

TC.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**18 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
SIKLIĞI, TİPİ, ŞİDDETİ, RİSK FAKTÖRLERİ VE  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeter AKKUŞ

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Gül PINAR**

Ankara, 2014



TC.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**18 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
SIKLIĞI, TİPİ, ŞİDDETİ, RİSK FAKTÖRLERİ VE  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yeter AKKUŞ

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Gül PINAR**

Ankara, 2014

**T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TEZ KABUL VE ONAY**

**18 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI, TİPİ,  
ŞİDDETİ, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yeter AKKUŞ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi  
17.06.2014

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Gül PINAR

Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Demet AKTAŞ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayan  
Enstitü Müdürü  
Doç Dr.Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezinin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim. ( 17.06.2014)

İmza

Yeter AKKUŞ

## **TEŞEKKÜR**

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi, öneri ve deneyimlerinden yararlandığım, desteğini, sabrını ve bilgisini benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gül PINAR'a teşekkürü bir borç bilirim. Anket çalışmalarında hastalarla buluşmamda yardımcı olan Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'nde hizmet veren tüm doktor ve hemşirelere, çalışma arkadaşlarıma, son olarak beni bugünlere getiren anne ve babama, sürekli yanımda olan, desteğini benden esirgemeyen sevgili eşim ve canım oğluma sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

**YETER AKKUŞ, 2014**

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	IX
<b>ABSTRACT</b> .....	X
<b>KISALTMALAR</b> .....	XI
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	XII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Kontinansın Tanımı .....	4
2.2. Üriner İnkontinans İnsidans ve Prevelans .....	5
2.3. Üriner İnkontinans Tipleri .....	6
2.4. Üriner İnkontinans Nedenleri .....	6
2.5. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri .....	7
2.5.1. Yaş .....	7
2.5.2. Menopoz.....	7
2.5.3. Gebelik ve Doğum .....	7
2.5.4. Histerektomi .....	8
2.5.5. Obezite .....	8
2.5.6. Konstipasyon .....	9
2.5.7. Kronik Hastalıklar .....	9
2.5.8. Sigara, Alkol ve Kafein .....	9
2.5.9. İdrar Yolu Enfeksiyonu .....	9
2.5.10. İlaçlar.....	9
2.5.11. Diğer Risk Faktörleri.....	10
2.6. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi.....	10
2.7. Üriner İnkontinansın Tedavisi.....	10
2.7.1. Konservatif Tedavi .....	11
2.7.1.1. Davranışsal Tedavi .....	11
2.7.1.2. Elektriksel Stimülasyon.....	14
2.7.2. İlaç Tedavisi .....	14
2.7.3. Cerrahi Tedavi .....	15
2.8. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi .....	16

2.9. Üriner İnkontinastan Korunmada Hemşirenin Rolü .....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	21
3.4.1. Bağımsız Değişkenler.....	21
3.4.2. Bağımlı Değişkenler .....	21
3.5. Veri Toplama Araçları .....	21
3.5.1. Kişisel Tanılama Formu .....	22
3.5.2. I-QOL İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği... ..	22
3.6. Verilerin Analizi.....	24
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	24
3.8. Çalışma Takvimi .....	25
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
4.1. Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular... ..	26
4.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	27
4.3. Kişisel Alışkanlıklarla İlgili Bulgular .....	29
4.4. Üriner İnkontinansla İlgili Bulgular.....	30
4.5. I-QOL- Yaşam Kalitesi Ölçeği İle İlgili Bulgular .....	35
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>56</b>
6.1. Sonuçlar .....	56
6.2. Öneriler .....	58
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>59</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>68</b>
<b>EK-1. ANKET FORMU... ..</b>	<b>68</b>
<b>EK-2. I-QOL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>72</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL RAPORU .....</b>	<b>74</b>
<b>EK-4. ÖLÇEK İZİN BELGESİ .....</b>	<b>75</b>
<b>EK-5. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>76</b>



## ÖZET

### **18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışma 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini oluşturan 150 kadın basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmanın sonuçları Kişisel Tanılama Formu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırma verileri bilgisayar ortamında SPSS 20 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde Mann Whitney U Testi, Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H Testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p \leq 0.05$  olarak alınmıştır.

Araştırmada kadınların üriner inkontinans prevalansının %86.7 olduğu ve %59.2 ile mikst tipin en yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Yaş, gebelik sayısı, parite, beden kitle indeksi, menopoz, doğum şekli, prolapsus ve sigara kullanımının üriner inkontinans riskini artırdığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kadınların yaklaşık yarısının bu sorunu uzun süredir, ped ve çamaşır değiştirecek düzeyde yaşadıkları ve her dört kişiden birinin bu durumdan olumsuz yönde etkilendikleri belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Araştırmada, inkontinans yaşam kalitesi ölçeği genel ortalaması  $56.7 \pm 23.28$  (min:22, max:110) olarak bulunmuştur. Buna göre kadınların yaşam kalitesinin yeterince iyi olmadığı, inkontinans süresi, miktarı ve ped kullanımı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda, kadınlar arasında üriner inkontinans sorunun yoğun olarak görüldüğü ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelerin üriner inkontinans risk faktörlerini bilmeleri, korunma, erken tanı, tedavi ve bakım alma konularında kadınları yönlendirmeleri ve bilinçlendirmeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın, Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi

## ABSTRACT

### **Evaluation of the Frequency, Type, Severity, Risk Factors of Urinary Incontinence and Its Impact on the Life Quality of the Women Who Over 18 Years.**

This study is intended to determine the frequency, type, risk factors of urinary incontinence and its impacts on the life quality of the women who over 18 years.

The study is planned as a definitive study, and the women who applied to Yildirim Beyazit University Ataturk Training and Research Hospital, Gynecology Polyclinic constitute the population of the study. 150 women who constitute the study sample were chosen by Simple Random Sampling method, and the results of the study were obtained using personal diagnostic form and incontinence quality of life questionnaire.

Data of the study were evaluated in computer environment through SPSS 20 package programme. Following distribution of the data while Mann Whitney U Test, Bonferroni-corrected Kruskal Wallis H test, Chi-Square. It's found that the discrepancy between the groups was significant when  $p \leq 0.05$ .

At the end of the study, it was found that prevalence of the urinary incontinence in the women was 86.7%, and that the mixed type among the incontinence types has the higher rate with 59%. According to study's data; age, pregnancy, parity, body mass index, menopause, birth type, prolapsus, and smoke increase the risk of incontinence ( $p < 0.05$ ). In the evaluation of incontinence features in women; approximately half of the women reported that they have this problem more time, will change their underwear and pads their level and one of every four people in this situation is determined that adversely affected many.

At the study, incontinence quality of life questionnaire general average of the questionnaire was  $56.7 \pm 23.28$  (min: 22, max: 110). According to analysis of the scale; women's quality of life is not good enough, incontinence duration, quantity and pad use increases the quality of life is determined to fall ( $p < 0.05$ ).

In the study, women who had a high prevalence of urinary incontinence problem of the quality of life were affected in a negative way. Therefore; the nurses should know the risk factors of urinary incontinence, prevention, early diagnosis, treatment and careso that they can show the women right direction and recommend them how to be aware of the issue and take necessary precautions themselves.

**Keywords:** Woman, Urinary Incontinence, Risk Factors, Quality of Life

## **KISALTMALAR**

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri  
**BKİ:** Beden Kitle İndeksi  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**HRT:** Hormon Replasman Tedavisi  
**ICS:** Uluslararası Kontinans Derneği  
**I-QOL:** Inkontinence Quality Of Life  
**İYE:** İdrar Yolu Enfeksiyonu  
**Üİ:** Üriner İnkontinans  
**YBÜ:** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

## TABLO DİZİNİ

Tablo 3.1. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanları.....	23
Tablo 3.2. Çalışma Takvimi .....	25
Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları .....	26
Tablo 4.2.1. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Dağılımı .....	27
Tablo 4.2.2. Kadınların Doğum Şekilleri ve Epizyotomiye Göre Dağılımı .....	28
Tablo 4.2.3. Kadınların Menopozal Özelliklerinin Dağılımı .....	28
Tablo 4.3.1. Kadınların Kişisel Alışkanlıklarına Göre Dağılımı .....	29
Tablo 4.4.1. Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Dağılımı .....	30
Tablo 4.4.2. Kadınların Üriner İnkontinans ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	31
Tablo 4.4.3. Üriner İnkontinans Tiplerinin Dağılımı .....	32
Tablo 4.4.4. Üriner İnkontinans İle İlgili Bilgi ve Tedavi Alma Durumunun Dağılımı.....	32
Tablo 4.4.5. Üriner İnkontinans İle Bireysel Özellikler Arasındaki İlişki .....	33
Tablo 4.4.6. Üriner İnkontinans İle Bazı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki .....	34
Tablo 4.5.1. Kadınların I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
Tablo 4.5.2. I-QOL Ölçeği ile Bireysel Özellikler Arasındaki İlişki .....	36
Tablo 4.5.3. I-QOL Ölçeği ile İlk Doğum, Son Doğum Yaşı ve Doğum Aralığı Arasındaki İlişki .....	37
Tablo 4.5.4. I-QOL Ölçeği ile Gebelik Sayısı, Doğum Sayısı, İkiz Gebelik, İri Bebek ve Distosia Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 4.5.5. I-QOL Ölçeği ile Menopoz ve HRT Alma Durumları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.5.6. I-QOL Ölçeği ile Sık İYE, Ailede İnkontinans, Koitusta İnkontinans ve İnkontinans Sıklığı Arasındaki İlişki .....	40
Tablo 4.5.7. I-QOL Ölçeği ile Ameliyat Öyküsü, Prolapsus, Diabet ve Kronik Öksürük Arasındaki İlişki .....	41
Tablo 4.5.8. I-QOL Ölçeği ile Üriner İnkontinans Arasındaki İlişki .....	42
Tablo 4.5.9. I-QOL Ölçeği ile İnkontinans Süresi, Miktarı, Ped Kullanımı, İnkontinans Şiddeti ve İnkontinanstan Etkilenme Durumları Arasındaki İlişki .....	43
Tablo 4.5.10. I-QOL Ölçeği ile Üriner İnkontinans ile İlgili Bilgi ve Tedavi Alma Durumu Arasındaki İlişkisi .....	44

## 1. GİRİŞ

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

Dünya’da ve ülkemizde kadınların yaşam süresi giderek uzadığından, herkese sağlık hedefleri içerisinde yer alan ‘yaşama sağlık ve anlam katılması’ kavramı önem kazanmaktadır (1,2,3). Özellikle çok ve sık aralıklarla doğum yapan kadınlarda pelvik destek yapılarının gevşemesine bağlı olarak Üriner İnkontinans (Üİ) görülebilmektedir (3,4).

Uluslararası Kontinans Derneği’nin (International Continence Society- ICS) tanımına göre Üİ; “objektif olarak ortaya konabilen, sosyal ve/veya hijyenik sorunlara yol açacak sıklık ve miktarda istem dışı idrar kaçıırma” şeklinde tanımlanmıştır (5,6).

Gerek sağlık personeli, gerekse hastalar tarafından çeşitli nedenlerle sıklıkla gözardı edilse de Üİ’in belki de en önemli olarak değerlendirebileceğimiz sonuçları, psikolojik ve sosyal komplikasyonlarıdır. Utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında, kendine olan güvenin azalması sonucunda sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyon, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (2-6). Üİ, hasta açısından olduğu kadar bakmakla yükümlü olan bakımvericiler ve sağlık profesyonelleri açısından da zahmetli bir durumdur. Özellikle gelişmiş ülkelerde, yaşlı bireylerin bakımevine yerleştirilmelerinde Üİ’in önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (7,8).

Üİ prevelansı her iki cinsiyet ve her yaş grubunda görülmekle birlikte, özellikle kadınları etkileyen bir sağlık problemidir. Üİ kadınlarda erkeklere oranla 2-5 kat fazla görülmektedir (7,8). Toplum içinde yaşayan yaşlıları hedef alan yurt dışı çalışmalarında, %8-%69 arasında değişen Üİ prevelans çalışmaları bildirilmekte olup, bu oran yaşlı bakımevi sakinlerinde %80'e kadar çıkmaktadır (9,10). Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalardaki metodolojik sorunlar ve sınırlamalar nedeniyle geniş bir dağılım ortaya çıkmaktadır. Üİ sıklığı İspanya'da %23, Fransa'da %44, Almanya'da %41, İngiltere'de %42 olarak bildirilmiştir (11). Bir meta analizi çalışmasında 30 ve 60 yaş arasındaki kadınlarda %29, 30 yaşından genç kadınlarda ise %16'sında Üİ görüldüğü bildirilmiştir (12). Başka bir çalışmada da 18 yaşın üzerinde son bir ay içinde görülen Üİ prevelansı; İspanya'da %15, Fransada %32, Almanya'da %34, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) %37 olarak bildirilmiştir. ABD'de kendi evlerinde yaşayan yaşlı hastalarda Üİ prevelansı %15-30 iken, bakımevlerinde bu oran %50'lere ulaşmaktadır (13).

Türkiye'de yapılmış çalışmalarda kadınlardaki Üİ prevelansı %16.4 ile %68.8 arasında bildirmiştir (14-17). Ülkemizde Benlioğlu'nun çalışmasında, 15 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevelansı %19.2 olarak bulunmuştur (16). Özerdoğan 20 yaş ve üzeri 625 kadın üzerinde yaptığı çalışmada Üİ prevelansını %25.8 olarak saptamıştır (15). Ekin ve arkadaşlarının 20 yaş üzeri 1400 kadın üzerinde yaptıkları prevelans çalışmasında 50 yaş üzeri kadınlarda Üİ prevelansını %58, tüm çalışma grubundaki prevelans oranını ise % 33.7 olarak belirlemişlerdir (17).

Üİ sorunu, sürekli ıslaklık, irritasyon ve kötü kokudan kaynaklanan rahatsızlıkların yanı sıra, kadınların kendilerinin kontrol edemediği, toplumsal katılımlarda önemli sıkıntılar yaşadıkları bir sorundur (18). Aynı zamanda Üİ fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan etkileri olan, kişiyi sosyal izolasyona kadar iten, depresyona neden olabilen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, hijyenik önlemleri artırma gereksinimi duydukları ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma sorunu nedeniyle cinsel ilişkiden uzak kalmak istedikleri bir durum haline gelebilmektedir (19).

Toplumsal yaşamda Üİ'nin erken saptanması ve müdahalesinde bazı güçlükler dikkati çekmektedir. Çoğu kadın Üİ şikayetini yaşın getirdiği bir durum olarak düşünmekte, normalize etmekte ve profesyonel yardım almamaktadır. Antenatal hizmetlerden her kadının eşit bir şekilde yararlanamaması, çok ve sık doğum, kötü hijyen koşulları, eğitimsizlik, utanma ya da toplum tarafından ayıplanma kaygısı ile Üİ üzeri örtülen bir konu haline gelmiştir. Oysa ki Üİ vakalarının birçoğu tedavi edilebilir ya da yakınmaları azaltılabilir özelliklere sahiptir. Burada en önemli unsur doğru tanı ve uygun tedaviyi sağlayacak dikkatli bir tanılamamanın yapılmasıdır (19).

Bu kadar sık görülmesine ve özellikle ilerleyen yaşlarda yaratacağı ciddi komplikasyonlarına rağmen Üİ, ihmal edilmiş bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Son yıllarda da Üİ konusunda eğitilmiş hemşireler hasta tanılamada, konservatif tedavi tekniklerini hastaya öğretip uygulamada multidisipliner sağlık ekibinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Bu anlamda hemşireler, kadınların Üİ risk faktörlerini değerlendirmeli, maruziyetlerini önleyerek korunma yolları hakkında danışmanlık sağlayabilmelidirler (17,20).

Yapılan incelemelerde ülkemizde Üİ ile ilgili sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanırken, obstetrik özelliklerle Üİ tipi, sıklığı, şiddeti, miktarının karşılaştırıldığı az sayıda çalışma olduğu saptanmıştır. Özellikle toplumsal açıdan önem arz eden ve ciddi komplikasyonları olan Üİ risk faktörlerin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu görüşten hareketle çalışma, kadınlarda Üİ sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Kontinans Tanımı

Kontinans; kişinin istediği zaman ve yerde kendi kontrolünde idrarını erteleyebilme yeteneğidir (7,8). Üİ, yeterli mesane depolama kapasitesini, etkili üretral kapanma mekanizmasını ve nörolojik kontrol mekanizmalarının entegrasyonunu gerektirmektedir (9).

Normal bir erişkinin mesanesi yaklaşık 500 ml idrar almaktadır. Mesane idrarla dolarken mesane içi basınçta çok küçük değişimler olup, işeme ihtiyacı tatminkar miktarda idrar birikene kadar baskılanmaktadır. Miksiyon, ponstaki miksiyon merkezince kontrol edilmektedir (8,9). Bu merkez, detrusor kontraksiyonları ile üretral relaksasyonun koordinasyonunu sağlamaktadır. Mesaneyi detrusor adı verilen düz kas oluşturmaktadır. Detrusor kasını, spinal korddan S2-4 düzeyinde ayrılan kolinerjik parasempatik sinirler inerve etmektedir. Bu sinirlerin uyarılması detrusor düz kasının kontraksiyonuna yol açar. Mesane boynunun düz kaslarının ve eksternal çizgili sfinkterin aynı anda olan relaksasyonu, idrarın mesane tamamen boşalana kadar obstrüksiyona uğramadan mesaneden çıkışını sağlamaktadır. Normal miksiyon mesanede idrar kalmayana kadar hızlı ve yumuşak bir şekilde sürebilmektedir (7-9).



