
- b) Muayene Olmaktan Çekindiğim İçin Doktora Gitmedim
- c) İdrar kaçırmak beni rahatsız etmiyor.
- d) Yaşla birlikte idrar kaçırmamın normal olduğunu düşündüm.
- e) Çevremde idrar kaçıran kişi çok olduğu için normal olduğunu düşündüm.
- f) Diğer(belirtiniz.....)

Ailenizde (Anne. Kız Kardeş. Teyze. Hala da...) idrar kaçıрма şikâyeti olan var mı?

- a) Evet (kimde var.....)
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

EK 2. ICIQ-SF Türkçe Versiyonu

Tarih: (GÜN/AY/YIL)

(----/----/-----)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettar oluruz.

1) Lütfen doğum tarihinizi yazınız: .GÜN/ AY/ YIL (...../...../.....)

2) Cinsiyet : a) Kadın b) Erkek

3) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

- 0. hiçbir zaman
- 1. Haftada bir veya daha seyrek gibi
- 2. Haftada iki veya üç kez
- 3. Günde bir kez gibi
- 4. Günde birkaç kez
- 5. Her zaman

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz? Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)
(Bir kutuyu işaretleyin)

- 0. Hiç
- 2. Az miktarda
- 4. Orta derecede
- 6. Çok miktarda

ICI-Q skoru: toplam skor 1+2+3+3+4+5

5) Tümüyle bakıldığında. idrar kaçırmaya günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- a) hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....
- b) tuvalete yetişemedim idrar kaçıyorum....
- c) öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....
- d) uyurken kaçıyorum....
- e) hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum.....
- f) işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
- g) belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
- h) her zaman kaçıyorum.....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK. 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İZMİR ŞİFA ÜNİVERSİTESİ BORNOVA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

İZMİR ŞİFA ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

İdrar kaçırma; kadınlarda utanma duygusu, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya yol açabilen yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olan medikal, sosyal, hijyenik ve ciddi anlamda ekonomik yük getirebilen önemli bir sağlık sorunudur. Cinsiyet, ırk, menopoz, sigara alışkanlığı, öksürük, kronik kabızlık öyküsü, şişmanlık ve kadın hastalıklarından operasyon geçirme durumları önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Bu doğrultuda yapacağımız çalışma, İzmir Şifa Üniversitesi Hastanelerin Başvuran 18 Yaş Üzeri Kadınlarda idrar kaçırma durumunun görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp imzalayınız. İlginize teşekkür ederiz.

Yukarıda belirtilen amaca yönelik olarak kadınlarda istemsiz idrar kaçırma ile ilgili anketi doldurmayı kabul ediyorum.

TARİH:

ADI SOYADI:

İMZA:

EK. 4. Etik Kurul Karar Formu



ŞİFA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN ETİK KURUL BAŞVURU KARAR FORMU

1. Araştırmanın Tam Adı / Referans No: 221 – 61

14.11.2014

18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

2. Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı	Unvanı ve Uzmanlık Alanı	Çalıştığı Kurum	Telefon ve Mail Adresi
Nazlı BAYKUŞ	Öğrenci / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans	Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	5052954626 n_baykus@hotmail.com
Sağlık Bakanlığına başvurulmasına gerek var mı?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

3. Şifa Üniversitesi Etik Kurul Başvurusu Kararı

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 12.11.2014 tarih ve 61 nolu toplantısına sunulan araştırma dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup bilimsel ve etik ilkelere uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

4. Şifa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Üye Listesi

Prof. Dr. Hüseyin VURAL (Etik Kurul Başkanı)	Yrd. Doç. Dr. Nazım İNTEPE (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)
Prof. Dr. Alp KAYUNT Üye	Prof. Dr. Yavuz AKBAŞ Üye
Prof. Dr. Hakan MOLLİAOĞLU Üye	Prof. Dr. Sarkan GÜÇLÜ Üye
Prof. Dr. Fehmi ÖZGÜNER Üye	Doç. Dr. Mustafa GÖREGEN Üye
Yrd. Doç. Dr. Ömer DEMİR Üye	Yrd. Doç. Dr. İbrahim Eren AKÇİÇEK Üye
Yrd. Doç. Dr. Murat YALÇIN Üye	Avukat İsmail SARI Üye
Alaettin ŞAHİN Üye	Mehmet ÇELİK Üye

ÖZGEÇMİŞ

Nazlı BAYKUŞ: 1975 yılında Ankara’da doğdu. 1995 yılında Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Önlisans Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2011 de Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden lisans tamamlayarak mezun oldu.

İş Tecrübeleri

1995-1998: Şifa Tıp Merkezi.

Hemşire. Acil Servis

1998-2001: Hemşire. Endoskopi Ünitesi

2001-2010: İzmir Şifa Hastanesi

Sorumlu Hemşire. Acil Servis. Poliklinik Hizmetleri

2010-2013: İzmir Şifa Üniversitesi Basmane Hastanesi

Sorumlu Hemşire. KDC. Kardiyoloji Kliniği

2013-2016: Başhemşire Yardımcısı

2015- : Eğitim Hemşiresi

Katılan Eğitim, Seminer ve Kongreler

- IQ Uluslararası Kalite Danış. ve Org. A.Ş. Veri Analiz ve Problem Çözme Konulu Eğitim 4-5 Mart 2008
- Şifa Hastaneler Grubu. Kardiyopulmoner Resusitasyon Eğitimi 09.07.2008
- The Methodist Hospital. Nursing Informatics and Leadership at the Bedside February 2013
- Hemşirelik Eğitim Derneği Rehber (Preseptör) Hemşire Eğitimi Kursu Ekim 2013
- Şifa Üniversitesi. Hemşirelikte Araştırma Çalıştayı 28 Şubat-1 Mart 2014

- Türev Eğitim Danışmanlığı Profesyonel Ekip Yönetimi Kasım 2014
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yara Bakımı ve Yönetimi Sempozyumu 11 Şubat 2015
- Adnan Menderes Üniversitesi 17. Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu Mart 2015
- T.C Sağlık Bakanlığı 2. Transfüzyon Tıbbı ve Kan Bankacılığı Sempozyumu Kasım 2015 Transfüzyon Hemşireliği ve Hemovijilans Kursu
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 4.Acil Hemşireliği Sempozyumu Acil Serviste Çalışan Güvenliği Kasım 2015
- İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu Nisan 2016
- P-118 Sağlık Çalışanlarının 2014 Yılı Kesici- Delici Alet İle Yaralanmalarının Değerlendirilmesi. Erol SEVİM. Nazlı BAYKUŞ. Zahide DOĞRUÖZ