## 2.2. Üriner İnkontinans İnsidans ve Prevelansı

Kadınlarda Üİ gerçek prevalansını saptamak oldukça zordur. Bunun nedenleri hastaların çekinme, utanma, Üİ'ı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algılaması ve tıbbi tedavinin iyi sonuç vermediği ön yargısının olmasıdır (20). Toplum temelli yapılan çalışmalar; yaşam kalitesini büyük ölçüde düşüren Üİ'ın, özellikle kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla olmakla birlikte toplumda ortalama %5-10 oranında görüldüğü ve bunların %1,5'nin tıbbi yardım aldıkları bildirilmektedir (12,13). Çalışmalar bir yıllık insidansın kadınlarda %20 olduğu ve bunların çoğunun hafif inkontinans olarak başladığını göstermektedir. Bunların çoğunun hafiften orta şiddetli inkontinansa ve tek tip semptomdan (stres veya urge) miks olgulara doğru progresyon gösterdikleri bildirilmiştir (13).

Üİ birey ve ailelerin yaşam kalitesini çok boyutlu etkileyen yaygın bir sorundur (21). Dünya genelinde toplum içinde yaşayan yaşlıları hedef alan çalışmalarda; % 8 ile %69 arasında değişen Üİ prevelans çalışmaları bildirilmekte olup, bu oran yaşlı bakımevi sakinlerinde %80'e kadar çıkmaktadır. Diokno ve arkadaşları tarafından Üİ prevelansını belirlemek için yapılan çalışmada; yaşlılarda Üİ hakkındaki en kapsamlı çalışmalardan biri olan 60 yaş ve üstündeki tüm kadınlarda Üİ prevalansını %37.6 olduğu belirlenmiştir (22). Bir başka çalışmada Üİ olan kadınların %26.7'sinde stres inkontinans, %9.1'inde urge inkontinans, %55.3'ünde miks tip inkontinans saptanmıştır (23). Hampel Üİ prevelansını 48 epidemiyolojik çalışmanın sonucu olarak %12-53; Thomas 21 çalışmanın sonuçları doğrultusunda %2-55 oranları arasında değiştiğini belirtmiştir (24,25). ABD dahil ülkelerde Üİ'ın kesin prevelansı bilinmemekle birlikte tüm toplumda kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü ve yaş ile arttığı belirtilmiştir (26-28). Bu durumun, toplumun değişen özellikleri, kaliteli uzman yetersizliği, Üİ tanılamadaki potansiyel güçlükler, hastaların tedavi yöntemlerini kabul etmemeleri, prevelans çalışma dizaynı ve klinik özelliklerinden kaynaklandığı bildirilmektedir (18,29).

Ülkemizde Üİ prevelansını belirlemek amacıyla sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Kadınlardaki Üİ prevelansı %16.4 ile %68 arasında bildirilmiştir (14,15,18,19,29). Turan'nın yaptığı çalışmada, Ankara bölgesinde 18-44 yaş arası doğurganlık çağındaki 1250 kadında yaptıkları çalışmada Üİ prevelansını %24.5

olarak bildirmişlerdir (30). Ateşkan'ın yaşlı Türk popülasyonunda yaptığı prevelans çalışmasında ise %39.7'dir (18).

### **2.3. Üriner İnkontinans Tipleri**

Üİ stres inkontinans, urge inkontinans, miks inkontinans, overflow (taşma tipi) inkontinans, bilinçsiz (refleks) inkontinans, fonksiyonel Üİ olmak üzere başlıca altı şekilde sınıflandırmaktadır. Bu inkontinans tipleri arasında en sık görülenin stres inkontinansı olduğunu bildirmiştir (5,29).

Urge İnkontinans; semptom olarak aniden güçlü bir miksiyon isteği ile (urge) gelen, bekletilmesi zor hatta mümkün olmayan istemsiz idrar kaçıışı; bulgu olarak ise idrar kaçıışının kontrol edilemeyen miksiyon aciliyetiyle eş zamanlı izlenmesidir (5,29).

Stres İnkontinans; semptom olarak, bir güç sarf edilmesi, öksürme, fizik aktivite, spor aktivitesi, pozisyon değişikliği gibi durumlarda idrar kaçırılması; bulgu olarak ise idrar kaçıışının öksürme, gülme ya da fizik aktivite ile eş zamanlı görülmesidir (5).

Mikst inkontinans; urge ve stres inkontinansın birlikte görülmesidir (29).

Bilinçsiz İnkontinans; idrarın urge ya da stres eşlik etmeksizin sürekli kaçırılmasıdır (31).

Taşma Tipi İnkontinansı; idrarın mesane kapasitesi asıldığında kaçırılmasıdır. İdrar retansiyonuna eşlik eden inkontinanstır (5,30).

Fonksiyonel İnkontinans; mesane ve üretra fonksiyonları normal olarak tespit edilmesine karşın Alzheimer, Parkinson ve artrit gibi, hastanın hareket kısıtlılığına neden olan durumlar sonucunda görülen idrar kaçırma problemi (5,30,31).

### **2.4. Üriner İnkontinans Nedenleri**

Üİ bir hastalık ya da yaşlanmanın doğal bir parçası değil, çeşitli nedenlerle oluşan bir belirtidir. Bu nedenler; mesane kaynaklı, üretra kaynaklı ve üriner sisteme bağlı olmayan nedenler olmak üzere 3 ana başlık altında incelenebilir (5).

Üİ'a yol açan faktörler arasında; yapısal ve dokuya ait bozukluklar, doğumlara ilişkin travmalar, yaşlanma ve estrojen eksikliği sonucu ortaya çıkan pelvis tabanındaki dejenerasyon, karın içi basıncını arttıran kronik akciğer hastalıkları, sigara, kronik kabızlık ve obezite yer almaktadır (9).

## 2.5. Üriner İnkontinansa Risk Faktörleri

**2.5.1. Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflar, üretra aşağıya doğru yer değiştirir, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve inkontinans görülme olasılığı artmaktadır (29). Özellikle yaşlılarda, üriner sistemin dışında kalan bazı faktörler nedeniyle inkontinans ortaya çıkabilmektedir. Üriner sisteme direkt müdahale edilmese bile, bu faktörlerin düzeltilmesi ile idrar kaçırma durumu düzelebilmektedir. İnkontinansın bu fonksiyonel nedenleri Resnick tarafından 'DIAPPERS' şeklinde özetlenmiştir (29,32):

D= Delirium (Deliryum)

I = Infection (Enfeksiyon)

A = Atrophy (Atrofi)

P = Pharmacologic agents (Farmakolojik Ajanlar)

P = Psychiatric disorders (Psikiyatrik Düzensizlikler)

E = Excess urine output (Asırı idrar çıkarma)

R = Restricted mobility (Hareket kısıtlılığı)

S = Stoll impaction (Dışkılama bozukluğu)

**2.5.2. Menopoz:** Üretra ve vajina ortak embriyolojik kökene sahip olduklarından; menopoz ile ürogenital atrofi gelişir, gelişen atrofi ürogenital destek dokusunda zayıflamaya ve inkontinansa neden olur (32).

**2.5.3. Gebelik ve Doğum:** Gebelikte idrar kaçırmanın en önemli nedeni; gebelik ile birlikte artan karın içi basıncının mesaneyi etkilemesi ve inkontinansa yol açmasıdır. Üİ görülme oranı gebelikten önce %4 iken, gebelik esnasında %32, gebelik sonrasında ise % 7'dir (32,33).

Literatürde her gebelikle birlikte paritenin Üİ'nin gelişiminde önemli bir faktör olduğu ve multiparlarda olasılığın daha fazla olduğu bildirilmektedir. Parite ve inkontinans arasındaki ilişkide yaşın da önemi vardır. Yaş ilerledikçe paritenin etkisi azalmaktadır. Sezaryen operasyonunun, doğum sonrası stres inkontinans oluşumundan koruduğunu bildirenler varsa da (33), sezaryen ile doğum yapanlarda stres inkontinansı gelişme riskinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (32).

Bazı çalışmalarda inkontinans ile operatif vajinal doğumlar (forseps, vakum), epizyotomi, perineal yırtıklar, doğumun ikinci evresinin süresi, bebeğin bas çevresi ve doğum ağırlığı arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (33,34). Literatürde vajinal doğumun prolapsus ve inkontinans için etiyolojik bir faktör olduğu bildirilmektedir (35).

**2.5.4. Histerektomi:** Genellikle Üİ, histerektomi ameliyatının bir komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Ameliyat sırasında pelvik sinir ve destek yapılarının travmatize olması, vaginanın kısaltılması, mesane destek yapılarının çıkarılması, cerrahi menopoz ve estrogen eksikliği sonucu Üİ gelişebilmektedir (34).

**2.5.5. Obezite:** Şişmanlık ve obezite inkontinansa yol açabilen ya da var olan inkontinansı daha da şiddetlendiren önemli bir faktördür. Şişmanlık, karın içi basıncı çok fazla artırdığından ve mesanenin kan akımı ile sinir inervasyonu olumsuz etkilendiğinden Üİ gelişebilmektedir.

Obezite ile birlikte pelvik yapılarda;

- Kronik gerilme,
- Esneme,
- Kas zayıflaması,
- Sinir zayıflaması meydana gelebilir (35,36).

Yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak BKİ değeri, çocuklarda, hamilelerde ve kas yapısı fazla olanlarda anlamlı sonuç vermez. BKİ değerine göre kişiler zayıf,

normal kilolu, fazla kilolu ve obez şeklinde gruplara ayrılmıştır (18.5 kg/m<sup>2</sup>'nin altında olanlar zayıf, 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar normal kilolu, 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar fazla kilolu, 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olanlar obez).

**2.5.6. Konstipasyon:** İkinma destek dokuların zayıflamasına neden olarak inkontinansa yol açmaktadır. Stres Üİ'sı ve prolapsusu olan kadınların defekasyon sırasında da fazla zorlandıkları tespit edilmiştir (36,37).

**2.5.7. Kronik Hastalıklar:** Kronik akciğer hastalıkları, kronik öksürük, endokrin hastalıklardan diyabetüs mellitus (DM), kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu travması ve bazı sinir sistemi hastalıkları inkontinansa neden olabilmektedir (36,37).

**2.5.8. Sigara, Alkol ve Kafein (çay, kahve, kola vb.):** Sigara içenlerde idrar kaçırma daha sık görülmektedir. Sigara, alkol, kafein gibi alışkanlıkların inkontinansın tüm tiplerinin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu ve riski 2-3 kat artırdığı bildirilmektedir (37,38).

**2.5.9. İdrar Yolu Enfeksiyonu (İYE):** Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, menopozy (estrojen eksikliği sonucu ürogenital flora değişir ve vajinal pH artar), az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar, ağır ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonuna sebep olabilmektedir. Enfeksiyon mukozal inflamasyon oluşturmakta ve bu durum involanter destrüktör kontraksiyonlara yol açmaktadır ve enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir (36-38).

**2.5.10. İlaçlar:** Üretra içindeki basıç daha çok üretra duvarındaki bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla artırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmektedir, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır. Bu ilaçlar dışında kullanılan antipsikotik, narkotik ilaçlar, sedatif ve antihistaminik ilaçlar da üriner inkontinansa risk faktörü olmaktadır (36,37).

**2.5.11. Diğer Risk Faktörleri:** Bu risk faktörleri dışında birçok risk faktörü de Üİ'ı etkilemektedir. Bunlar; ırk, cinsiyet, radyasyon, ağır egzersizler, spinal kord yaralanmaları, nörolojik hastalıklar ve enürezisdir (38).

## **2.6. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi**

Üİ, her yaşta kadını fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan etkileyen ciddi ve yaygın bir hastalıktır. Bu nedenle hastalara en etkin, zararsız ve en ucuz tedaviyi verebilmek için detaylı ve doğru bir değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Bu değerlendirme içinde; anamnez, üriner günlük, fizik muayene, ürojinekolojik testler, ürodinamik laboratuvar incelemeleri yer almaktadır (32,33).

Hastaların değerlendirilmesi bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip multidisipliner bir ekip çalışmasıyla sağlanır. Hemşirelerin, hastanın anamnezinin alınması, mental durum, çevre ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi, fizik muayene, testlerin yapılması, üriner günlüğün değerlendirilmesinde de önemli görevleri bulunmaktadır (32).

Hastalar genellikle idrar kaçırma sıklığını ve şiddetini tam olarak ifade etmekte güçlük çekebilmektedir. Bu açıdan objektif bir değerlendirmenin yapılabilmesi için hastalardan bir sonraki görüşme öncesinde bu amaçla düzenlenmiş bir üriner günlük tutmaları istenilebilmektedir (33,36). Üriner günlük formu hastanın 24 saat boyunca almış olduğu ve çıkardığı sıvı miktarı ve sıklığı, alınan sıvının cinsi, idrar kaçırma durumu ve tipini saatleri içermektedir. Bu doğrultuda idrar kaçırmanın olduğu anda hastanın yaptığı aktivite belirlenerek, buna göre inkontinansın streteni mi yoksa istirahat durumunda mı olduğu saptanabilmektedir (32).

## **2.7. Üriner İnkontinans Tedavisi**

Üİ tedavisinin amacı, İnkontinans sorununu önleyerek hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Cerrahi tedavi uygulanmadan önce konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesi literatürde ilke olarak kabul edilmektedir (39). Üİ'in

tedavisi, nedenine ve türüne göre yapılır. İnkontinan bir hastanın tedavisi amacıyla davranış, ilaç ve cerrahi temelli olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Bu seçenekler, taşıdıkları risklere ve hastanın şikayetlerini düzeltme potansiyeline göre tercih edilirler. Hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olması önerilmektedir (40).

## **2.7.1. Konservatif Tedavi**

### **2.7.1.1. Davranışsal Tedavi**

Düşük risk taşıdıkları ve hem stres inkontinans hem de urge inkontinans semptomlarının düzeltilmesini hedefledikleri için umut verici tedaviler olarak ilk sırada tercih edilmektedirler. Stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kasları biofeedback egzersizlerinin Arnold Keigel tarafından 1951’de öne sürülmesiyle ön plana çıkan alt üriner sistem disfonksiyonu davranış tedavileri oluşmuştur (37,38).

Bunlar;

Mesane Eğitimi: Tedavide ilk basamak mesane eğitimidir. Bu özellikle urge inkontinanstaki önemlidir. Aciliyeti geciktirmek için tuvalete koşulmamalıdır. Ayakta durmalı ya da oturmalıdır. Perineye basınç uygulanır, abdominal kasları relakse etmek için solunum egzersizi ve pelvik taban egzersizi yapılır. Eğer engel olunamıyorsa kaçırmayı önlemek için idrar yapılabilir.

Üİ’li bir kişi günde en az 4 lt sıvı almalıdır. Bu konstipasyonu önler. Lifli besinler alınmalıdır. Günlük idrar miktarı 1200-1600 ml olmalıdır. Kontinant bir kişi 4-6 kez gündüz ve bir iki kez de gece miksiyon yapar. Mesaneyi bosaltmak için her miksiyonda 300 ml kadar idrar yapmak gereklidir. Hasta daha sık ve daha az miktarda tuvalete çıkarsa bosalma olmayabilir. Kola, kahve, çay ve alkol idrar yapma ihtiyacını arttırabilir, urgensiye sebep olabilir, diyetten çıkarılmalıdır. Üİ’da fizik tedavi ve rehabilitasyon açısından ana basamaklar; egzersiz, elektrik stimülasyonu ve biofeedback’dir.

Davranış Modifikasyonu: Davranış modifikasyonu, pelvik taban kası rehabilitasyonunu içerir. Mesane ve pelvik taban kaslarının fizyolojik cevaplarını değiştirmeye odaklanırken, miksiyon alışkanlıkları daha az ön plandadır.

- Önce hasta biofeedback veya diğer metotlarla pelvik taban kaslarını tanır.
- Pelvik taban kaslarını selektif olarak, intraabdominal basıncı arttırmadan kasıp gevşetmeyi öğrenir.
- Mesane tabanı kasılması esnasında üretrayı kapatacak kasılmaları uygulamayı öğrenir (38).

En önemli konu; pelvik taban kontraksiyonlarının suprese edilerek urge inkontinansın engellenmesidir. Bu yaklaşımda, hastalar urge duygusuna daha farklı bir cevap vermek için eğitilirler.

- Tuvalet acilen koşmak yerine; intraabdominal basıncı artırır, Üİ'ı tetikleyecek duyuşal uyarılar yaratır.
- Hastalar farklı tepkiye yönlendirilir (faaliyete ara vermek, oturmak, tüm vücudu gevşetmek, pelvik taban kaslarını urge duygusu geçene kadar tekrar kasmak, kaçağın önlenmesi, urgenin kaybolması, tuvalet normal bir ritimde gidilmesi) (37,38).

Egzersiz: Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizlerini ilk kez 1951 yılında Kegel tarif ettiğinden dolayı Kegel egzersizleri olarak bilinmektedir. Mundy PFM (Pelvic floor muscle-pelvik taban kası)'yi üçüncü bir sfinkter olarak kabul etmektedir. Bu nedenle egzersiz ayrı bir önem kazanmaktadır. Egzersiz, özellikle stres inkontinansında pelvik taban kasını güçlendirmek için verilir (37). Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonusa ulaşınca ömür boyu devam edilmelidir. İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkileri ortaya çıkmaya başlar, 6-8 haftada şikayet azalır, 6 ayda da düzelme olur. Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması için daha uzun bir süre geçebilir. Yapılan çalışmalarda egzersiz süreleri 6 hafta ile 4 ay arasında değişmektedir. Eğer istenilen yanıt alınamazsa altta yatan başka bir neden araştırılmalıdır. Bu tip hastalarda kollajen yapının defektif olabileceği bildirilmiştir (33,38).



Egzersiziz kontrendikasyonu yoktur. En önemli endikasyonları prepartum ve postpartum dönemlerdir. Başarılı bir egzersiz programı için, öncelikle uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç veya premenopozal dönemde olması, semptomların kısa süreli olması ve stres inkontinansa başarı artar. Kasılma olmaksızın obezitenin kendisi intraabdominal basıncı artırır ve stres inkontinansa neden olabilir (33). Bu nedenle obez hastalarda başarı daha kısıtlıdır. Cerrahi girişim geçirme; etkinliği azaltır, çünkü oluşan skar dokusu kasların kasılma yeteneğini azaltır. Depresyon ve yorgunluk tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Egzersiziz avantajı; riski ve maliyeti olmaması, hastane dışı ortamlarda da uygulanabilmesidir (34).

**Biofeedback:** Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır (38).

İki çeşit biofeedback vardır: Termal biofeedback ve elektromiyografik biofeedback. Elektrik stimülasyonuna göre kişi daha bağımsızdır. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Egzersiz ve elektrik stimülasyonunda görsel bir feedback olmadığından istenmeyen kaslar da kasılabilir. Biofeedback ile bu olasılık biraz daha azdır. Pelvik taban kasının selektif kontrolünü sağlar. Haftada 3 kez 25-35 dk uygulanır, 10-20 seans sonunda istenen cevap elde edilir, program egzersiz ile devam etmelidir. Kegel 455 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada, % 90'ın üzerinde iyileşme saptamıştır (38,41).

**Vajinal Ağırlıklar:** Vajinal ağırlıklar ile pelvik taban kası egzersizlerinin doğru bir şekilde yapılması amaçlanır. Ağırlığın kayarak dışarı çıkmasını önlemenin, kadına kaslarını doğru bir şekilde kasmaı öğrettiği düşünülmektedir. Ağırlık, kası kuvvetlendirmek için yapılan egzersize direnç eklemektedir. Stres inkontinans tedavisinde faydalı olduğu gösterilmişse de bu çalışmaların bir kısmında yüksek oranda tedaviyi bırakma oranları ve yan etkiler bildirilmiştir (38).

**Diyet:** mesane günlüğüne bakılarak kişiye özel diyet programı hazırlanması gerekmektedir. Konstipasyon sıklıkla Üİ'la birlikte olduğundan lifli gıda ve yeterli sıvı alınması önemlidir. Kişi günde en az 1.5-2 lt sıvı almalıdır. Sıvı alımı kısıtlanmamalıdır. Az sıvı alımı sonucunda idrar dansitesindeki artış ve mesane

irritasyonuna neden olabilmektedir. Ayrıca kafeinli, asitli ve baharatlı yiyecek içecekler de mesane irritasyonunu artırmadaki özelliklerinden dolayı kısıtlamaya gidilmelidir (37,38).

#### 2.7.1.2. Elektriksel Stimulasyon

Elektriksel stimülasyon da alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılır. Orta frekanslı akımların yayılımı daha düzenlidir ve daha derine nüfuz eder. Bu akımlarla elektrodlar çıplak olarak deriye uygulansa bile kimyasal yanık veya sıcak yanığı tehlikesi yoktur. İnterferensiyel akım uygulaması elektrod ya da vajinal prob ile yapılabilir. Vajinal prob daha çok tercih edilmektedir. Vajinal probun iyice yerleştirilmesi tedavi etkinliği açısından önemlidir (42-44).

#### 2.7.2. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisinde amaç; destrüor kontraktiletiyi azaltarak istemsiz gelişen destrüor kontraksiyonları önlemek ve üretra kapanma basıncında artış kaydetmektir (42). Mesane boynu ve üretrada yoğun bir şekilde ‘adrenerjik reseptörler (alıcı hücreler)’ bulunmaktadır. Bu reseptörlerin uyarılması ile mesane çıkış direnci arttırılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmektedir, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır Yine antikolinergik, trisiklik antidepresan ve prostoglandin sentez inhibitörü ilaçların stres inkontinansa bağlı şikayetlerde azalma sağladığı izlenmiştir (43,44).

Mesane mukozası ve mukoza altı dokusunun uyarılarak dolaşımın arttırılması ve bu şekilde düz kas yanıtının arttırılması ve Üİ sağlanması amacıyla hastalara lokal estrogen uygulaması verilebilir. Özellikle postmenopozal dönemindeki kadınlara sprozatuvar, krem veya jel şeklindeki lokal estrogen uygulamaları hem üriner sistem irritasyonuna bağlı yakınmaları hem de inkontinansa bağlı şikayetlerin azalmasında fayda sağlamaktadır (44).

### 2.7.3. Cerrahi Tedavi

Konservatif tedaviye yanıt vermeyen ve ileri derecede kapasite azalması olan hastalarda cerrahi tedavi tercih edilir. Son yüzyılda Üİ'nin cerrahi tedavisi için 100'den fazla değişik teknik öne sürülmüştür. Bu ameliyatların kısa dönem başarı oranları uygulanan tekniğe göre %73-96 arasında değişmektedir. Genellikle ilk cerrahi girişimin başarı şansı en yüksektir. Üİ'da cerrahi tedavinin seçimi;

- İnkontinansın tipine,
- Eşlik eden pelvik prolapsus durumuna ve derecesine,
- Üretral skar varlığına,
- Hastanın yaş, kilo ve menopozal durumuna
- Cerrahın kişisel seçimine bağlıdır (45).

Sistosel, rektosel ve enterosel gibi eşlik eden patolojiler varsa, uygun cerrahi girişime karar verilerek vajinal yaklaşımla sarkmalar düzeltilmekte ve inkontinans giderilmektedir. Ameliyat tipinin seçiminde; hastanın genel durumu, üretranın testlerde hareketlilik durumu, ameliyat öncesi ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve uygulanacak tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır (45).

İnkontinans tedavisinde cerrahi işlemler vajinal ya da abdominal olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Bunlar (45,46);

Vajinal operasyonlar; Tension Free Vajinal Tape, Sling, Kolporofi Anterior, Rozz, Gittes, Stoney

Abdominal operasyonlar; Marshal- Marchetti- Krantz, Burch, Paravajinal operasyon, Sling operasyonlardır.

## 2.8. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Sağlık araştırmaları alanında “Yaşam Kalitesi”nin değerlendirmesine son yıllarda yoğun bir ilgi duyulmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesi kavramına bir farklı bir bakış kazandırılarak kaynağa yönelik çalışmalarla birlikte çeşitli hastalıklar için özel ölçekler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Pek çok boyutu içinde barındıran yaşam kalitesinin ölçülmesi, günümüzde sağlık çalışmalarında ve sağlık politikalarının sonuçlarının değerlendirilmesi ve yeni politikalar üretilmesinde rutin olarak kullanılmaktadır (51-53).

Üİ, bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur (34). İdrar kaçırma sosyal yaşantıyı, aile içi ilişkileri, fiziksel aktiviteleri, mesleki yaşantıyı, eğlence yaşamını etkileyebilmektedir (34-36). Weber’e göre idrar kaçırmanın gerçekleşmesi ya da kaçırma korkusu hastanın ev içi aktivitelerini, alışveriş yapma, yolculuk yapma, tatile çıkma, spor yapma gibi aktivitelerini, eğlence yaşamını, ev dışı aktivitelerini ve hobilerini bırakmasına ya da sınırlandırmasına, dini inançlarını yerine getirmede zorluk (namaz vb) yaşamasına yol açabilmektedir (38).

Üİ semptomlarını analiz eden ve yaşam kalitesine etkilerini inceleyen birçok anket ve ölçek vardır (19). Bunlar;

### Üİ’ın Semptomlarına Yönelik Anketler

- Urogenital Distress Inventory Short Form (UDI-6)
- Incontinence Severity Index (ISI)
- The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)

### Üİ’ a Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri

- Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)
- Incontinence Impact Questionnaire Short Form (IIQ-7)
- Kings Health Questionnaire (KHQ)
- Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL)

Üİ sorununu gizlemek için çoğu kadın detaylı hazırlık ya da ön hazırlık yaparak evden çıkmadan önce tuvalete gitme, ped kullanma veya yanına önlem amaçlı yedek giysi alma gibi önlemlere başvurabilmektedir. Bu nedenle yaşam tarzında bazı kısıtlayıcı (sıvı alımının kısıtlanması, tuvalet olmayan yerlere gitmeme, fiziksel aktivitelerden kaçınma vb) değişiklikler yapmak zorunda kalmaktadır (37).

Üİ, fiziksel olarak cilt döküntüleri, dermatit, mantar enfeksiyonları ve irritasyon bulgularından bası yaralarına kadar değişen yelpazede cilt lezyonlarına yol açabildiği gibi tekrarlayan İYE’de neden olabilmektedir. Ayrıca Üİ, uyku paterninin bozulmasında ve yaşlı bireylerde düşmelerden de sorumlu faktörlerin basında gelmektedir. Üİ’da yaşanan fiziksel sorunlara bağlı olarak önemli psikolojik ve sosyal komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır (36,38). Bu sorunlarıyla baş edebilmek için, emici pedler kullanma, sürekli çamaşır değiştirme, tuvaletlere yakın bir yaşam tarzı organize etme ve sıvı alımını kısıtlama gibi yöntemler geliştirerek yaşantılarında düzenlemeler yapmaktadırlar (39).

Arslan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma sonucunda kadınların yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarında ev işi yaparken sınırlama getirme ihtiyacı %59.4, alışveriş gibi dış ilişkileri sınırlama %56.7, uyku düzenini etkileme %43.2, yatılı misafirlikte etkilenme %35.2, uzun yolculukta etkilenme ise %21.6 olarak bulunmuştur (38).

## 2.9. Üriner İnkontinastan Korunmada Hemşirenin Rolü

Aslan'a göre günümüzde hemşirelik hizmetlerinin geniş bir tabana yayılması hemşireliğe yeni roller getirmiştir. Bu gelişmeye paralel olarak kontinans hemşirelerinin de son 10 yıl içinde rolü genişleyerek, Üİ'nin çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasına ve bakımın kalitesinin yükselmesinde hemşirelik rollerini kullanmasını zorunlu hale getirmiştir (49).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumlulukları bulunan hemşirelerin, Üİ ile ilgili konularda da çalışma yapmaları istenmektedir. Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinansı sürdürme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır (54). Üİ erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almak temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Üİ önlenmesi için öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir (54).

Üİ'nin gelişmesinde etkili risk faktörlerinden birisi de gebelik ve doğum eyleminde yaşanan olaylardır. Hemşireler, Üİ'nin önlenmesinde etkin rol oynamaktadır. Primer koruma kapsamında Üİ risklerine karşı bilgilendirme yaparak ve doğum eylemi sırasında müdahaleleri doğru ve zamanında yaparak sağlayabilirler. Üİ'ye yönelik verilecek eğitimde üzerinde durulması gereken konular aşağıda sıralanmıştır (54,55). Bunlar:

- Ağır cisimlerin kaldırmaması ya da çekilerek taşınmasının öğretilmesi,
- Normal sınırlarda kilo alımının sağlanması,
- Konstipasyon sorunu yasamalarının önlenmesi,
- Sigara kullanımının azaltılması ya da önlenmesi,
- Alkol ve kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddeleri kullanımının önlenmesi ya da azaltılması,

- Kadınlara gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra pelvik tabanlı Kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,
- Bebeğin doğumu sırasında perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perineye masaj uygulanması,
- Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (54).

Hemşirelik bakımının en önemli amaçlarından biri de hastalığın getirdiği kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır (53,56). Hemşirelikte araştırma alanları; özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psiko-sosyal yanıtını tanımak, hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek, hasta veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak, özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek, sağlık-hastalık sürecindeki zayıf dönemlerini tanımayı içerir. Hemşirelik yaklaşımları yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşmalıdır (51).

Bilgili ve arkadaşlarının belirttiğine göre; günümüzde yurt dışında yer alan kontinans merkezlerinde bu konuda eğitilmiş hemşirelerin %93'ü kontinans danışmanı olarak çalışmakta ve ekibin vazgeçilmez üyeleri arasında yer almaktadır. Bu merkezlerde çalışan hemşireler biofeed back, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, elektriksel stimülasyon gibi tedavi yöntemlerini ekiple birlikte ya da tek başına yürütmektedir (52). Ülkemizde Üİ ile ilgili hemşirelik adına çalışmalar son yıllarda artmıştır. 2008 yılında “Yara, Ostomi, İnkontinans Hemşireleri Derneği” kurulmuştur. Bu dernek sağlık sorunları olan insanlara bakım veren hemşireleri desteklemek ve mesleki gelişmelerini teşvik etmek amacı ile kurulan bir meslek örgütüdür (57).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, kadınların Üİ sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Haziran 2013 - Eylül 2013 tarihleri arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (YBÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğinde yapılmıştır. 540 yataklı, 30 poliklinik ve 5 yoğun bakım ünitesinden oluşan hastane 2004 yılında kurulmuş olup bünyesinde 259 uzman, 262 asistan ve 512 ebe-hemşire görev yapmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, hastanenin Jinekoloji Polikliniğine bir yıl içinde başvuran hastalar oluşturmuştur (N=2000). Araştırmanın örneklemi yapılan hesaplamaya göre 140 olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunu araştırma kriterlerine uyan kadınlar arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 150 kadın oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterlerini;

- Gebe olamayan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- En az okuryazarlığı olan,
- Araştırmayı kabul eden 18 yaş üstü kadınlar oluşturmaktadır.



### Örneklem Hesabı

$$n = \frac{t^2 \times (pq)}{d^2}$$

$\alpha$ = güven düzeyi (%5)

d= duyarlılık (0,08)

t= t tablosu istatistik değeri (1,96)

p= görülme olasılığı (0,5)

q= 1-p (0,5)

### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

#### 3.4.1. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların sosyo-demografik ve medikal özellikleri; yaş, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, parite, doğum aralığı vb.
- Üriner inkontinansla ilgili özellikler; şiddet, miktar, sıklık vb

#### 3.4.2. Bağımlı Değişkenler

- I-QOL ölçeği puanı
- Üriner inkontinans durumu

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerin toplanmasında “Kişisel Tanılama Formu” (EK 1), “I-QOL” (EK 2) kullanılmıştır. Hazırlanan anket formu öncelikle kapsam geçerliliği yönünden alanında uzman öğretim üyeleri tarafından değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda formlarda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Daha sonra formun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu oluşturan 15 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Araştırmayı kabul eden kadınlardan sözlü ya da yazılı onamları alındıktan sonra anketler yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dk sürmüştür.

### **3.5.1. Kişisel Tanılama Formu**

Bu form; kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik öyküleri, kişisel alışkanlıkları, Üİ sıklığı, tipi, şiddeti ve risk faktörlerini sorgulamaya yarayan sorulardan oluşmaktadır (52 soru).

### **3.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi- I-QOL Ölçeği**

28 sorudan oluşan ölçeğin ilk formu 1996 yılında Wagner, Patrick, Bavendam, Martin ve Buesching tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla ABD’de geliştirilmiştir. Ölçek 1999 yılında Patrick, Martin, Bushnell, Yalcın, Wagner ve Buesching tarafından tekrar gözden geçirilerek Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22’ye düşürülmüştür (19).

Ölçek, İngilizceden Türkçe’ye çevirisi yapılarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra Türkiye’de ilk olarak Nebahat Öztaç Özerdoğan tarafından kullanılmıştır (15).

I-OQL Ölçeği her biri 5’li Likert tipi cevap içeren 22 maddeden oluşan inkontinans hastalarda yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon) ve toplam skor değerleri kullanılır.

**Tablo 3.1.** Üriner I-QOL Ölçeği Alt Boyut Puanları

Madde Sayısı	Soru Sayısı	I-QOL Alt Boyutları	Max	Min
8 madde	1,2,3,4,10,11,13, 20	Davranışların Sınırlandırılması	40	8
9 madde	5,6,7,9,15,16,17,21,22	Psikososyal Etkilenme	45	9
5 madde	8,12,14,18, 19	Sosyal İzolasyon	25	5

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

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

$$IQOL \text{ toplam skor} = X/110.100$$

Çalışmada inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeğine ve alt skalalarına güvenirlik analizi uygulanmıştır. Buna göre; I-QOL ölçeğinin geneline ilişkin Cronbach's  $\alpha = 0.98$  olarak bulunmuştur, alt boyutların güvenirlik katsayıları ise sırası ile DS:0.95, PE: 0.96, Sİ:0.93 bulundu. Bu verilerden yola çıkarak katsayı 1'e yaklaştıkça güvenirlik artacağından dolayı I-QOL semptomlara ait yaşam kalitesi ölçeğinin inkontinan hastalarda güvenili bir ölçek olduğu söylenebilir.

### **3.6. Verilerin Analizi**

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS 20 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdesel dağılımları verilmiştir. Bütün verilerin ortalaması, standart sapması hesaplanmış ve veriler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Normallik testi sonunda, gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda ise normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilirken Fisher kesin ki-kare analizi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık incelenirken  $p \leq 0.05$  anlamlılık olarak alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için verilerin toplanacağı YBÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır (Ek-3). Anketler uygulanmadan önce de kadınların sözlü ve yazılı olarak izinleri alınmıştır. I-QOL ölçeği kullanılmadan önce elektronik ortamda gerekli izinler alınmıştır (Ek-4).

### 3.8. Çalışma Takvimi

Tablo 3.2. Çalışma Takvimi

Yapılan Çalışmalar	2013 Mart Mayıs	2013 Haziran Temmuz	2013 Ağustos Eylül	2013 Ekim Kasım	2013/14 Aralık Ocak	2014 Şubat Mart	2014 Nisan Mayıs	2014 Haziran
Literatür Taraması	X	X	X	X	X	X	X	
Konu Seçimi	X							
Tez Önerisi	X							
İzinlerin Alınması		X	X					
Düzeltilmelerin Yapılması ve Veri Toplama				X	X			
Tez Ara Raporu						X		
Verilerin Analizi						X		
Yorum ve Tez Yazımı							X	
Tez Sunumu								X

## 4. BULGULAR

Bu bölümde elde edilen bulgular beş başlıkta incelenmiştir: 1. Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular, 2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular, 3. Kişisel Alışkanlıklarla İlgili Bulgular, 4. Üİ ile İlgili Bulgular, 5. I-QOLYaşam Kalitesi Ölçeği İle İlgili Bulgular.

### 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler	N	%	
Yaş	≤34 yaş	30	20.0
	≥35 yaş	120	80.0
Eğitim durumu	Okur Yazar	31	20.6
	İlköğretim	34	22.7
	Lise	58	38.7
	≥ Üniversite	27	18.0
Çalışma durumu	Ev hanımı	87	58.0
	Çalışıyor	52	34.7
	Emekli	11	7.3
Sosyal güvence	Var	147	98.0
	Yok	3	2.0
Medeni durum	Evli	133	88.7
	Bekar	3	2.0
	Dul/Boşanmış	14	9.3
İlk evlilik yaşı	<20 yaş	69	46.0
	20-24 yaş	60	40.0
	≥25 yaş	21	14.0
Gelir durumu	İyi	37	24.7
	Orta	91	60.7
	Kötü	22	14.6
	<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1.1’de araştırma kapsamına alınan kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların %80’i ≥35 yaş (ortalama: 48.7±14.3, min:19, max:80), %42’si okuryazar ve ilkokul mezunu, %58’i ev hanımı,

%98'inin sosyal güvencesi bulunmakta, %88.7'si evli, %60.7'sinin gelir durumu orta düzeyde olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.1.1).

#### 4.2. Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2.1. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere İlişkin Dağılımı**

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler		N	%
Gebelik sayısı	≤3	105	70.0
	≥4	45	30.0
İlk doğum yaşı	<20 yaş	50	33.3
	20-24 yaş	60	40.0
	≥25 yaş	40	26.7
Son doğum yaşı	<25 yaş	13	10.4
	25-29 yaş	28	22.4
	30-34 yaş	37	29.6
	≥35 yaş	47	37.6
Doğum sayısı	≤3	113	75.3
	≥4	37	24.7
Doğum aralığı	<2 yıl	19	14.7
	≥2 yıl	108	85.0
Kürtaj sayısı	≤2	18	90.0
	≥3	2	10.0
Düşük sayısı	0	3	2.0
	1	119	79.3
	2	28	18.7
İkiz gebelik	Var	7	4.7
	Yok	143	95.3
İri bebek (≥4 kg)	Var	54	36.0
	Yok	96	64.0
Distosia (≥24 st doğum eylemi)	Var	41	27.3
	Yok	109	72.7
	<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2.1.'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kadınların %70'inin en az 3 gebelik, %75.3' ünün en az 3 doğum, % 33.3'ünün 20 yaş altında doğum yaptığı, %37.6'sının 35 yaş ve üzerinde doğum yaptığı, %14.7'sinin sık doğum yaptığı, %90'ının en az 2 kürtaj, %79.3'ünün en az bir düşük yaptığı görülmüştür. Çalışmaya

katılan kadınların %4.7'sinin ikiz gebelik, %36'sının iri bebek ve %27.3'ünün distosia deneyimi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.2. Kadınların Doğum Şekilleri ve Epizyotomiye Göre Dağılımı**

Doğum Şekli	1. doğum		2. doğum		3. doğum		4. doğum	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sezeryan	33	22	39	32.5	10	14.3	8	17.8
Vajinal	117	78	81	67.5	60	85.7	37	82.2
Epizyotomi	1. doğum		2. doğum		3. doğum		4. doğum	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Var	65	57.5	21	28.4	8	14.1	4	11.4
Yok	48	42.5	53	71.6	49	85.9	31	88.6

Tablo 4.2.2.'de kadınların doğum şekilleri ve epizyotomi ile ilgili özellikleri verilmiştir. Buna göre, kadınların %78'i birinci doğumlarını vajinal yolla yapmıştır. %57.5'inde epizyotomi deneyimi bulunmaktadır. Kadınların %82.2'si dördüncü doğumunu vajinal yolla yapmış olup, bu grupta epizyotomi oranı %11.4'tür.

**Tablo 4.2.3. Kadınların Menopozal Özelliklerinin Dağılımı**

Menopoz Özellikleri		N	%
Menopoz durumu	Evet	77	51.3
	Hayır	73	48.7
HRT kullanımı	Evet	35	23.3
	Hayır	115	76.7
	<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2.3'de kadınların menopozal özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 51.3'ü menopozda olup, % 23.3'ü menopoz sonrası HRT aldığını belirtmiştir.



### 4.3. Kişisel Alışkanlıklarla İlgili Bulgular

**Tablo 4.3.1. Kadınların Kişisel Alışkanlıklarına Göre Dağılımı**

Alışkanlıklar		N	%
Sigara ( $\geq 10$ adet /gün)	Evet	51	34.0
	Hayır	99	66.0
Alkol ( $\geq 2$ kadeh /hafta)	Evet	10	6.7
	Hayır	140	93.3
Kafeinli içecek ( $\geq 2$ fincan /gün)	Evet	82	54.7
	Hayır	68	45.3
Konstipasyon	Sık Sık	61	40.7
	Ara sıra	54	36.0
	Nadiren	26	17.3
	Hiç	9	6.0
	<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.3.1.'de kadınların kişisel alışkanlıklarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %66'sı sigara kullanmadığını, %93.3'ü alkol tüketmediğini ifade ederken, %54.7'si her gün 2 fincan ve üzerinde kafeinli içecek tükettiğini belirtmişlerdir. Kadınların %40.7'sinin ise sıklıkla konstipasyon sorunu yaşadıkları belirlenmiştir.

#### 4. 4. Üriner İnkontinans İle İlgili Bulgular

**Tablo 4.4.1. Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Dağılımı**

Üriner İnkontinans Risk Faktörleri		N	%
Sık idrara çıkma ( $\geq 5$ kez /gün)	Evet	122	81.3
	Hayır	28	18.7
Sık İYE geçirme	Evet	75	50.0
	Hayır	75	50.0
Genito-üriner sistem operasyonu	Evet	47	31.3
	Hayır	103	68.7
Prolapsus	Evet	50	33.3
	Hayır	100	66.7
DM	Evet	43	28.7
	Hayır	107	71.3
Kronik öksürük	Evet	34	22.7
	Hayır	116	77.3
Düzenli ilaç kullanımı*	Evet	55	36.7
	Hayır	95	63.3
	<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>

\*Antihipertansif, antidiabetik, antidiüretik, astım, troid ilaçları vb...

Tablo 4.4.1.'de Üİ ile ilgili risk faktörleri verilmiştir. Buna göre kadınların %50'sinin sık İYE geçirdikleri %31.3'ünün genito-üriner sistemle ilgili operasyon geçirdiği, %33.3'ünün prolapsus, %28.7'sinin DM, %22.7'sinin kronik öksürük ve % 36.7'sinin düzenli ilaç kullandıkları (%30.8'u antihipertansif, %26.3'i antidiabetik, %10.5'u troid, % 3'ü antidiüretik, % 3.5'i astım ilaçları) belirtilmiştir.

**Tablo 4.4.2. Kadınların Üriner İnkontinans İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

Üriner İnkontinans Özellikleri		N	%
Üriner İnkontinans	Evet	130	86.7
	Hayır	20	13.3
Ailede İnkontinans	Evet	55	42.3
	Hayır	75	57.7
Noktüri	Evet	91	70.0
	Hayır	39	30.0
İnkontinans Süresi	≤1 yıl	29	22.3
	2-4 yıl	61	46.9
	≥5 yıl	40	30.8
İnkontinans Sıklığı	≥ Bir kez /gün	57	43.8
	≥ Bir kez /hf	73	56.2
İnkontinans Miktarı*	Hafif	71	54.6
	Orta	33	25.4
	Ciddi	26	20.0
Ped Kullanımı	Hiç kullanmam	28	21.5
	≥ 1ped/gün	93	71.6
	≥ 1 ped/hf	9	6.9
İnkontinans Şiddeti	Hiç	3	2.4
	Çok az	53	40.7
	Bir miktar	40	30.7
	Çok fazla	34	26.2
İnkontinansdan Etkilenme Derecesi	Hiç	5	3.9
	Hafif	62	47.7
	Orta	29	22.3
	Oldukça fazla	34	26.1
Koital İnkontinans	Evet	51	39.2
	Hayır	79	60.8
	<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

\**Hafif*; birkaç damla, *Orta*; ped- çamaşırın nemlenmesi, *Ciddi*; ped ya da çamaşırın ıslanması

Tablo 4.4.2.'de kadınların %86.7'sinin Üİ sorunları yaşadığı, yaklaşık yarısının bu sorunu haftada birden fazla sıklıkta yaşadıkları ve 2-4 yıldır yaşadıkları, %26.2'sinin inkontinans şiddetinin çok fazla olduğu, yarıdan fazlasının günde birden fazla ped değiştirdiği, %45.4'ünün Üİ şiddetinin ped ve çamaşır değiştirecek düzeyde

olduğu ve %26.1'inin bu sorunların kendilerini çok fazla etkilediği belirlenmiştir. Kadınların %69.3'ünün noktüri, %39.2'sinin koitusta inkontinansı olduğu ve %42.3'ünün ailesinde Üİ öyküsü olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 4.4.3. Üriner İnkontinans Tiplerinin Dağılımı**

Üİ Tipleri*		N	%
Stres inkontinans	Evet	49	37.7
	Hayır	81	62.3
Urge inkontinans	Evet	4	3.1
	Hayır	126	96.9
Miks inkontinans	Evet	77	59.2
	Hayır	53	40.8
	<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

\* Stres inkontinans; karın içi basıncını artıran aktiviteler esnasında (gülme, hapşırma, esneme, öksürme, egzersiz yapma, eşya taşıma vb durumlarda idrar kaçırma durumu. Urge inkontinans; tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra idrarını tutamama durumu. Miks inkontinans; hem karın içi basıncını artıran aktiviteler esnasında hem de tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra idrarını tutamama durumu.

Tablo 4.4.3'de kadınların Üİ tiplerinin dağılımı verilmektedir. Buna göre, kadınların %59.2'sinin miks inkontinans, %37.7'sinin stres inkontinans, %3.1'inin urge inkontinans sorunu olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4.4. Üriner İnkontinans İle İlgili Bilgi-Tedavi Alma Durumunun Dağılımı**

İnkontinans İle İlgili Bilgi ve Tedavi Alma		N	%
İnkontinans Tedavisi Alma	Evet	77	59.2
	Hayır	53	40.8
İnkontinans İle İlgili Bilgi	Evet	61	44.8
	Hayır	69	55.2
	<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.4.4'de kadınların Üİ ile ilgili bilgi ve tedavi alma durumları verilmektedir. Kadınların %59.2'si Üİ şikayetine yönelik tedavi aldığını ve %55.2'si bu konuda yeterli bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.4.5. Üriner İnkontinans İle Bireysel Özellikler Arasındaki İlişki**

Özellikler		Üriner İnkontinans		Toplam (%)	İst. Analiz
		Var (%)	Yok (%)		p
Yaş	≤34 yaş	14.6	55.0	20.0	0.001*
	≥35 yaş	85.4	45.0	80.0	
Eğitim	Okur yazar değil	7.7	5.0	7.3	1.000*
	Okur yazar	15.4	0.0	13.3	
	İlköğretim	23.9	15.0	22.7	
	Lise	36.2	55.0	38.7	
	≥ Üniversite	16.9	25.0	18.0	
Sigara	Evet	35.4	25.0	34.0	0.510**
	Hayır	64.6	75.0	66.0	
Alkol	Evet	6.9	5.0	6.7	1.000*
	Hayır	93.1	95.0	93.3	
Kafein	Evet	59.2	25.0	54.7	0.009**
	Hayır	40.8	75.0	45.3	
Konstipasyon	Evet	96.2	75.0	94	0.004*
	Hayır	3.8	25.0	6	
BKİ	≤24.9 kg/m <sup>2</sup>	19.2	30.0	20.7	0.371*
	≥25 kg/m <sup>2</sup>	80.8	70.0	79.3	
	Toplam	100.0	100.0	100.0	

\*Ki-kare, \*\*Fisher Exact

Tablo 4.4.5. de Üİ yaşama durumu ile yaş, kafein kullanımı ve konstipasyon yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre ileri yaş grubunda, kafeinli içecek tüketenlerde ve konstipasyon sorunu yaşayanlarda Üİ oranı daha fazla görülmektedir.

Diğer değişkenler eğitim durumu, BKİ, sigara ve alkol kullanımı olanlarda Üİ fazla görülmekle birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.4.6. Üriner İnkontinans İle Bazı Risk Faktörleri Arasındaki İlişki**

Özellikler		Üriner İnkontinans		Toplam	İst. Analiz
		Var	Yok		p
Gravida	≤3	66.2	95.0	70.0	0.018**
	≥4	33.9	5.0	30.0	
Parite	≤3	72.3	95.0	75.3	0.027*
	≥4	27.7	5.0	24.7	
İri Bebek (≥4 kg)	Evet	40.0	10.0	36.0	0.019**
	Hayır	60.0	90.0	64.0	
Menapoz	Evet	57.7	10.0	51.3	0.001**
	Hayır	42.3	90.0	48.7	
HRT	Evet	26.1	5.0	23.3	0.045*
	Hayır	73.9	95.0	76.7	
Prolapsus	Evet	36.9	10.0	33.3	0.034**
	Hayır	63.1	90.0	66.7	
Çoğul gebelik	Evet	5.4	0.0	4.7	0.594*
	Hayır	94.6	100.0	95.3	
Distosia	Evet	30.0	10.0	27.3	0.110**
	Hayır	70.0	90.0	72.7	
İYE	Evet	47.7	65.0	50.0	0.230**
	Hayır	52.3	35.0	50.0	
Genito-üriner operasyon	Evet	33.9	15.0	31.3	0.152**
	Hayır	66.2	85.0	68.7	
DM	Evet	29.2	25.0	28.7	0.901**
	Hayır	70.7	75.0	71.3	
Kronik öksürük	Evet	24.6	10.0	22.7	0.249*
	Hayır	75.4	90.0	77.3	
Doğum Şekli	NVD	81.5	55.0	78.0	0.017*
	C/S	18.5	45.0	22.0	
Epizyotomi Öyküsü	Var	56.9	63.6	57.5	0.757*
	Yok	43.1	36.4	42.5	
	Toplam	100.0	100.0	100.0	

\*Ki-kare, \*\*Fisher Exact

Tablo 4.4.6. da Üİ yaşama durumu ile obstetrik riskler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre sık ve çok sayıda, normal doğum yapanlarda, iri bebek doğuranlarda prolapsusu olanlarda, menopozda olup HRT kullananlarda Üİ oranı daha fazla görülmektedir.

Diğer değişkenler çoğul gebelik, distosia, sık İYE geçirme, üreme organları ya da mesane ile ilgili bir ameliyat geçirme, epizyotomi, DM, kronik öksürük şikayetleri olanlarda Üİ fazla görülmekle birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.5. I-QOL Ölçeği İle İlgili Bulgular

**Tablo 4.5.1. Kadınların I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı**

I-QOL Ölçeği	N	Mean	Min	Max	SS
I-QOL puanı	130	<b>56,7</b>	22.0	110.0	23.3
Davranışların Sınırlanması-DS	130	<b>19.9</b>	8.0	40.0	8.5
Psikososyal Etkilenme-PE	130	<b>24.2</b>	9.0	45.0	10.0
Sosyal İzolasyon-Sİ	130	<b>12.5</b>	5.0	25.0	5.4

Tablo 4.5.1’de Üİ’lı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Bulunan sonuçlar 110 üzerinden olduğu için yüzlük sisteme çevirilmiştir. Ölçek genel ortalaması  $56.7 \pm 23.28$  (min:22, max:110) olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının ortalamaları incelendiğinde, DS puanı  $19.9 \pm 8.51$ , PE puanı  $24.2 \pm 10.01$  ve Sİ puanı  $12.5 \pm 5.42$ ’dir.

**Tablo 4.5.2. I-QOL Ölçeği ile Bireysel Özellikler Arasındaki İlişkisi**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	p	Mean	SS	p	Mean	SS	p	Mean	SS	P
<b>Yaş Dağılımı</b>													
34 yaş ve altı	19	83.4	18.5	<b>0.001</b>	29.8	6.4	<b>0.001</b>	34.6	7.9	<b>0.001</b>	19.0	4.7	<b>0.001</b>
35 yaş ve üzeri	111	58.8	22.2		20.57	8.1		25.3	9.7		12.9	5.0	
<b>BKİ</b>													
24.9 ve altı	25	76.8	18.0	<b>0.001</b>	27.3	6.7	<b>0.001</b>	31.8	7.4	<b>0.003</b>	17.6	4.4	<b>0.001</b>
25 ve üzeri	105	59.0	23.2		20.7	8.4		25.4	10.2		12.9	5.3	
<b>Sigara Kullanımı</b>													
Evet	46	60.9	24.1	0.256	21.5	8.9	0.338	26.3	10.6	0.421	13.2	5.4	<b>0.042</b>
Hayır	84	65.2	21.6		22.7	7.9		27.4	8.9		15.0	5.3	
<b>Alkol Kullanımı</b>													
Evet	9	61.8	23.5	0.342	21.7	8.6	0.270	26.5	10.1	0.526	13.7	5.4	0.175
Hayır	121	70.6	20.1		25.4	7.0		29.0	8.8		16.1	4.8	
<b>Kafein Kullanımı</b>													
Evet	77	61.3	20.5	0.524	21.7	7.7	0.844	25.9	8.8	0.256	13.7	4.5	0.977
Hayır	53	64.0	27.0		22.2	9.6		27.8	11.5		14.0	6.6	
<b>Toplam</b>	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.1		13.8	5.4	

Tablo 4.5.2.'de yaş grupları arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre yaşam kalitesi puanı 34 yaş ve altı bireylerde 35 yaş ve üzeri bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

BKİ grupları arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre BKİ arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Sigara kullanımı ile DS, PE ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemekle birlikte ( $p>0.05$ ) sigara kullanan bireylerde yaşam kalitesi puanı daha düşüktür.

Sigara kullanımı ile Sİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre, sigara kullanmayan bireylere yaşam kalitesi daha yüksektir.



Alkol kullanma ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Kafein tüketimi ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemekle birlikte ( $p>0.05$ ) kafeinli içecek kullanmayanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir.

**Tablo. 4.5.3. I-QOL Ölçeği İle İlk Doğum, Son Doğum Yaşı ve Doğum Aralığı Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	p	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>İlk doğum yaşı</b>													
20 yaş altı	47	53.3	23.0	<b>0.001</b>	18.6	8.0	<b>0.001</b>	23.1	10.4	<b>0.002</b>	11.7	5.5	<b>0.001</b>
20-24 yaş	48	63.0	24.0		22.1	8.9		27.2	10.5		13.7	5.3	
25 yaş ve üzeri	35	73.8	17.1		26.2	6.7		30.7	7.0		16.9	3.9	
<b>Son Doğum Yaşı</b>													
25 yaş altı	9	58.6	26.7	0.381	21.1	9.8	0.508	24.2	10.9	0.340	13.2	6.1	0.533
25-29 yaş	24	67.4	23.3		23.5	8.6		29.1	9.7		14.8	5.7	
30-34 yaş	35	58.9	21.9		20.6	8.0		25.4	9.9		12.9	4.6	
35 yaş ve üzeri	46	56.9	22.3		19.7	7.8		24.6	9.9		12.7	5.4	
<b>Toplam</b>	114	59.9	22.8		20.87	8.2		25.7	10.0		13.2	5.3	
<b>Doğum Aralığı</b>													
2 yıl altı	15	54.3	19.8	0.360	18.5	7.8	0.277	24.1	7.9	0.546	11.8	5.3	0.237
2 yıl ve üzeri	97	59.7	22.3		20.9	7.9		25.6	10.0		13.2	5.1	
<b>Toplam</b>	112	59.0	22.0		20.5	7.9		25.4	9.7		13.0	5.1	

Tablo 4.5.3.'te ilk doğum yaşı grupları arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi ölçek puanları ilk doğumunu 20 yaşın altında adölesan dönemde yapanlarda daha düşük bulunmuştur.

Son doğum yaşı grupları arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

Doğum aralığı grupları arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte doğum aralığı 2 yıl ve üzeri olan bireylerde yaşam kalitesi puanı daha yüksektir.

**Tablo 4.5.4. I-QOL Ölçeği ile Gebelik Sayısı, Doğum Sayısı, İkiz Gebelik, İri Bebek ve Distosia Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	p	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Gebelik sayısı</b>													
3 ve altı	86	67.4	21.8	<b>0.001</b>	23.9	8.1	<b>0.001</b>	28.4	9.2	<b>0.010</b>	15.1	5.0	<b>0.001</b>
4 ve üzeri	44	52.7	23.3		18.1	8.0		23.3	10.8		11.4	5.4	
<b>Doğum Sayısı</b>													
3 ve altı	94	66.9	22.1	<b>0.001</b>	23.6	8.2	<b>0.001</b>	28.4	9.4	<b>0.002</b>	14.9	5.1	<b>0.001</b>
4 ve üzeri	36	50.8	22.6		17.5	7.7		22.2	10.3		11.1	5.4	
<b>Çoğul gebelik</b>													
Evet	7	43.0	14.2	<b>0.025</b>	15.0	5.3	<b>0.023</b>	19.4	7.2	<b>0.047</b>	8.6	2.9	<b>0.008</b>
Hayır	123	63.5	23.2		22.3	8.5		27.1	10.0		14.1	5.4	
<b>İri bebek (<math>\geq 4</math> kg)</b>													
Evet	52	60.0	22.6	<b>0.048</b>	20.1	8.1	0.055	24.4	10.2	<b>0.037</b>	12.5	4.9	0.026
Hayır	78	66.0	23.2		23.1	8.6		28.2	9.7		14.7	5.6	
<b>Distosia</b>													
Evet	39	67.5	20.8	0.089	23.3	8.1	0.235	29.5	8.8	<b>0.046</b>	14.8	4.8	0.175
Hayır	91	60.2	24.1		21.3	8.6		25.5	10.3		13.4	5.6	
<b>Toplam</b>	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4	

Tablo 4.5.4.'te gebelik sayı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi ölçek puanı 4 ve üzerinde gebelik yaşayanlarda daha düşüktür.

Doğum sayısı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Yaşam kalitesi ölçek puanı 4 ve üzerinde doğum yapanlarda daha düşüktür.

Çoğul gebelik ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre, ikiz gebeliği olan bireylerde yaşam kalitesi daha düşüktür.

İri bebek doğurma ile PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). İri bebek doğuranlarda toplam yaşam kalitesi puanı daha düşüktür.

Distosia ile DS, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemekle birlikte ( $p>0.05$ ) distosia yaşayan bireylerde DS ve Sİ puanları daha düşüktür. Distosia ile PE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). PE puanı distosia yaşamayanlarda daha yüksektir.

**Tablo 4.5.5. I-QOL Ölçeği ile Menopoz Durumu ve HRT Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	p	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Menopoz</b>													
Evet	75	55.1	22.4	<b>0.001</b>	19.0	8.1	<b>0.001</b>	23.8	10.0	<b>0.001</b>	12.3	4.9	<b>0.001</b>
Hayır	55	72.4	20.8		25.9	7.5		30.6	8.7		15.9	5.4	
<b>HRT</b>													
Evet	34	48.9	18.8	<b>0.001</b>	16.9	6.9	<b>0.001</b>	20.8	8.1	<b>0.001</b>	11.2	4.3	<b>0.001</b>
Hayır	96	67.2	22.9		23.7	8.3		28.8	9.8		14.8	5.5	
<b>Toplam</b>	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.1		13.8	5.4	

Tablo 4.5.5.'te menopoz durumu ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre menopozda olan bireylerde yaşam kalitesi daha düşüktür.

Menopozda HRT alma durumu ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). HRT kullanmayanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir.

**Tablo 4.5.6. I-QOL Ölçeği İle Sık İYE Geçirme, Ailede Üİ Öyküsü, Koitusta İnkontinans ve Üİ Sıklığı Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	n	Mean	SS	P	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Sık İYE</b>													
Evet	62	66.5	24.0	0.069	23.1	8.9	0.135	28.5	10.4	<b>0.048</b>	15.0	5.3	<b>0.029</b>
Hayır	68	58.7	22.14		20.9	8.1		25.0	9.4		12.8	5.3	
<b>Ailede İnkontinans</b>													
Evet	55	63.6	20.4	0.825	22.3	8.2	0.566	27.1	8.5	0.772	13.7	4.5	0.992
Hayır	75	61.9	25.3		21.6	8.8		26.3	11.0		13.9	6.1	
<b>Koital İnkontinans</b>													
Evet	51	58.8	22.9	0.148	20.8	8.8	0.207	24.9	9.7	0.112	13.0	5.0	0.159
Hayır	79	64.8	23.3		22.6	8.3		27.8	10.1		14.4	5.6	
<b>İnkontinans Sıklığı</b>													
≥ 1 kez/gün	57	49.5	22.5	<b>0.001</b>	17.0	8.1	<b>0.001</b>	21.7	10.3	<b>0.001</b>	10.8	4.7	<b>0.001</b>
≥ 1 kez/ hf	73	72.5	18.5		25.7	6.7		30.6	7.9		16.2	4.7	
<b>Toplam</b>	130	62.4	23.23		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4	

Tablo 4.5.6.'da İYE geçirme ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ).

Ailede Üİ öyküsü ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Yaşam kalitesi puanı ailede idrar kaçırma öyküsü olmayan bireylerde daha yüksektir.

Üİ sıklığı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). İnkontinans sıklığı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Koitus sırasında idrar kaçırma ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemekle birlikte ( $p>0.05$ ) yaşam kalitesi puanı koitusta sırasında Üİ olan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 4.5.7. I-QOL Ölçeği İle Ameliyat Öyküsü, Prolapsus, Diabet ve Kronik Öksürük Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	P	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Ameliyat öyküsü</b>													
Evet	44	53.0	24.3	<b>0.001</b>	18.2	8.5	<b>0.001</b>	23.2	10.7	<b>0.004</b>	11.5	5.7	<b>0.001</b>
Hayır	86	67.3	21.3		23.8	7.9		28.4	9.2		15.0	4.9	
<b>Prolapsus</b>													
Evet	48	51.1	24.3	0.001	17.2	8.6	<b>0.001</b>	22.8	11.2	<b>0.001</b>	11.1	5.2	<b>0.001</b>
Hayır	82	69.1	20.0		24.7	7.2		28.9	8.5		15.4	4.9	
<b>DM</b>													
Evet	38	56.8	21.0	0.063	19.8	7.8	0.083	24.6	9.6	0.084	12.4	4.4	0.055
Hayır	92	64.7	23.9		22.8	8.7		27.5	10.1		14.4	5.7	
<b>Kronik Öksürük</b>													
Evet	32	65.0	22.1	0.492	22.8	8.7	0.458	27.2	9.3	0.673	14.9	4.5	0.149
Hayır	98	61.6	23.7		21.6	8.5		26.5	10.3		13.5	5.7	
<b>Toplam</b>	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4	

Tablo 4.5.7.'de ameliyat öyküsü ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi puanı ameliyat geçirmeyenlerde anlamlı derecede daha yüksektir.

Prolapsus durumu ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi puanı prolapsus yaşamayan bireylerde anlamlı derecede daha yüksektir.

DM varlığı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemekle birlikte ( $p > 0.05$ ) yaşam kalitesi puanı diabeti olmayan bireylerde daha yüksektir.

Kronik öksürük varlığı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.5.8. I-QOL Ölçeği İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	P	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Stres İnkontinans</b>													
Evet	49	49.5	25.3	0.001	17.1	9.1	0.001	21.7	11.4	0.001	10.8	5.5	0.001
Hayır	81	70.2	18.1		24.8	6.7		29.7	7.7		15.7	4.5	
<b>Urge İnkontinans</b>													
Evet	4*	81.3	30.4	-	26.8	12.6	-	36.5	9.8	-	18.0	8.1	-
Hayır	126	61.8	22.9		21.8	8.4		26.4	9.9		13.7	5.3	
<b>Miks İnkontinans</b>													
Evet	77	69.6	17.4	0.001	24.7	6.4	0.001	29.3	7.5	0.001	15.6	4.3	0.001
Hayır	53	51.9	26.7		17.9	9.6		22.8	11.9		11.3	5.9	
Toplam	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4	

\*Hücredeki sayı yetersizliğinden dolayı istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 4.5.8.'de stres üriner inkontinans ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Miks üriner inkontinans ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.5.9. I-QOL Ölçeği İle İnkontinans Süresi, Miktarı, Ped Kullanımı, Şiddeti ve Etkilenme Durumları Arasındaki İlişki**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor			
	N	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p	Mean	SS	p	
<b>İnkontinans süresi</b>														
≥1 Yıl	29	71.1	24.2	<b>0.016</b>	25.6	8.8	<b>0.003</b>	29.6	10.2	0.102	16.0	5.6	<b>0.005</b>	
2-4 Yıl	61	63.3	20.3		22.6	7.4		26.6	8.8		14.1	4.8		
≥5 Yıl	40	54.9	25.0		18.3	8.8		24.6	11.3		12.0	5.7		
<b>İnkontinans Miktarı</b>														
Hafif	71	73.4	17.6	<b>0.001</b>	26.2	6.3	<b>0.001</b>	30.8	7.9	<b>0.001</b>	16.3	4.2	<b>0.001</b>	
Orta	33	61.1	21.0		21.1	7.5		26.6	8.8		13.5	5.4		
Ciddi	26	34.2	13.8		11.2	4.2		15.5	8.0		7.4	2.4		
<b>Ped Kullanımı</b>														
Hiç Kullanmam	28	78.6	14.7	<b>0.001</b>	27.7	5.2	<b>0.001</b>	33.1	6.2	<b>0.001</b>	17.8	4.0	<b>0.001</b>	
≥1 ped/gün	93	56.6	22.7		19.9	8.4		24.4	10.0		12.4	5.0		
≥1ped/hft	9	71.8	25.8		25.1	9.1		30.4	10.5		16.2	6.6		
<b>İnkontinans Şiddeti</b>														
Hiç	3	100.7	8.1	-	34.7	4.6	-	41.7	2.9	-	24.3	0.6	-	
Çok az	53	74.9	15.6		26.7	5.9		31.5	6.8		16.7	3.8		
Bir Miktar	40	66.3	19.2		23.5	6.5		28.5	8.9		14.4	4.5		
Çok Fazla	34	90.6	19.1		23.3	5.2		31.5	11.2		15.8	4.7		
Toplam	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4		

\*Hafif; Birkaç damla, Orta; Ped- çamaşırın nemlenmesi, Ciddi; Ped ya da çamaşırın ıslanması.

Tablo 4.5.9.'da Üİ süresi ile PE puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmezken ( $p>0.05$ ), DS, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). İnkontinans süresi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

İnkontinans miktarı ve ped kullanımı ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre inkontinans miktarı ve ped kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

**Tablo 4.5.10. I-QOL Ölçeği İle Üİ ile İlgili Bilgi ve Tedavi Alma Durumu Arasındaki İlişkisi**

	I-QOL Total Skor				I-QOL DS Skor			I-QOL PE Skor			I-QOL Sİ Skor		
	N	Mean	SS	p	Mean	SS	P	Mean	SS	p	Mean	SS	p
<b>Tedavi Alma Durumu</b>													
Evet	77	56.5	22.6	<b>0.001</b>	19.7	8.5	<b>0.001</b>	24.0	9.6	<b>0.001</b>	12.8	5.1	<b>0.006</b>
Hayır	53	71.1	21.7		25.1	7.5		30.6	9.4		15.4	5.6	
<b>Bilgi Durumu</b>													
Evet	56	71.1	20.1	<b>0.001</b>	25.2	7.8	<b>0.001</b>	29.9	8.4	<b>0.002</b>	16.1	4.4	<b>0.001</b>
Hayır	74	55.9	23.5		19.5	8.5		24.2	10.5		12.1	5.6	
Toplam	130	62.4	23.3		21.9	8.5		26.7	10.0		13.8	5.4	

Tablo 4.5.11’da Üİ’ya ilişkin tedavi alma durumu ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Tedavi almayan bireylerde yaşamkalitesi puanı anlamlı derecede daha yüksektir.

Üİ ile ilgili bilgi alma durumu ile DS, PE, Sİ ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ). Üİ ile ilgili bilgisi olan bireylerde yaşam kalitesi anlamlı derecede daha yüksektir.



## 5. TARTIŞMA

Dünyada 200 milyondan fazla insan Üİ sorunu yaşamaktadır. Farklı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda Üİ prevalansı %8–69 arasında değişmekte olup, kadınlarda daha fazla görülmektedir (57-65). Çalışmamızda kadınların %86.7'sinin Üİ sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Konu ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalarda Üİ prevalansının %16-70 arasında değiştiği, bu oranın hastanede bakım alan hastalarda %80'e kadar ulaşabildiği görülmektedir (18,19,21,30,60,66,67). Çalışmamızın jinekolojik sorunlar nedeniyle polikliniğe başvuran kadınlar arasında yapılması, Üİ görülme oranını artırabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, inkontinans tipleri arasında en fazla miks inkontinans (%59.2) görüldüğü, bunu sırasıyla stres inkontinans (%37.7) ve urge inkontinansın (%3.1) izlediği saptanmıştır (Tablo 4.4.3). Çiftçi çalışmasında sıklıkla miks (%64.8) tip inkontinans görüldüğünü belirtirken, Kök ve Benlioğlu yapmış olduğu çalışmalar stres inkontinansın sıklıkla görüldüğünü saptamıştır (16,68,69). Hannestad ve arkadaşlarının 20 yaş ve üzerindeki kadınların %50'sinde stres inkontinans, %11.5'inde urge inkontinans ve %38.5'inde miks inkontinans olduğu belirlenmiştir (70). Zhu ve arkadaşlarının çinli kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %61'inde stres inkontinans, %8'inde urge inkontinans ve %31'inde miks inkontinans görüldüğünü saptamıştır (71). Çalışma sonuçlarına baktığımızda bizim ve Çiftçi'nin çalışmasında en fazla miks tip inkontinans saptanmışken diğer araştırmalarda en fazla stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Bunun çalışmaların farklı yaş grupları, bölge ve etnik gruplarla yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İdrar kaçırma şikayetinin ped kullanımı, sosyal izolasyon, kronik iritasyon ve enfeksiyon riski açısından kadın sağlığını tehdit eden biyo-psikolojik boyutu olmakla birlikte ekonomik boyutunun da olduğu göz önünde bulundurulması gerekmektedir (32). Bazı çalışmalarda kadınların ped kullanımı stres yaratabilecek bir unsur olarak görülse de inkontinansla baş etmede büyük oranda başvurulan bir yöntem haline gelmiştir (69,72). Çalışmamızda kadınların %71.5'inde idrar kaçırma nedeniyle günlük ped kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4.2). Akıncı çalışmasında idrar kaçırma nedeniyle kadınların %88.9'unun, Benlioğlu %52'sinin ped kullandıklarını belirtmiştir (16,72). Çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi kadınların geneli idrar kaçırmadan dolayı koruyucu olarak ped kullanmayı tercih etmektedirler.

Çalışmamızda kadınların %43.8'inin günde birden fazla, %56.2'sinin haftada birden fazla idrar kaçırma sorunu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Koçak ve arkadaşlarının 18 yaş üzeri 1012 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada 242 kadının Üİ sorunu yaşadıkları ve yaklaşık yarısının (%45.9) günde en az bir kez Üİ şikayetleri yaşadıkları tespit edilmiştir (73). Çalışmamız literatürü destekler nitelikte olup, kadınların yaklaşık yarısının bu ciddi sorunu hergün birden fazla kez yaşadığını vurgulamaktadır.

Araştırmada kadınlar Üİ miktarını tariflerken, birkaç damla idrar kaçırmaya “hafif”, ped ya da çamaşırın nemlenmesine “orta”, ped ya da çamaşırın ıslanmasına “ciddi” şeklinde tanımlamışlardır. Buna göre kadınlar %54.6 ile “hafif”, %25.4 ile “orta” ve %20.0 ile “ciddi” miktarda idrar kaçırma şikayetleri olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.4.2). Özerdoğan çalışmasında 161 kadının %36.1'inde “hafif”, %51.6'sında “orta”, %12.4'sinde “ciddi” düzeyde Üİ olduğunu bildirmiştir (74). Bu sonuç çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Araştırmamızda Üİ şiddeti incelendiğinde, yaklaşık her dört kadından birinin (%26.2) “şiddetli” Üİ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Koçak ve arkadaşları çalışmasında, kadınların sadece %4.5'inin şiddetli Üİ olduğunu belirtmiştir (73). Ateşkan ve arkadaşlarının yaşlı popülasyonunda Üİ değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, kadınların %26.3'ünün şiddetli Üİ yaşadığı tespit edilmiştir (18). Araştırmamızın bulguları ile diğer çalışma sonuçları karşılaştırıldığında çalışmamızda oranın yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç üzerinde çalışma grubunun daha çok orta ve üzeri yaş popülasyonundan oluşmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda Üİ'nin görülme süresi incelendiğinde, kadınların %22.3'ünün 1 yıldan az, %46.9'unun 2-4 yıl, %30.8'inin 5 yıldan daha fazla Üİ sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4.2). Koçak ve arkadaşları kadınların %66.5'inde 5 yıldan daha az, %20.7'inde 5-10 yıl ve %12.8'inde 10 yıldan daha uzun süre Üİ yaşadıklarını, Döndar ise kadınların %30'unda 1 yıldan daha az süre Üİ olduğu, %21.2'sinin 5 yıldan daha uzun süredir bu sorunu yaşadığı belirlenmiştir (73,75). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Bu durum bize Üİ kadınlar tarafından uzun süreli yaşansa bile yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılanmadığını, toplumda göz ardı edilip ertelenebilen bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Bu konuda birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum sağlığını koruma ve geliştirme anlamında sağlık personeline önemli görevler

düşmektedir. En önemlisi de bireylere sağlıklı ve konforlu bir yaşam talep etmeyi öğretme ve toplum bilincini artıran çalışmaların, tarama programlarının planlanmasıdır (61,74).

Üİ sebebi ile seksüel siklusun herhangi bir fazı etkilenebilmektedir. Kadında güven azalması, libido kaybı ve anksiyete görülebilmektedir ve bu nedenlerden dolayı libidoda azalma ile birlikte seksüel aktivite sıklığında azalma olabilmektedir. Tüm sorunları yaşamalarına rağmen kadınların çoğunluğu bu problemlerin konuşulmasından sıkıntı duyabilmekte ve üzerini örtebilmektedir (61,75). Çalışmamızda kadınlarda koitus sırasında Üİ görülme sıklığı %39.2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.2). Konuyla ilgili yapılmış diğer çalışmalara bakıldığında; Özerdoğan bu oranı %10.6, Döndar ise %47.5 olarak saptamışlardır (15,75). Güler'in doğurgan çağıdaki kadınlarla yaptığı çalışmada, her dört kişiden birinde koitusda Üİ yaşadığı ifade edilmektedir. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Üİ bulguları farklı yaklaşım ve tedaviler ile kontrol altına alınabilmektedir. Cerrahi dışında manyetik sandalye terapisi, vajinal kon kullanımı, egzersizlerin olumlu sonuçlar verdiği bilinmektedir (76). Yapılan çalışmalarda çoğu kadının idrar kaçırma bulgular görüldükten uzun bir süre sonra artık semptomlarla baş edemediklerini anladıklarında hastaneye başvurduları belirtilmektedir (73,74,75). (69). Çalışmamızda kadınların %40.8'inin Üİ nedeniyle herhangi bir tıbbi yardım almadıkları ve yarıdan fazlasının konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4.4). Kök çalışmasında Üİ nedeni ile hekime başvuran kadınların oranını %20, Özerdoğan, %27.3, Güneş ve arkadaşları %26.5 olarak belirtmişlerdir (74,76,77). Çalışmamızda idrar kaçırma şikayetine yönelik tıbbi yardım almama oranı diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların çoğunluğunu menopoza yakın ya da postmenopoz döneminde olan kadınlar oluşturmaktadır. Yaş ilerledikçe kendilerinde doğal olarak bu sorunların görülebileceğini kanıksamış olabilirler. Araştırma grubumuzdaki kadınların Üİ tedavisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları sağlık kurumuna başvurmada gecikmelerin yaşanmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu anlamda Üİ kontrol edilebilmesi açısından sağlık hizmetlerine ulaşmada kadınların yaşayabilecekleri engellerin araştırıldığı farklı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, kadınların yaş ortalamasının  $48.7 \pm 14.3$  (min:19, max:80) olduğu ve yaş ilerledikçe Üİ görülme sıklığının arttığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 1). Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflayarak üretra aşağıya doğru yer değiştirmekte, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve Üİ görülme olasılığı artmaktadır (13,18,62-64). Çiftçi, %58.3 oranında, Sarı, %70 oranında yaşla birlikte Üİ görülme sıklığının arttığını saptamıştır (56,68). Ateşkan ve ark.'nın çalışmasında genç yaş grubuna göre 65 yaş üstü kadınlarda Üİ bulgularının daha fazla oranda görülmesi istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (18). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe Üİ sıklığının azaldığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Literatürde, eğitim durumu ile Üİ arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Van Oyen ve arkadaşlarının Belçika'da yaptığı çalışmada, kadınlarda eğitim durumu arttıkça Üİ'nin azaldığı belirtilmiştir (79). Bektaş ve Benlioğlu'nun çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça Üİ sıklığının azaldığı, Kök ve Kocaöz'ün çalışmasında eğitim düzeyi ile Üİ prevalansı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (16,54,78-81). Çalışma sonuçlarına baktığımızda Kök ve Kocaöz'ün çalışma bulguları dışındaki diğer çalışma bulguları sonucumuzla paraleldir. Eğitimli grupta Üİ semptomların daha az görülmesinde sağlık bilincinin daha iy olabileceği ve genç yaş grubunda olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Gebelik esnasında progesteronun etkisiyle mesanenin kapasitesi ve damarlanması artmakta, alt üriner sistem organlarının kas tonüsü azalmaktadır. Uterusun büyümesi sonucunda ilerleyen gebelik aylarında mesaneye baskıdan dolayı sık sık idrara çıkma ve hatta stres Üİ görülebilmektedir (54,63). Literatürde her gebelikle birlikte paritenin Üİ'nin gelişiminde önemli bir faktör olduğu, özellikle prevelans artışının ilk doğumu takiben her bir ilave doğumda belirgin olduğu belirtilmektedir (74,82,83). Milsom ve arkadaşları ve Thomas ve arkadaşları çalışmasında doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının arttığını saptamıştır (63,82). Çiftçi Üİ sıklığı ve etkileyen faktörlere ilişkin yaptığı çalışmanın sonucunda hiç gebeliği

olmayanlarda Üİ sıklığını %25.3, gebeliği olanlarda %37.1 ve ikiden fazla gebeliği olanlarda %79 olarak tespit etmiştir (68). Çalışmamızda da diğer çalışma sonuçlarına benzer olarak parite arttıkça Üİ sıklığının arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Bu anlamda çalışmamızın bulguları literatür ile paralellik göstermektedir. Çalışmaların sonucunda antenatal izlemin eğitilmiş hemşireler tarafından yapılması, aile planlaması yöntemlerinin doğum öncesi ve sonrası eğitimlerle kişilere uygun olanların seçilmesi ile parite oranının azaltılabileceği düşünülmektedir.

Doğum şekli de Üİ için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Vajinal doğum esnasında pelvik fasiyal destek dokunun hasara uğramasından dolayı, fonksiyonel üretral uzunluk, üretral kapanma basıncı ve maksimum üretral basınçta azalma meydana gelmektedir (32,67,83). Vajinal doğumun Üİ sorunu yaşanmasında belirleyici olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (76,83). Benlioğlu'nun 15 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmasında da Üİ semptomlarının normal vajinal doğum yapanlarda anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur (16). Çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının vajinal yolla doğum yaptığı ve bu grubun Üİ sorunu ile daha fazla karşılaştıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Literatürde doğum sırasında epizyo açılmasının obstetrik bir travma oluşturması nedeniyle Üİ gelişiminde önemli rol aldığı vurgulanmaktadır (78-80). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunda epizyo uygulandığı ve idrar kaçırma durumunun bu grupta daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Turan ve arkadaşları çalışmasında da epizyo öyküsü olanların Üİ bulgularını daha fazla sıklıkta yaşadıkları vurgulanmıştır (30). Çalışma bulgularımıza ve diğer çalışmalarda elde edilen bulgulara göre vajinal doğum ve epizyotomi Üİ için bir risk faktörü olarak görülebilir (83). Çalışmaların ışığında; anne dostu hastane kriterleri doğrultusunda iyi bir bakım hizmeti ile distosianın önlenebileceği, ıkınma, sol teknik masaj ile gebelerin daha rahat ve doğal doğum yapabildikleri, epizyotominin tıbbi endikasyonsuz rutin tercih edilememesi gerektiği, tüm bu önlemlerle annelerin pelvik hasarının önlenebileceği belirtilmektedir. Sezaryan doğumlarda fasia kesimine bağlı hasarlar da meydana gelebileceği için zorunlu durumlarda sezaryana başvurulmalıdır. Parazzini ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına göre doğum yapmayan kadınlarla karşılaştırıldığında sezaryan öyküsü olanlarda stres üriner inkontinans riskinin arttığı tespit edilmiştir (32). Demirci ve arkadaşlarının çalışmasında ise tekrarlayan

sezaryen olgularında, vaginal doğum ile benzer stres üriner inkontinans oranları saptandığı bildirilmiştir (84).

Vajinal yoldan doğum yapan özellikle iri bebek doğuran ve doğumun 2. evresinin uzun sürdüğü hastalarda Üİ görülme sıklığı fazladır (1). Çalışmamızda Üİ ile iri bebek ( $\geq 4$  kg) öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Yapılan çalışmalarda geçmişte yaşanan doğum deneyiminin doğru orantılı olarak Üİ gelişiminde artışa neden olduğu belirtilmektedir (54,66). Yapılan diğer bir çalışmada ise iri bebek öyküsünün, ilk doğumu takiben postpartum ilk 5 yıl içinde kadınlarda Üİ gelişiminde etkili olduğu vurgulanmaktadır (67). Çalışmamızda literatüre paralel sonuçlar elde edilmiştir. Gebelik sürecinde etkin bir antenatal hizmet ve hastane imkanlarına kavuşma ile iri bebek olan durumların erken tespiti ile doğum şekli olarak sezeryanın tercih edilmesi halinde inkontinans düzeyinin mimuma indirilebileceği düşünülmektedir.

Klimakterik dönemde over hormonlarının gerilemesi ve gelişen atrofiye bağlı Üİ'ya yatkınlık artmaktadır. Araştırmamızda menopozlu kadınlarda Üİ oranı %57.7, olmayanlarda %42.3 olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.5). Karan ve arkadaşları menopozda olanlarda Üİ oranını %50, olmayanlarda %21, Kocaöz menopoza girenlerde bu oranı % 60.6, girmeyenlerde % 38.6 olarak bulmuştur. Her iki çalışmada da çalışmamıza paralel olarak menopoza girmenin Üİ prevalansını artırdığı saptanmıştır (54,85-87). Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Peyrat, Velazquez ve arkadaşları ise çalışmalarında menopoz ve Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (88-90).

Genel olarak menopoz dönemindeki kadınların yakınmalarını azaltmak amacı ile bu dönemde kadınlara HRT verilmektedir. Menopoz döneminde HRT almanın azalan östrojen seviyesini dengeleyeceği ve böylece inkontinans prevalansını azaltacağı düşünülmekle birlikte literatürde HRT kullanımı ile ilgili olarak farklı sonuçlar elde edilmiştir. Demirci ve arkadaşları HRT kullananlarda Üİ'nin daha az görüldüğünü belirtirken, Hsieh ve arkadaşları HRT kullananların Üİ sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir (84,91). Araştırmamızda HRT alan kadınların % 26.1'inde Üİ görülürken, almayanların %73.9'unda Üİ saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Sonuçlarla karşılaştırma yapıldığında çalışmamız Demirci ve arkadaşlarını destekler

yönde HRT almanın östrojen seviyesini olumlu yönde desteklemesi ile Üİ daha az görülmektedir.

Alkol, sigara gibi zararlı alışkanlıklar ile çay, kola ve kahve gibi mesane iritanlarının, ağır kaldırma ve kronik konstipasyon gibi pelvik taban ligamentine düşen yükün artmasına ve dolaylı yoldan Üİ'a yol açabileceği belirtilmektedir (92-95). Sigara içen kadınlarda estrojen seviyesinin ve kollajen sentezinin azaldığı saptanmıştır (32,85). Özdemir'in çalışmasında sigara kullanımı ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (91). Danforth ve arkadaşlarının 83355 kadında Üİ risk faktörleri belirlemek için yaptığı çalışmada olguların %35'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (96). Araştırmamızda da literatürle benzer şekilde Üİ olan kadınların %35.4'ü sigara kullanmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Kafeinli içecekler miksiyon sıklığını artırmak suretiyle boşaltılan idrarın volümünü etkileyebilmektedir. Kocaöz yaptığı çalışmada kahveyi sık tüketenlerde daha fazla (%55.6) oranda Üİ görüldüğünü belirtmiştir (3). Çalışmamızda da Üİ'ı olan kadınların %59.2'sinin her gün 2 fincan ve üzeri kafein tükettikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3.1). Bu durum bize mesane iritanları kullanımı yüksek oranda olanlarda Üİ'nin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuya yönelik koruyucu önlemlerin alınması, diğer risk faktörleri ve mesane iritanlarına yönelik bilgilendirmenin yapılması, sıvı alımı denetlenmesi için idrar günlüğü tutulması önerilebilir (97).

İYE'na neden olan mikroorganizmalar salgıladıkları anti-alfa adrenerjik endotoksinlerle ve mukozal inflamasyon nedeniyle Üİ'a neden olabilmektedir (98). Bektaş çalışmasında sık İYE geçiren kadınların %53'ünde Üİ görüldüğünü belirtmiştir (81). Çalışmamızda Üİ şikayeti olan kadınlarda İYE öyküsü saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4.5). Hormonal, anatomik değişiklikler, seks yaşamı ve bazı hijyenik alışkanlıklar İYE gelişmesine yol açabilmektedir. Yaygın kullanılan bazı geleneksel veya yanlış alışkanlıklar (menstruasyon sırasında kullanılan materyal, cinsel ilişki sonrası vajenin temizlenmesi, tuvalet sonrası temizlik vb...) zaman zaman İYE'na zemin hazırlamaktadır (99). Kadınlar İYE'a yönelik düzenli kontrollerine gitmeli, sebep olan mikroorganizmalardan tedavi yardımı ile korunarak Üİ risk faktörleri en aşağı çekilmelidir.

Ürogenital ameliyat geçirme durumu Üİ görülme sıklığını arttıran diğer faktörler arasında bulunmaktadır. Galloway ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada genito-üriner organ ameliyatı geçiren kadınların %90'ında Üİ görüldüğü belirlenmiştir. İnkontinans, pelvik organ prolapsusu ve ameliyatlarına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Sistosel ve uterus prolapsusu durumlarında karın içi üretro-vezikal bağlantı sağlanmaktadır. Bu durumlarda karın içi basınç yükseldiği zaman, mesaneye daha fazla basınç iletilmesi sonucunda idrar kaçırma görülebilmektedir (98-100). Bektaş çalışmasında prolapsusu olan kadınların %64'ünde idrar kaçırma şikayetinin eşlik ettiğini belirtmiştir (81). Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer olarak prolapsusu olan kadınlarda daha fazla oranda Üİ görüldüğü saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.5).

DM'nin nöropati sonucunda gelişen nörojenik mesane nedeniyle Üİ açısından önemli bir etken olduğu bildirilmektedir (98). Çalışmamızda aralarında anlamlı farklılık olamamakla birlikte DM olanlarda Üİ daha fazla oranda saptanmıştır. Ersan yaptığı çalışmada, DM olan kadınların %23.3'ünde Üİ görüldüğünü belirtmiştir (101). DM olanlar sık idrara çıktıklarından bazen tuvalete yetişemeyip idrarını kaçırabilmektedir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmadığından kişi idrarını tutamama sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Koçak ve arkadaşları DM olanlarda Üİ görülme sıklığını yüksek bulmuştur (73). Özdemir'in yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullananlarda Üİ görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (100).

Kronik konstipasyon, pudental sinirde gerilmeyle birlikte pelvik kas fonksiyonunda bozukluğa yol açabileceği ve mesane üzerinde basınca neden olabileceği belirlenmiştir (74). Kocaöz Üİ ile konstipasyon arasındaki ilişkiyi önemsiz bulurken, Zhu ve arkadaşları, Güneş ve arkadaşları ve Özerdoğan'ın çalışmalarında Üİ'nin sık konstipasyon yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (3,15,71,77). Çalışmamızda kronik konstipasyonu olan kadınlarda Üİ oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.5).

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili birçok tanımlamalar yapılmışsa da genel anlamda yaşam kalitesi; bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olmasıdır. Yaşam kalitesi kavramının içeriği,



hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içerisindedir. Sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır. Üİ yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi bir sorun olduğu kadar, psikolojik ve sosyal boyutları da bulunmaktadır. Literatürde Üİ'in yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönünde çalışmalar mevcuttur (52,53,102).

Van Brummen ve arkadaşları, Özerdoğan'ın, Kök'ün ve Choo ve arkadaşlarının çalışmasında Üİ sonucunda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (69,103,104,105). Yurt dışında Üİ ve yaşam kalitesi üzerine yapılmış çalışmalarda; Fransa'da ortalama puan 62, İspanya'da 42, İsveç'de 66, Almanya'da 51, Slovakya'da 64 olarak bulunmuştur (19). Çalışmamızda I-QOL ölçeği puan ortalaması da literatürle uyumlu olup, 56.7 (min: 22 max:110) olarak bulunmuştur. Buna göre, Üİ yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmamızda yaştaki artışla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.2). Özerdoğan çalışmasında yaş gruplarına göre kadınların yaşam kalitelerinin değişmediğini bulurken, Aslan ileri yaş grubundaki kadınların yaşam kalitesinin genç kadınlara oranla daha fazla etkilendiğini saptamıştır (71,74). Akıncı da kadınların yaş grupları ile yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı farklılık saptamamıştır (101).

Çalışmamızda BKİ ile I-QOL puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.2). Buna göre obezlerde yaşam kalitesi daha düşüktür. Obezitenin Üİ için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Obez kadınlarda karın içi basınç artışının daha belirgin olarak kontinans mekanizmasını bozduğu belirlenmiştir (106,107). Barber ve arkadaşları 444 stres Üİ'li hastayla yaptığı çalışmada obez olanlarda yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Dwyer ve arkadaşları da obezlerde Üİ daha fazla görüldüğü ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır (108,109).

Paritenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelediğimizde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık görülmektedir. Doğum sayısındaki artış ile birlikte yaşam kalitesi skorlarının düştüğü görülmüştür (Tablo 4.5.4). Akgün yaptığı çalışmada paritenin yaşam kalitesine etkisini incelemiştir. Buna göre, 4 ve üstü sayıda ve normal doğum yapanların yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmiştir (19,110).

Kadın hayatının yaklaşık üçte biri menopoz döneminde geçmektedir. Menopozun ortaya çıktığı yaşlarda kadında sıklıkla önemli bazı sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Bunların en önemlilerinden biri de Üİ'dir. Çalışmamızda menopozda olan inkontinanslı bireylerde yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.5). Menopoz genellikle kadın hayatının üreme fonksiyonları sonlandıktan sonraki doğal bir aşamasıdır. Menopozda meydana gelen hormonal değişiklikler Üİ'nin artmasına neden olmaktadır.

Kadınların Üİ ile yaşama sürelerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalara baktığımızda, Aslan ve Özerdoğan Üİ yaşama süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmişlerdir (15,106). Güler ise Üİ yaşama süresi arttıkça kadınların yaşam kalitesi özellikle ruhsal durumları ve genel sağlığının olumsuz yönde etkilendiği belirlemiştir (61,111). Çalışmamızda da Üİ yaşama süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5.10). Çalışmamızda ped kullananlarda yaşam kalitesi anlamlı derecede daha düşüktür. Koçak ve arkadaşları, Aslan ve arkadaşları, Döndar ve arkadaşları ve Özdemir çalışmalarında kullanılan ped sayısının artmasıyla yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmişlerdir (73,75,100,106). Fazla miktarda, şiddetli düzeyde ve uzun süre idrar kaçırma sorunu yaşayanların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmektedir. Bazı çalışmalarda depresyon riskinin direk olarak yaşanan Üİ'nin şiddetiyle ilişkili olduğunu ve sosyal fonksiyonda, yaşam kalitesinde azalma olduğunu göstermektedir. Üİ kadınlar üzerinde olumsuz psikolojik etki yaratsa da Üİ'nin eşlerin emosyonel sağlığı üzerine olan etkisinin de çok fazla olduğu düşünülmektedir (61).

Özdemir ve Özerdoğan çalışmasında ciddi inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesin daha düşük olduğunu belirtmiştir (15,90). Çalışmamızda da Üİ sorunundan ciddi düzeyde etkilendiğini belirten kadınlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Üİ'nin hergün olması, sıklığının ve şiddetinin artması kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde düşürmekte, gerekli psiko-sosyal destek alınmadığı taktirde ağrı, kontrolü kaybetme, yararsız hissetme, hayattan zevk almama gibi psikolojik etkilere de zemin hazırlamaktadır (112).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

YBÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü kadınların Üİ sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamındaki kadınların çoğunluğunu; 35 yaş ve üzeri (%80), lise ve üzeri eğitim seviyesinde (%56.7), ev hanımı (%58), sosyal güvencesi olan (%98), ekonomik durumlarını orta düzeyde (%60.7)olarak ifade eden kadınlardan oluşmaktadır.
- Çalışmamızda kadınların %86.7'sinde Üİ saptanmış olup, inkontinans tipleri arasında en fazla miks inkontinans (%59.2) görüldüğü, bunu sırasıyla stres inkontinans ve urge inkontinansın izlediği saptanmıştır. Çalışmamızda kadınların yarıdan fazlasının idrar kaçırma nedeniyle koruyucu olarak günlük ped kullandıkları, yaklaşık yarısının bu ciddi sorunu hergün birden fazla kez ve “ciddi” miktarda yaşadığını saptanmıştır. Üİ'li kadınların yarıdan fazlasının şikayetlerine yönelik tedavi aldıkları ve yarıya yakınının Üİ ile ilgili yeterli bilgilerinin olmadığı belirtilmiştir.
- Kadınların sosyo demografik özelliklerine göre üriner inkontinans görülme sıklığına baktığımızda, kadınların genel yaş ortalamalarının  $48.7 \pm 14.3$  (min:19, max:80) olduğu belirlenmiştir. Üİ bulgusu görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark önemli bulunmuş ve çoğunluğunun 35 yaş üstü olduğu saptanmıştır.
- Obstetrik risk faktörlerine göre Üİ görülme sıklığı incelendiğinde; parite arttıkça Üİ sıklığının arttığı, kadınların yarıdan fazlasının vajinal yolla doğum yaptığı ve bu grubun Üİ sorunu ile daha fazla oranda karşılaştıkları, büyük çoğunluğunda epizyo uygulandığı ve idrar kaçırma durumunun bu grupta daha fazla olduğu, geçmişte iri bebek ile ilgili yaşanan doğum deneyiminin

doğru orantılı olarak Üİ gelişiminde artışa neden olduğu saptanmıştır (p<0.05).

- Çalışmamızda kadınların yarısının menopozda olduğu ve Üİ oranlarının yüksek olduğu, HRT alan kadınlarda östrojen seviyesinin olumlu yönde desteklemesi ile Üİ'nin daha az görüldüğü tespit edilmiştir (p<0.05).
- Kişisel alışkanlıklara göre Üİ görülme sıklığı incelendiğinde, Üİ'si olan kadınların yarısından fazlasının her gün 2 fincan ve üzeri kafeinli içecek tüketmekte olduğu ve mesane iritanları kullanımı yüksek oranda olanlarda Üİ'nin daha yüksek olduğunu göstermektedir (p<0.05).
- Risk faktörlerinden BKİ, çoğul gebelik, distosia, ilk doğum ve son doğum yaşları, kronik hastalıklar, konstipasyon, İYE geçirme, ailede Üİ olması ve ürogenital organlarla ilgili geçirilen ameliyatlar ve Üİ görülme sıklığı aralarında oranlar yüksek olmasına rağmen anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aynı zamanda, sigara ve alkol kullananlarında oranları yüksek olmasına rağmen, bu durumlar anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).
- Üİ'li kadınların yaşam kalitesi düzeyleri I-QOL ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel ortalaması 56.7±23.28 (min:22, max:110) olarak bulunmuştur. Üİ'li kadınların yaşam kalitelerinin orta düzeyde etkilendiği belirlenmiştir.
- Üİ'li kadınlardan, normal doğum yapanların sezeryan doğum yapanlara göre; menopoz da olanların olmayanlara göre yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca HRT kullanmayanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir (p<0.05).
- Kişisel alışkanlıklarla yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında; sigara kullanmayan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek, alkol kullanımı ve kafeinli içecek tüketiminde ise yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Ancak kafeinli içecek kullanmayanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir (p<0.05).
- Üİ şikayetlerini uzun yıllardır yaşayanların yaşam süresi arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Üİ miktarı ve ped kullanımı ölçeğin alt boyutlarında anlamlı bulunmuş, Üİ miktarı ve ped kullanımı arttıkça yaşam kalitesi düşmekte olduğu saptanmıştır (p<0.05).

## 6.2. ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Çalışmamızda bir ya da daha fazla risk faktörü saptanan kadınların çoğunlukta olması nedeniyle; hemşirelerin çeşitli sebeplerle kadın doğum ve ürojinekoloji kliniklerine başvuran kadınlara Üİ risk faktörleri, erken tanı ve tedavi konusunda izlem yaparak eğitim vermesi,
- Üİ özellikle ileri yaş gruplarında daha sık görülmesine karşın genç kadın nüfusunda da görülmesi nedeniyle daha geniş örnekleme genç nüfusla yaşlı nüfusun karşılaştırılacağı çalışmaların yapılması,
- Çalışmamızda gravida ve parite sayısının Üİ sıklığını artırdığı belirlendiğinden kadınlara aile planlanması hizmetlerinin etkin ve sürekli sunumunun sağlanması,
- Epizyotomi, distosia durumlarında hemşire ve ebelerin Üİ'na neden olabilecek risk faktörleri konusunda farkındalıklarının artırılması amacıyla hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması,
- Üİ gelişmesini önlemek amacı ile kadınlara kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve bunların uygulanmasının bir yaşam tarzı haline getirilmesi konusunda bilgi verilmesi,
- Üİ'nin önlenme, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonun sağlanması amacıyla sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı ile hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları ve ekip içinde daha etkin rol almaları önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Akın A, Açıklan B. Türkiye’de kadın sağlığının durumu ve hedefler, *Sürekli Tıp Eğit Dergisi*, 1997, VI(3):98-9.
2. Ergöl S, Eroğlu K. Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin bilgi, *Uygulama ve Tutumları. Salığı ve Toplum Dergisi*, 2001,11(1): 49-57.
3. Kocaöz S. Etimesgut II Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi’ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2001.
4. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 4.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007,112,494.
5. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol*, 1990, 97:1-16.
6. International Continence Society. First report on the standartisation of terminology of lower urinary tract function. *Br J Urol*, 1976;48: 39-42.
7. Eskiuyurt N, Karan A. Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Eğitim Semineri. <http://www.itfftr.8k.com/uriner.htm> . 16 Mart 2013.
8. Karan A, Eskiuyurt N, Kızılkaya N, Yalçın Ö. Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, *Türk Fiz Tıp ve Reh Derg*, 1998,(3):36-40.
9. Arıdoğan A. Üriner İnkontinans. <http://med.cu.edu.tr/urology/dersnot/bolm12.ht> 07 Nisan 2013.
10. Digesu A, Toozs- Hobson P, Bidmead J, Cardoza L, Robinson D. Pregnancy, chilbirth and urinary incontinance: ceserean for all?. *Neurourol Urodyn*, 2000, 19(4):508-509.
11. Balcı O, Çapar M. Pelvik taban yetmezliğinin epidemiyolojisi, fizyolojisi ve etiyojisi. *Türkiye Klinikleri J İnt Med Sci*, 2005, 1(45);5-10.
12. Luber KM. The definition, prevelance and risk factors forr stres urinary incontinence. *Rev Urol*, 2004,6:3-9.

13. Samppelle CM, İller JM, Mims BL, et al. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol*, 1998,3:406-412.
14. Maral I, Özkardeş H, Peşkirioğlu L, Bumin MA. Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study. *J Urol*, 2001,165:408-412.
15. Özerdoğan N, Beji Kızılkaya N, Yalçın Ö. Urinary Incontinence: its Prevalence, Risk Factors, Effects on The Quality Of Life in Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2004, 58:145-150.
16. Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniversitesi, 2006.
17. Ekin M, Karayalçın M, Özcan U, Erdemlioğlu E. The Prevalence of Urinary Incontinence and its influence on the Quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Jour of Ank Med Sch*, 2004, 26(1):21-5.
18. Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M, Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatrics*. 2000, 3(2):45-50.
19. Akgün G. 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trakya: Trakya Üniversitesi, 2009.
20. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansda konservatif tedavi yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5(13);1-14.
21. Filiz TM, Uludağ C, Çınar N, Gorpelioğlu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. *Saudi Med J*, 2006, 27(11):1688-1692.
22. Shah J, Leach G. (Çeviri: Dursun NA). Üriner İnkontinans. İstanbul. Şan Ofset. 2001:7-58.
23. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet.*, 2003, 82:327-338.
24. Hampel C, Wienhold D, Benken N, et al. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol*, 1997,32:3-12.



25. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW, Prevalance of üriinary incontinence, *Br Med J*,1980, 281, 1243-1245 p.
26. Vaart CH, Leeuw JRJ, Roovers JPWR, Heintz APM. The effects of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women, *BJU İnternational*, 2002, 90,544-549.
27. Bogner HR, Gallo J, Sammel MD, Ford DE, Armenian HK, Eaton W. Urinary Incontinence and Psychological Distress in Communtiy- Dwelling Older Adults, *JAGS*, 2002, 50:489-495.
28. Hollyrod Leduc JM, Straus ES, Management of urinary incontinence in women, *JAMA*, 2004: 986-995.
29. Papuçcu R. *Pelvik Relaksasyon ve Urojinekoloji, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı*, GATA Basımevi, Ankara, 2000,549-555.
30. Turan C, Zorlu CG, Ekin M, Hançerlioğlu N, Saraçoğlu F. Uinary incontinence in women reproductive age, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1996, 41,27.
31. Güner H. *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000,19-21.
32. Parazzini F, Colli E, Origgi G, et al . Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol*, 2000:37: 637-643.
33. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*, 1992; 79:945–949
34. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*, 2003; 348: 900–907.
35. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *Am J Public Health*, 1999, 89: 209.
36. Fine PM, Antonini TG, Appell R, Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*, 2004, 47: 44–52.
37. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*, 1992, 167: 1213-1218.
38. Bates F. Assesment of the female patient with üriinary incontinence, *Urologic Nursing*, 2002, 305-317.
39. 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.

40. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 1996, 47: 67–72.
41. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama*, 1991, 265: 609-613.
42. Adams C, Frahm J. Genitourinary System. WB Saunders Company, Philadelphia, 1995, 1: 459–504.
43. Barker AT, Freeston IL, Jalinous R. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. *Lancet*, 1985, 1: 1106–1107.
44. . Barker AT, Freeston IL, Jalinous R, Jarratt JA. Magnetic stimulation of the human brain and peripheral nervous system: an introduction and the results of an initial clinical evaluation. *Neurosurgery*, 1987, 20: 100–109.
45. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. *Qual Life Res*, 1994, 3: 291–306.
46. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*, 1990,153: 7-31.
47. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam, Kluwer, 1994, 19-34.
48. Levine RJ. Quality of life assessments in clinical trials: an ethical perspective. In: Spilker B (editor). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1996, 51:489-95.
49. Gerharz EW and Emberton M. Quality of life research in urology. *World J Urol*, 1999, 17: 191-2.
50. World Health Organization. The constitution of the WHO. *WHO Chronicle*, 1947, 1: 29
51. Ganz P, Reuben D. Assessment of health status and outcomes: Quality of life and geriatric assessment. In: Hunter C, Johnson K, Muss H (eds), *Cancer in the Elderly*. New York, Marcel Dekker Inc. 2000.
52. Bilgili, N. Akın, B. Ege, E. Ayaz, S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2008, 28: 487-493.

53. Akdeniz C, Aydemir O, Akdeniz F, Gulseren Ş, Kultur S. Sağlık düzeyi ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 1999, 9(2): 104-108.
54. Kocaöz S, Talas M, Atabekoğlu C, Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life, *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 23-24:3314–3323.
55. Arslan H, Kömürcü N, Gençalp SN, Eryılmaz H, Engin F, Eksi Z ve ark. *Üriner İnkontinanslı Kadınların Yasadıkları Sorunlar ve Bunlarla Basa Çıkma Yolları. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstrakt Kitabı*, İstanbul,1999, 17.
56. Sarı D. Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi. 2007,74-75.
57. <http://www.yoihd.org.tr/sayfa.aspx?id=85>. 28 Mayıs 2014.
58. Haken J. The role of continense advisor. Ed: Cardozo L, *Urogynecology*. Churchill Livingstone, New York, 1997, 633-642.
59. Dinç A, Kızılkaya BN. *Hemşirelik Bülteni*, Lv. Baskı. İstanbul. Gelişim Matbaa. 1999, 373-382.
60. Karanisoğlu H, Oskay Ü. Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. *Şişli Etfal Hast Hems Derg*, 1998, 1(5):61-7.
61. Rortveit G, Hunskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: The Norwegian Hunt/Epincout Study, *AJOG*, 2006, 195(2): 433:438.
62. Milsom I, Ekelund P, Molander U et. al. The Influence of Age, Parity, Oral Contraception, Hysterectomy and Menopause on The Prevalence of Urinary Incontinence in Women, *J Urol*, 1993, 149 (6): 1459-62
63. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F et. al. Prevalence and risk factors of Urinary incontinence in young and middle-age women: *BJU Int*, 2002,89:61-66.
64. Burgio KL (a), Pearce KL., Lucco A.J, Staying Dry: A Practical Guide to Bladder Control. The Johns Hopkins University, London,1989.
65. Wolters MD, *Epidemiology and Social Impact of Urinary İnkontinensce*: Clinical Urogynecology, Wolters MD, Karram MM (Ed), St Louis Missouri, Mosby - Year Book,1993.
66. Güler TC. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.2006,119-120.

67. Kocaöz S. Etimesgut II No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniv; 2001.
68. Çiftçi Ö. Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halıksağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi. 2009, 29-30.
69. Kök G. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yasama Etkisinin İncelenmesi (Tez). Ankara: GATA; 2005.
70. Hannestad YS, Rotvoit G, DaltveitAK, Hunskaar S. Are Smoking and Other Lifestyle Factors associated With Female Urinary Incontinence? The Norwegian EPİNCONT Study, International Journal of Obstetrics and Gynecology, 2003, 110,247-254.
71. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The Prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause*, 2008, 15(3): 566-9.
72. Akıncı NA, Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2009.
73. Koçak I, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the West of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol*, 2005, 48:634-41.
74. Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniv; 2003.
75. Dönder Ç, Üriner İnkontinansın Kadın Cinsel Fonksiyonları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006, 137.
76. Hunskaar S, Lose G, Sykes D et. al. The Pervallence of Urinary incontinence in Women in Four European Countries, *BJU international*, 2004, 93: 324-330.
77. Güneş G, Günes A, Pehlivan E. Malatya Yesilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler: *V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, İstanbul, 1996.

78. Çetinel B. *Yaşlılarda İdrar İnkontinansı, Geriatrik Hasta Ve Sorunları Sempozyumu Kitabı*. İstanbul. 1998,83-93.
79. Van Oyen, H, Van Oyen, P. Urinary Incontinence in Belgium, Prevalence, Correlates and Psychosocial Consequences, *Acta Clin Belg*, 2002, 57 (4):207-218
80. Ortiz OC. Stres Ürinary İnkontinence İn The Gynecological Practice, *İnternational Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 2004, 86,6-16.
81. Bektaş AH. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
82. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW, Prevalance of ürinary incontinence, *Br Med J*,1980, 281, 1243-1245 p.
83. Weber AM, Walters MD, Epidemiology and social impact of urinary and fecal incontinence. Mosby inc. *St. Louis* 1999, 25-33.
84. Demirci F, Özden S, Yücel N, Yatlı S, Demirci E. Türkiyede Postmenopozal kadınlarda İnkontinans Prevalansı. *İst Jin ve Obst Derg*, 1999, 3: 138-42.
85. Skonner MM, Thomson WD, Caren VA. Factors associated with risk of urinary incontinence in womwn. *J Nurs Res*. 1994:43:301-6.
86. Tetzsehner T, Sorensen M, Jonsson L, et al, Delivery and Pudental Nerve Function, *Acta Obs Gyn Scand*,1997, 76: 324–31.
87. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Isıkoğlu M, Yalçın Ö, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yasam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile ilişkisi. *Geriatri*, 2000, 3(3): 102-6.
88. Salinas CJ, Virseda CM, Teba del PF, Vazquez AD, Adot ZJM. Urinary incontinence in menopause. *Arch Esp Urol*, 2000, 53(4):349-54.
89. Peyrat L, Hailot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. *BJU Int* 2002; 89(1):61-6.
90. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecol Obstet Mex*, 2007; 75(6):347-56.
91. Hsieh CH, Su TH, Chang ST, Lin SH, Lee MC, Lee MY. Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008; 100(2):171-4.

92. Viktrup L (b), Lose G, Epidural Anesthesia During Labor and Stress Incontinence After Delivery, *Obstet Gynecol*, 1993, 82:984-986
93. Demir Ü, Saruhan A. Menopoz Yakınmaları Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkilerinin İncelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar; Eylül 1998; Ege Üniversitesi, İzmir; 265-9.
94. Özcebe H, Üstünöz A. Menopoz ve Postmenopozal Dönemde Kadın Sağlığı. *Aktüel Tıp Derg*, 2001, 6(1):60-2.
95. Kızılkaya N, Yalçın Ö. Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Elektriksel Stimülasyon ve Kegel Egzersizinin Pelvik Kas Gücü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 1998, Ankara; 19.
96. Danforth K., Townsend M., Lifford K., Curhan G., Resnick N., Grodstein F., Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006, 194, 339-345 p.
97. Scott LR, Diasia PJ, Hammond CB, et al, *Obstetrik ve Jinekoloji*, Ed. Prof Dr. Selçuk Erez, 6.Bs., Yüce Yayınları, 1992, İstanbul
98. Galloway NT, El-Galley RE, Sand PK, Appell RA, Russell HW, Carla SJ. Extracorporeal magnetic innervation( ExMI) therapy for stress urinary incontinence. *Urology*. 1999, 53: 1108.
99. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Kaya Matbaacılık,1996, 392.
100. Özdemir E. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. SBE Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi.2009, 90.
101. Ersan F, Üİ hastalarında ekstrakorporal manyetik innervasyon tedavisinin hayat kalitesi ve ürodinamik parametreler üzerine etkileri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 2006, 64.
102. Costantini E., Lazzari M., Giannantoni A., Bini V., Vianello A., Kocjancic E., Porena M, Preoperative valsava leak point pressure may not predict outcome of mid-urethral slings: analysis from a randomized controlled trial of retropubic versus transobturator mid-urethral slings, *International Braz J Urol*, 2008, 1, 73-83.

103. Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007, 18(11):1309-15.
104. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int*, 2006, 97(2):296-300.
105. Bushnell DM, Martin ML, Svihra J. Evaluating the Performance of a New Slovak Version of the Incontinence- Specific Quality of Life Measure (I-QOL). 8th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), Amsterdam, The Netherlands, 2001.
106. Aslan E. Stres İnkontinansta Ped Testinin Önemi Ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 1999.
107. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Ayyıldız H, Isıkoğlu M, Günay S. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstrakt Kitabı*; İstanbul, 1999.
108. Barber MD, spino C, Janz KN, Brubaker L, Nygard I et al. The minimum important differences for urinary scales of the pelvic floor distress inventory and pelvic floor impact questionnaire. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 200:580.
109. Dwyer PL. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynecol*, 1998, 95(1):91-6.
110. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48(7):721-725.
111. Tikkinen KA, Auvinen A, Huhtala H, Tammela TL. Nocturia and obesity: a population- based study in Finland. *Am J Epidemiol*, 2006, 163:1003-11.
112. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol*, 2005, 106:585-592.

## **8. EKLER**

### **EK-1. ANKET FORMU**

#### **EK-1. KİŞİSEL TANILAMA FORMU**

### **18 YAŞ ÜSTÜ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI, TİPİ, ŞİDDETİ, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sayın katılımcı; Bu çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Yeter AKKUŞ tarafından yürütülmektedir. Üriner İnkontinans (idrar kaçırma) sık görülen sağlık sorunları arasındadır. Bu anketle kadınların üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti ve yaşam kalitelerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Size özel bilgiler gizli tutulacaktır. Sorularda kendinize uygun olan cevapları iletiniz.

#### **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Ben, (katılımcı adı) ....., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Yeter AKKUŞ tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katılmam durumunda bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):



KİŞİSEL BİLGİLER İLİŞKİN SORULAR		
1.Anket No:		
2.	Yaşınız ? .....	3.Boyunuz? .....
4.	Kilonuz ? .....	5. Beden Kitle İndeksiniz? .....
6.	Eğitim durumunuz?	a) Okur yazar değil b)Okur yazar c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite ve üzeri
7.	Çalışma durumunuz?	a) Ev hanımı b) Çalışıyor c) Emekli
8.	Sosyal güvenceniz?	a) Var b) Yok
9.	Medeni durumunuz?	a) Evli b) Bekar c) Dul/boşanmış
10.	Gelir durumunuz?	a) İyi b) Orta c.) Kötü
OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜYE İLİŞKİN SORULAR		
11.	Evlilik yaşıınız? .....	12. Evlilik süreniz? .....
13.	Gebelik sayınız?	a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
14.	Doğum sayınız?	a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
15.	Kürtaj oldunuz mu?	a)0 b)1 c)2 d)3 ve üzeri
16.	Düşük durumunuz?	a)0 b)1 c)2 d)3 ve üzeri
17.	İlk doğum yaşıınız? .....	18.Son doğum yaşıınız?.....
19.	Sık doğum? (2 yıl daha az aralıkla)	a) Evet b) Hayır
20.	Doğum şekliniz? a)1.doğum b) 2.doğum c) 3.doğum	<u>Vajinal Doğum</u> ..... ..... ..... <u>Sezeryan</u> ..... ..... .....
21.	Vajinal doğum(lar)unuzda epizyotomi ya da yırtık durumunuz... a) 1.doğum b) 2.doğum c) 3.doğum	<u>Var</u> ..... ..... ..... <u>Yok</u> ..... ..... .....
22.	Çoğul gebeliğiniz?	a)Evet b)Hayır
23.	4 kg üstünde bebek doğumunuz?	a)Evet b)Hayır
24.	Her hangi bir doğum eyleminizin 24 saatten uzun sürdüğü oldu mu?	a)Evet b)Hayır
25.	Menapozda mısınız?	a)Evet b)Hayır
26.	Menopozdan sonra hormon tedavisi aldınız mı?	a)Evet b)Hayır
KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR		
27.	Sigara kullanıyor musunuz? (günde 10 ve üzeri)	a)Evet b)Hayır
28.	Alkol kullanıyor musunuz? (hft 2 kez ve üzeri)	a)Evet b)Hayır
29.	Kafeinli içecek kullanıyor musunuz? (her gün 2 fincan ve üzeri)	a)Evet b)Hayır
30.	Kabızlık yaşıyor musunuz?	a)Sık sık b) Ara sıra

		c)Nadiren d) Hiç
<b>ÜRİNER İNKONTİNANSLA İLGİLİ ÖZELLİKLER</b>		
31.	Sık idrar yolu iltihabı geçirir misiniz?	a)Evet b)Hayır
32.	Üreme organları ya da idrar kesesi ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?	a)Evet ( Açıklayınız.....) b) Hayır
33.	Rahim-mesane sarkması var mı?	a)Evet b)Hayır
34.	Şeker hastalığınız var mı?	a)Evet b)Hayır
35.	Kronik öksürük şikayetiniz var mı?	a)Evet..... b)Hayır
36.	Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?	a)Evet(belirtiniz.....) b)Hayır
37.	Ailenizde idrar kaçırma öyküsü olan var mı?	a)Evet b)Hayır
38.	Günde kaç kez idrara çıkarsınız?	.....
39.	Geceleri idrara kalkar mısınız?	a)Evet b)Hayır
40.	Son üç ay içinde, hiç istem dışı idrar kaçırma durumu yaşadınız mı?	a) Evet b)Hayır <b>(Anketiniz burada bitmiştir.)</b>
41.	İstem dışı idrar kaçırma sıklığınız?	a)Yılda bir kez b)Ayda bir kez c)Ayda 2-3 kez d)Haftada bir kez e)Haftada 2-3 kez f)Günde bir kez g)Günde 2-3 kez
42.	İdrar kaçırma probleminiz kaç yıldır devam ediyor?	.....
43.	Karın içi basıncını artıran aktiviteler esnasında ( <b>gülme, hapsirme, esneme, öksürme, egzersiz yapma, eşya taşıma.....</b> ) idrar kaçırıyor musunuz?	a)Evet b)Hayır
44.	Tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra idrarınızı tutabiliyor musunuz?	a)Evet b)Hayır
45.	Hem karın içi basıncını artıran aktiviteler esnasında hem de tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra idrarınızı tutamama durumunu birlikte yaşıyor musunuz?	a)Evet b)Hayır
46.	Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırıyor musunuz?	a)Evet b)Hayır
47.	İdrar kaçırma miktarınızı tanımlayınız.	a)Birkaç damla(hafif miktar) b)Ped ya da çamaşırın nemlenmesi(orta miktar) c)Ped ya da çamaşırın ıslanması(ciddi)
48.	İdrar kaçırma nedeniyle ped kullanıyor musunuz?	a) Hiç kullanmam b) Günde 5 adet ve fazlası c) Günde 3-4 adet d) Günde 1-2 adet e) Haftada 1-2 adet f) Haftada 4-6 adet
49.	Size göre idrar yapma probleminizin şiddeti nedir?	a)Yok b) Çok az c) Bir miktar d) Epeyce e) Çok fazla

50.	İdrar kaçırma problemi sizi ne kadar etkiliyor?	a)Hiç b) Hafif c) Orta d)Oldukça fazla
51.	Bu şikayetinize yönelik her hangi bir tedavi aldınız mı?	a)Evet ( Açıklayınız.....) b) Hayır
52.	İdrar kaçırma ile ilgili yeterli bilginiz olduğunu düşünüyor musunuz?	a)Evet b)Hayır

## EK 2: İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (I-QOL)

Aşağıdaki durumlar başınıza geliyorsa; yaşam kalitenizi ne kadar etkiliyor?

	Çok Fazla	Oldukça	Orta Düzeyde	Biraz	Hiç
1. Tuvalete zamanında yetişememe kaygısı duyuyorum					
2. Öksürürken ve hapsirirken idrar kaçırdım diye kaygılanıyorum.					
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu duyuyorum					
4. Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum					
5. Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum					
6. Evimden uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum					
7. İdrar kaçırmam sorunum yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum					
8. Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum					
9. İdrar kaçırmam sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor					
10- Tuvalete sık sık gitmek zorunluluğu hissediyorum.					
11- İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamak benim için çok önemlidir.					
12- İdrar kaçırmam sorunumun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.					
13- Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.					
14- İdrar kaçırmamdan dolayı utanç duymak yada küçük düşmekten korkuyorum					
15- İdrar kaçırmam sorunum bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.					
16- İdrar kaçırmam sorunum bana çaresizlik hissi veriyor.					
17- İdrar kaçırmam sorunumdan dolayı, hayattan zevk alamıyorum					
18- İdrar kaçırdım, altımı ıslatmaktan dolayı kaygı duyuyorum					
19- İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum.					

<b>20-</b> Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım					
<b>21-</b> İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.					
<b>22-</b> Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum.					

## EK 3. ETİK KURUL İZİN BELGESİ



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Koordinatörlüğü

SAYI : B.30.2.YBÜ.006.06.01/7-6


29.04/2013

KONU : 29.04.2013 Tarih ve 68 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Hemşire Yeter AKKUŞ  
Bilkent Üniversitesi Hastanesi  
Jineonkoloji Servis

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz "Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ürojinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmanız Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29/04/2013 tarih ve 68 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof. Dr. Feza KORKUSUZ  
İlaç Dışı Etik Kurul Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası  
Eskişehir Yolu 8. Km. No.2 PK: 06800 Bilkent/Ankara  
Telefon: 0(312) 291 25 25/40 64 - 36 45

## EK 4. ÖLÇEK İZİN BELGESİ

---

### Yeter Akkuş

---

**Kimden:** nebahat özerdoğan <nozerdogan@ogu.edu.tr>  
**Gönderme Tarihi:** 05 Mart 2014 Çarşamba 10:39  
**Kime:** 'Yeter Akkuş'  
**Konu:** RE: yüksek lisans tez çalışması

Merhaba,  
Ölçeğin geçerlilik çalışmalarını 2002 yılında doktora tez çalışmasını yaparken gerçekleştirmiştim. Ancak siz de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını tekrarlayabilirsiniz.  
Bu çalışmalar sırasında yardıma ihtiyacınız olursa memnuniyetle yardıma hazırım. İyi çalışmalar.  
Sevgiler.  
Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

---

**From:** Yeter Akkuş [<mailto:yeterakkuş@yahoo.com.tr>]  
**Sent:** Tuesday, March 04, 2014 4:06 AM  
**To:** [nozerdogan@ogu.edu.tr](mailto:nozerdogan@ogu.edu.tr)  
**Subject:** FW: yüksek lisans tez çalışması

Hocam iyi günler ben Yeter Akkuş. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi jineonkoloji servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaktayım aynı zamanda Yıldırım Beyazıt üniversitesinde kadın doğum yüksek lisans öğrenciyim ve tez dönemindeyim. Sayın Gül PINAR ile çalışmaktayız. Sizin de çalışmış olduğunuz inkontinans konusu ile ilgili çalışıyorum. Tez konumuz 'Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Ürojinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi'. Bu konu ile ilgili yaşam kalitesi ölçeğinde müsaadeniz olursa İngilizceden Türkçe'ye çevirisini yaparak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra Türkiye'de ilk olarak sizin tarafınızdan kullanılmış Incontinence Quality of Life – I-QOL (Yaşam Kalitesi Ölçeği) ni kullanmak istemekteyim.  
Çalışmaya vereceğiniz destekten ötürü teşekkürlerimi bir borç bilirim. Hocam belki mailime cevap yazmışsınızdır ama bana ulaşmadı o yüzden tekrar gönderiyorum.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı:	YETER AKKUŞ
Doğum Tarihi :	23.04.1984
Doğum Yeri :	ANKARA
Medeni Hali :	EVLİ
Uyruğu :	TÜRKİYE CUMHURİYETİ
Adres :	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel :	05439106092
Faks :	-
E-mail :	yeterakkus@yahoo.com.tr
<b>EĞİTİM</b>	
Lise:	Ankara Süper Lisesi
Lisans :	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü
Yüksek lisans :	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (devam ediyor)
Doktora :	-
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce :	ÜDS:57
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar:	HEMAR-G, Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği