



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GENÇ KIZLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS, RİSK FAKTÖRLERİ  
VE YAŞAM KALİTELERİ**

**ŞEYMA AKSU (SUCUOĞLU)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ**

**DANIŞMAN  
DOÇ.DR. HATİCE YILDIZ**

**İSTANBUL - 2014**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Şeyma AKSU tarafından hazırlanan **“Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kaliteleri”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10.02.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Hatice YILDIZ  
: Marmara Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ  
: İstanbul Üniversitesi

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN  
: Haliç Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

## **TEŐEKKÜR**

Tez çalıőmamın gerçekleőtirilme süresince beni yönlendiren, katkı ve desteğini esirgemeyen tez danıőmanım Sayın Doç. Dr. Hatice YILDIZ' a ve yüksek lisans süresince emeği geçen bütün hocalarıma,

Hayatım boyunca her durumda maddi, manevi destekçim olan, bu günlere gelmemi sağlayan canım aileme ve engin sabrı, desteği için sevgili eőime...

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

## İÇİNDEKİLER

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
3.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	3
3.2. Araştırmanın Amacı .....	5
4. GENEL BİLGİLER .....	6
4.1. Üriner İnkontinansın Tanımı .....	6
4.2. Üriner İnkontinans Prevalansı (Cinsiyet ve Yaşlara Göre Dağılım) .....	6
4.3. Üriner İnkontinansa Neden Olan Risk Faktörleri .....	7
4.3.1. Genetik Yatkınlık .....	7
4.3.2. Yaş .....	8
4.3.3. Cinsiyet-Gebelik ve Doğum .....	8
4.3.4. Kronik Hastalıklar .....	8
4.3.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Konstipasyon .....	9
4.3.6. Kullanılan İlaçlar .....	9
4.3.7. Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar .....	10
4.3.8. Obezite .....	10
4.3.9. Beslenme .....	11
4.3.10. Sigara Kullanımı .....	11
4.4. Üİ Neden Olan Risk Faktörlerinin Gençler Açısından İrdelenmesi ve Bu Faktörlerde Hemşirenin Rolü .....	11
4.4.1. Genetik Yatkınlık .....	11
4.4.2. Erken Yaşta Evlilik ve Doğum .....	11
4.4.3. Kronik Hastalıklar .....	12
4.4.4. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Konstipasyon .....	12
4.4.5. Kullanılan İlaçlar .....	13
4.4.6. Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar .....	13

4.4.7. Obezite .....	13
4.4.8. Beslenme .....	14
4.4.9. Sigara Kullanımı .....	14
4.5. Üİ Tanılama .....	15
4.5.1. Değerlendirme Aşaması .....	15
4.5.1.A. Anemnez .....	15
4.5.1.B. Muayene .....	16
4.5.1.C. Ürojinekolojik Testler ve Ürokinamik Laboratuvar İncelemeleri.....	16
4.5.2. Üİ Belirtileri ve Sınıflandırılması.....	20
4.5.2.A. Urge İnkontinans(Sıkışma İnkontinansı- Detrusor İnstabilitesi) .....	20
4.5.2.B. Stres İnkontinans .....	21
4.5.2.C. Miks İnkontinans .....	21
4.5.2.D. Fonksiyonel İnkontinans .....	21
4.5.2.E. Overflow(Owerflow- Taşma) İnkontinans .....	21
4.5.2.F. Enüresis Nokturna.....	22
4.6. Üİ Tedavisi: .....	22
4.6.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri .....	23
4.6.1.A. Davranışsal Tedavi.....	23
4.6.2. Farmakolojik Tedavi .....	26
4.6.2.A. Östrojen Tedavisi .....	26
4.6.2.B. Diğer İlaçlarla Tedavi.....	26
4.6.3. Cerrahi Tedavi .....	27
4.7. Toplumsal Maliyeti.....	28
4.8. Üriner İnkontinansın Etkileri ve Yaşla Bağlantısı.....	29
4.8.1. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi ve Gençlerdeki Etki.....	29
4.8.3. Üİ Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinde Hemşirenin Rolü .....	30

4.8.4. Üİ Önlenmesi, Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü .....	31
4.8.5. Üİ Önlenmesinde Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü .....	31
4.8.6. Üİ Tedavisinde Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü .....	32
4.8.7. Üİ Rehabilitasyonunda Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü.....	33
5. MATERYAL METOD.....	34
5.1. Araştırmanın Tipi .....	34
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	34
5.3. Araştırmanın Evreni .....	34
5.4. Araştırmanın Örneklemi .....	34
5.5. Verilerin Toplanması.....	36
5.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar .....	36
5.5.1.A. Soru Formu .....	36
5.5.1.B. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality of Life) .....	36
5.5.2. Çalışmanın Uygulanması (Verilerin Toplanması).....	37
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi (Verilerin İstatistiksel Analizi).....	38
5.8. Çalışmanın Sınırlılıkları .....	38
5.9. Çalışmanın Etik Yönü .....	38
6. BULGULAR .....	39
6.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Veriler .....	40
<b>Tablo 6.1.1.</b> Öğrenci ve Ebeveynlerine Ait Tanımlayıcı Özellikler .....	40
<b>Tablo 6.1.2.</b> Öğrencilerin Boy, Kilo ve VKİ İlişkin Fiziksel Özellikleri.....	41
<b>Tablo 6.1.3.</b> Öğrencilerin Alışkanlıklarına İlişkin Veriler .....	41
<b>Tablo 6.1.4.</b> Öğrencilerin Kronik Hastalık ve Sürekli İlaç Kullanma Durumları .....	42
6.2. Öğrencilerin Boşaltım Alışkanlıkları, Üİ Yaşama Durumu Ve .....	43
Nedenlerine Ait Veriler .....	43
<b>Tablo 6.2.1.</b> Öğrencilerin Çocukluğundaki Tuvalet Eğitime İlişkin İfadeleri .....	43

<b>Tablo 6.2.2.</b> Öğrencilerin Günlük Sıvı Tüketimleri .....	44
<b>Tablo 6.2.3.</b> Öğrencilerin Boşaltım Alışkanlıkları .....	45
<b>Tablo 6.2.4.</b> Öğrencilerin İnkontinans Semptomları Dışında İdrar Boşaltımı İle İlgili Deneyimledikleri Sorun/sıkıntılar .....	46
<b>Tablo 6.2.5.</b> Öğrencilerin İnkontinans Semptomlarını Yaşama Durumları .....	47
<b>Tablo 6.2.7.</b> İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Doktora Başvurma Durumları .....	48
<b>Tablo 6.2.8.</b> İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Herhangi Bir Şeyden Vazgeçmek/Ertelemek Zorunda Kalma ve Tedbir Alma Durumları .....	49
<b>Tablo 6.2.9.</b> Öğrencilerin Soy Geçmişinde İnkontinansa Ait Özellikler .....	50
<b>Tablo 6.2.10.</b> İnkontinansa Neden Olabilen Faktörlere Göre İnkontinans Yaşama Durumu .....	51
<b>6.3.</b> Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeğine (I-QOL- Incontinence Quality Of Life) ve Ölçeğin Bağımsız Değişkenlerle İlişkilerine Ait Veriler .....	53
<b>Tablo 6.3.1.</b> Bu Çalışmaya Ait I-QOL 'ın Total ve Alt Gruplarının Güvenilirlik Sonucu	53
<b>Tablo 6.3.2.</b> Öğrencilerin I-QOL Ölçeği Alt Grup ve Total Puan Ortalamaları .....	53
<b>Tablo 6.3.3.</b> İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin I-QOL Ölçeği Alt Grup ve Total Puan Ortalamaları (n=128) .....	54
<b>Tablo 6.3.4.</b> İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Yaşadıkları İnkontinans Tipine Göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları .....	54
<b>Tablo 6.3.5.</b> Adölesan ve Genç Öğrencilerin İnkontinans Yaşama durumlarına göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları .....	55
<b>Tablo 6.3.6.</b> Her An İdrar Kaçırma Endişesi Taşıma Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalaması .....	55
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	56
7.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Verilerin Tartışılması .....	56
7.2. Boşaltım Alışkanlıkları, Üİ Yaşama Durumu ve Nedenlerine Ait Verilerin Tartışılması .....	57
7.3. I-QOL Ölçeğine Ait Verilerin Tartışılması .....	65
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	67

9. KAYNAKÇA.....	71
10. EKLER.....	86



## 1. ÖZET

Bu çalışma, üriner inkontinansın (Üİ) genç kızlarda görülme durumu, tipleri, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek **amacı** ile tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklem grubunu 15-24 yaş arasında olan, lise-üniversite de okuyan 726 kız öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu ve Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20 paket programında frekans, ortalama, ki-kare ve t-testi kullanılarak analizi edilmiştir.

Çalışma grubuna alınan kız öğrencilerin %83.4'ü lise, %16.6'sı üniversite öğrencilerinden oluşmuştur ve inkontinans problemi yaşama oranı %17.6 olarak bulunmuştur. İnkontinans tipleri olarak %8.9 stres, %5.6 urge ve %3.0'nun da miks tip inkontinans yaşadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin sadece %9.4'nün bu sorunu nedeniyle doktora başvurduğubelirlenmiştir. Çocukluğunda tuvalet eğitimi sonrası geceleri idrar kaçıрма problemi, sürekli idrar yolu enfeksiyonu yaşayan, idrarını tutma/erteleme alışkanlığına sahip olan, sigara içen vb. öğrencilerde Üİ yaşama oranının yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). I-QOL ölçeğinden alınabilecek en üst total puan 105 dir. Çalışmamızda Üİ yaşayan öğrencilerin I-QOL total puan ortalaması  $91.59 \pm 13.43$  olarak bulunmuş ve yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmüştür. Üİ tiplerine göre de miks Üİ yaşayan öğrencilerin I-QOL ölçeği total puan ortalamasının diğer Üİ tiplerini yaşayanlara göre daha düşük olduğu ( $84.95 \pm 19.80$ ) belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; çalışma grubumuzdaki öğrencilerde Üİ görülme oranının azımsanmayacak düzeyde olması nedeniyle gençlerin de bu bağlamda değerlendirilmesinin gerektiği ve de belirlenen risk faktörlerinin önlenabilir olması nedeniyle de eğitim, danışmanlık verilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasının önemli olduğu böylece insidansının azaltılmasına da katkı sağlanabileceği görüşüne varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Genç kızlar, Üriner inkontinans, İnkontinans nedenleri, Yaşam Kalitesi

## 2. SUMMARY

### Urinary Incontinence In Young Girl, Risk Factors And Quality Of Life

This study, urinary incontinence (UI) condition seen in young girls, types causes, risk factors and impact on quality of life a descriptive study was performed in order to investigate. The study sample of the group comprises 726 girls in 15-24 age and studying at high-school and university. In collecting the data, a questionnaire and urinary Urinary Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) was used. Obtained data was analyzed by SPSS 20 program, frequency, mean, chi-square, anova, and t-test analysis was used.

In the study sample group, 83.4% of the girls are high-school student, 16.6% of the girls are university students and 17.6% of the girls have urinary incontinence problem. As incontinence types, it was detected that they have lived 8.9% stress, 5.6% urge and 3.0% mixed type incontinence. It was determined that only 9.4% of the students have gone to a doctor for this problem. It was detected that having nocturnal enuresis problems after toilet training during childhood, constantly living in urinary tract infections, urinary retention/ having the habit of procrastination, smoking etc. students have high living rate of UI ( $p < 0.001$ ). At I-QOL scale the highest total score is 105. In our study, I-QOL total score average of the students having UI was found as  $91.59 \pm 13.43$  and their quality of life has been effected. According to UI types, it was detected that I-QOL scale average of the total score of living mixed type UI students compared to other types of living is lower ( $84.95 \pm 19.80$ ) ( $p < 0.001$ ).

Obtained from the study according to the results the study of our group of students of UI incidence substantial level due young people also evaluated in this context it is necessary to set and risk factors can be preventable also due to education, counseling and the necessary precautions to be important, so the incidence contribute to the reduction can be provided was suggested.

**Key Words:** Young Girls, Urinary Incontinence, Urinary Incontinence Causes, Quality of Life

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

#### 3.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Uluslararası İnkontinans Derneği inkontinansı hijyenik bir sorun olarak tanımlamaktadır (27). Ancak çalışmalar üriner inkontinansın (Üİ) sosyal bir sorun olduğunu, bireylerin sosyal hayatlarını, benlik saygılarını, yaşam kalitelerini ve cinsel yaşamların etkilediğini ortaya koymuştur (21, 88).

Hayatı birçok yönüyle etkileyen Üİ, çoğu prevalans çalışmasına konu olmuştur. Çalışmalar Üİ in kadın-erkek her iki cinsten de görüldüğünü ancak kadınlarda erkeklere göre daha sık karşılaşılan bir problem olduğunu göstermektedir. Erkeklerde üriner inkontinans prevalansının %2-11, kadınlarda ise %4.8-58.4 arasında değiştiği, yaş arttıkça Üİ oranı artsa da gençlerde de görüldüğü belirtilmektedir (17, 23).

Gençlerle ilgili veriler oldukça kısıtlı olmakla beraber, Üİ ile ilgili yapılan bir çalışmada genel prevalans %20 iken, 18-25 yaş arasında da % 15.1 olduğu, başka bir çalışma da ise 17-25 yaş arasında genç kızlarda Üİ oranı %51 olarak rapor edilmiş, ancak bu gruptakilerin sadece %16'sında sürekli idrar kaçırmalarının olduğu, diğerlerinin ise yaşamlarında sadece bir kez inkontinans deneyimledikleri belirtilmiştir (7, 8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 15-24 yaş grubunu "Gençlik dönemi" olarak tanımlamaktadır (1). Gençlik döneminde fizyolojik değişikliklere alışmaya çalışan genç, aynı zamanda çevresi ile de yoğun etkileşim içindedir. Kendini kabullendirme ve ön plana çıkma isteği baskındır. Bu dönem; gençlerin çevresindeki insanların söylemlerinden ve fikirlerinden kolayca etkilenebildiği, olumsuz olarak algıladıkları durumlar karşısında içe kapanabilecekleri hassas bir geçiş dönemidir. Gençlik dönemindeki olumsuzlukların sürekliliği genç bireyin hayat kalitesini düşürmekte ve kişilik oluşumunu önemli ölçüde etkilemektedir (16). Bu bakış açısıyla bakıldığında Üİ yaşayan bir gencin bu durumdan ciddi ölçüde etkilenebileceği beklenmektedir. Ancak bu konuda gençlere yönelik yapılmış bir çalışma ya da literatür verileri son derece kısıtlıdır. İleri yaş grubunda Üİ yaşayan kadınlar; kıyafet seçimlerine, günlük tükettikleri su miktarına, gülmelerine dikkat etmek zorunda kalmanın yanında gece rahat uyuyamadıklarından da bahsetmektedir. Bu yönü ile (Üİ) sosyal hayatı da kısıtlamaktadır (23, 31, 62). 2006 yılında yapılan bir çalışmada inkontinans problemi yaşayan kadınların kendilerine olan güvenlerinin azaldığını ve kendilerini mutsuz, çaresiz hissettikleri rapor edilmiştir (15). Orta yaş grubu kadınlar inkontinanstaki böylesine ciddi boyutta

etkilenirken, yaş ortalaması düştükçe ve özellikle de gençlerde etkilerinin daha ileri düzeyde olacağı beklenen bir sonuçtur.

Gençlerde inkontinans problemi az görülmekle birlikte bazı hastalıkların Üİ arttırdığı belirtilmektedir. 11-17 yaşlar arası akciğer hastalığı bulunan kızlarda yapılan bir araştırmada kistik fibrozlu olanların %33'ünde, astımlı olanların da %16'sında inkontinans tespit edilmiştir. Bu araştırmada gençlerin bir kısmının erkek doktorlarla bu durumu paylaşmayı utanç verici olarak algıladıkları, hatta bu konuyu aileleriyle de paylaşmak istemedikleri rapor edilmiştir. Yine bu araştırmada yaş ortalaması düştükçe inkontinansın bir hastalık olarak değil, bir kusur/ayıp olarak algılanmasının arttığı ve gençlerin bu durumu mümkün olduğu kadar kimseye bahsedilmemesi ve ertelenmesi gereken bir sorun olarak algıladıkları ortaya konulmuştur (9). Oysa Üİ fark edildiği durumda ve erken tanınmasıyla soruna çözüm üretmek daha kolaydır. Ayrıca maliyeti daha düşük ve yaşı gereği değişik duygu durumları yaşayan birey için daha az travmatik olacaktır. Ek olarak erken dönemde fark edilen soruna çözüm üretmek bireyin ilerleyen hayatının yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyecektir.

Ülkemizin toplumsal dinamikleri düşünüldüğünde de idrar kaçırma sorununu genç bir kızın rahatça paylaşması oldukça güçtür. Hemşireler, özellikle kadın sağlığı hemşireleri genç kızların inkontinansla ilgili olarak algılarını değiştirmek, bu problemi yaşayan gençlerin bir kusur ve/veya ayıp olarak değil bir sağlık sorunu olarak görmeleri konusunda bilinç ve duyarlılık oluşturarak önemli katkı sağlayabileceği, korunmada, erken tanı ile tespitinde, tedavi aşamasında vb. etkin rol alabileceği açıktır.

### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Literatürde gençlerde Üİ sorununa ilişkin genel durumun ne olduğu, inkontinans varlığı ve varsa nedenleri, gençlerin deneyimledikleri sıkıntılar ve sorunlara yönelik sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışma kadınlarda önemli bir jinekolojik sorun olan Üİ' in genç kızlarda (15-24 yaş) görülme durumu, tipleri, semptomlarını risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini, incelemek **amacı** ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilecek sonuçlarla literatüre katkı sağlamak, gençler ve sağlık çalışanlarında bu açıdan farkındalık yaratmak ve duruma göre çözüm üretimine katkı bulunmak hedeflenmiştir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Üriner İnkontinansın Tanımı

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS)' nin 1979 yılındaki terminoloji standardizasyon raporunda üriner inkontinansı (Üİ); “sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali” olarak tanımlanmıştır. ICS'nin 2002 yılındaki en son terminoloji standardizasyon raporunda ise üriner inkontinans; ”her türlü idrar tutamama yakınması” olarak tanımlanmıştır (3,4). Bu tanıma göre üriner inkontinansın bir teşhis değil semptom ya da bulgu olduğu vurgusu yapılmıştır (11). Üİ kişilerin ve ailelerinin psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik refahını etkileyen yaygın bir sorundur (19, 20).

### 4.2. Üriner İnkontinans Prevalansı (Cinsiyet ve Yaşlara Göre Dağılım)

Üİ sıkça karşılaşılan bir sorun olması sebebiyle birçok prevalans çalışmasına konu olmuştur. Çalışmalar Üİ in kadın-erkek her iki cinste de görüldüğünü ancak kadınlarda erkeklere göre daha sık karşılaşılan bir problem olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde, erkeklerde üriner inkontinans prevalansının %2-11 arasında, kadınlarda ise %4.8- 58.4 arasında değiştiği belirtilmektedir (17, 23, 38).

Üİ ilgili yapılan çalışmalardaki sonuçlar arasında geniş bir dağılım olmasında; Üİ'ın tanımlanmasındaki güçlükler, metodolojik sorunlar, örnekleme ile ilgili sınırlamalar ya da araştırmanın yapıldığı toplumun özelliklerinin rol oynayabileceği belirtilmektedir. Ayrıca Üİ yaşayan bireylerin bu durumu kabullenmemeleri ya da zor bir durum olarak görmelerinin de çalışmaları sınırlayabileceği ve gerçek verilerin elde edilmesini zorlaştırabileceği vurgulanmaktadır (17,21).

Üriner inkontinans konusunda Avrupa'da yapılan en büyük çalışma 2006 yılında yayınlanmış olan EPIC (The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition ) çalışmasıdır. Bu çalışma Kanada, Almanya, İtalya, İsveç ve İngiltere'yi kapsayacak şekilde 5 ülkede 18 yaş üzeri kadın ve erkeklerde 2002 yılı Uluslararası Kontinans Derneği [International Continence Society (ICS)] tanımları kullanılarak yapılmıştır. 18 yaş ve üzerinde toplam 19.165 kişinin katıldığı çalışmada kadınlardaki Üİ sıklığı 18-39 yaş grubunda %7.3, 40-59 yaş grubunda %13.6, 60 yaş ve üzeri grupta da %19.3 olarak bildirilmiştir (22, 31).

Ancak genç popülasyondaki (adölesan ve genç grup) üriner inkontinans verileri oldukça kısıtlıdır (5). İtalyada Siracusano ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Üİ genel prevalansın %20 olduğu, 18-25 yaş arasında da bu oranın %15.1 olduğu belirtilmiştir (7). 17-25 yaş grubundaki kadınlarda yapılan bir başka çalışmada ise Üİ oranı %51 olarak rapor edilmiştir. Ancak bu gruptaki kadınların sadece %16'sında sürekli idrar kaçırmalarının olduğu, diğerlerinin ise yaşamlarında sadece bir kez inkontinans deneyimledikleri belirtilmiştir (8).

Ülkemizde Benlioğlu'nun yaptığı çalışmada genel prevalans %18.8, 15-24 yaş arası urge inkontinans %1.9, stres inkontinans %1.4, mixed tip inkontinans oranı da %3.1 olarak bildirilmiştir (5).

### **4.3. Üriner İnkontinansa Neden Olan Risk Faktörleri**

Yapılan çalışmalar bazı durumların Üİ a neden olabileceğini ortaya koymuştur. Çalışmalara göre; pelvik taban kaslarının hasarına, intra abdominal basınç artışına, mesane irritasyonuna ve istemsiz detrusor kontraksiyonlarına neden olabilecek her durumun Üİ a neden olabileceği sonucu elde edilmiştir (5, 11, 14 ).

#### **4.3.1. Genetik Yatkınlık**

Genetik faktörler doğum anında sahip olarak dünyaya geldiğimiz bir durumdur ve olması dolayısıyla her yaş grubu birey genetik yatkınlık taşıyabilmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde annede, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans varlığının üriner inkontinans oluşmasında etkili olduğu görülmüştür. Bu durumun genetik yatkınlık olarak vajen ve perine bağ dokusu zayıflığından kaynaklandığı bildirilmektedir (37, 38, 89).

Yapılan bir çalışmada birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olan kadınların %30.7' sinde, birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olmayan kadınların % 19.6' sında, ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olan kadınların %31.5' inde, ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olmayan kadınların %20.2' sinde stres üriner inkontinans şikayeti olduğunu rapor edilmiştir (89).

### 4.3.2. Yaş

Yaşa bağı olarak mesane pozisyonunu koruyan bağların zayıflaması sonucu mesane boynunun duruşunda değişiklikler oluşur, bunun da üriner inkontinansa neden olacağı belirtilmektedir (5). Birçok çalışma da yaş arttıkça Üİ görülme sıklığının arttığını ortaya koymuştur (35, 37, 39,40). Ancak prevelansı daha düşük olmasına rağmen gençlerde de Üİ görülebildiği çalışmalarla ortaya konulmuştur (5, 8). Yapılan bir çalışmada stres üriner inkontinans oranı 39-49 yaş grubunda %39 iken 17-27 yaş grubunda ise %9.8 olarak tespit edilmiştir (89).

### 4.3.3. Cinsiyet-Gebelik ve Doğum

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Bunun nedeni ise; doğum ve menapozun kadınlara özgü durumlar olmasıdır. Kadınlar; doğumlara bağı olarak anatominin bozulması ve pelvik taban kaslarının zayıflaması, yine sıklıkla doğumla ilişkili olarak pudental sinirin gerilme ya da laserasyonuna bağı olarak gelişen sinir denervasyonu, çok sayıda ve sık doğum pelvik taban kaslarında zayıflamaya neden olmaktadır (37, 40, 41, 42, 43, 44).

Gebelik döneminde progesteronun etkisiyle üretranın ve mesanenin kas tonüsü azalmaktadır. Gebeliğin ilerleyen haftalarında uterus mesaneye baskı yapmakta ve Üİ oluşması için zemin hazırlamaktadır. Gebelikte ortaya çıkan inkontinans, genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır. Yapılan bir çalışma da bir kez gebelik yaşayan kadınların %7.3'ünde, dört kez ve üzeri sayıda gebelik yaşayan kadınların ise %36.4'ünde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (89, 94).

Menopozda kadınları Üİ yaklaştıran bir dönemdir. Postmenopozal dönemdeki kadında östrojen seviyesinin azalması mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine neden olmaktadır. Buna bağı olarak da karın içi basınç arttığı zaman idrar kaçağı olabilmektedir (93).

### 4.3.4. Kronik Hastalıklar

*Diabet* ile ilgili yapılan araştırmalar diabetik kadınların Üİ oranlarının yüksek olduğu belirtmektedir. Diabet ile geçen her yıl hastalığa bağı komplikasyonlar artmakla birlikte bunlar içerisinde en sık görülen alt üriner sistem semptomlarıdır. Bu da klinikte en sık diyabetik sistopati olarak karşımıza çıkmaktadır. Sistopati mesane dolusunda hassasiyet



artışı, mesane kapasitesinde artış ve mesane kontraktilesinde düşüş ile karakterize olup diyabetik hastaların %45'inde görülmektedir (37, 91, 92).

Yapılan bir çalışmada diabet hastalarında genel üriner inkontinans riskinin, diabeti olmayanlara göre yaklaşık 3,5 kat fazla olduğu rapor edilmiştir (90).

*Kronik öksürük* intraabdominal basınç artışına neden olduğu için Üİ oluşumunu etkilediği bildirilmiştir (37). Sürekli öksürük şikayeti olan kadınların %42.2' sinde, bu şikayeti olmayan kadınların % 23' ünde stres üriner inkontinans olduğu bildirilmiştir (89).

*Multiple skleroz, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı* gibi sinir harabiyetine neden olan bu hastalıklar miksiyon kontrolünü de etkilemektedir (98, 99).

#### **4.3.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Konstipasyon**

*Üriner sistem enfeksiyonu* mukozamal inflamasyon oluşturmakta ve bu durumda involanter detrusor kontraksiyonlara yol açmaktadır. Yine enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik gelişebilmektedir (46). Yapılan bir çalışma idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan kadınların %29.5' inde, idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olmayan kadınların %20.2' sinde stres ürinerinkontinans olduğu rapor edilmiştir (5, 41, 42, 61, 89).

*Kronikleşen konstipasyonda* defekasyon sırasında yaşanan zorlanmalar pelvis sinirlerinde gerilmeye neden olduğu, buna bağlı zamanla sinir harabiyetleri ve pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu oluşabildiği ve bu foksiyon bozukluklarının da Üİ oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (37, 45). Sık sık kabızlık problemi yaşayan kadınların %33.2' sinde, bu problemi yaşamayan kadınların ise %22' sinde stres üriner inkontinans olduğu rapor edilmiştir (89).

#### **4.3.6. Kullanılan İlaçlar**

Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır. Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek üriner inkontinansa neden olabilmektedirler (47).

### 4.3.7. Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar pelvik taban kaslarında zedelenmelere, skarlara ve sinir harabiyetine neden olabilmektedir. Vaginanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu ürinerinkontinans gelişebilmektedir (35, 48). Yapılan çalışmada histerektomi öyküsü olan kadınların % 42. 3'ünde, histerektomi öyküsü olmayan kadınların % 23. 8'inde; ön arka onarım öyküsü olan kadınların % 41. 7'inde, ön arka onarım öyküsü olmayan kadınların % 24. 3'ünde şu anda stres üriner inkontinans olduğu bildirilmiştir (89).

Pelvik operasyon geçirme ihtimali ilerleyen yaşlarla beraber artmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki gençlerde de over kistleri ve endometriosis sebebiyle cerrahi operasyon geçirme görülebilen bir durumdur.

### 4.3.8. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) klinik olarak obeziteyi tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ile elde edilen vücut kitle indeksini kullanır. Bu değerlendirmeye göre vücut kütle indeksinin (VKİ)  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde olduğu kişiler şişman,  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ 'nin üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır. Gençlerde de obezitenin tanımı için vücut kitle indeksinin kullanılabileceği kabul edilmiştir (74, 75, 76).

Obezitenin intra abdominal basınç artışına neden olarak Üİ yol açtığı ve obez kadınlarda obez olmayanlara göre Üİ daha sık görüldüğü belirtilmektedir (17, 37, 49, 50,51). Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi normal ( $18.5 - 24.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) olan kadınların %12.6'sında, obez ( $30.0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) olan kadınların %34.7'sinde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (89).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2008 yılı verilerine göre, dünyada 500 milyon üzerinde obez ve 1,4 milyar civarında da hafif şişman birey bulunmaktadır. 2011 de beş yaş altı 40 milyondan fazla çocuğunda fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. 2015 yılında bu oranın sırasıyla 700 milyon ve 2,3 milyara ulaşacağı düşünülmektedir (52) .

Türkiye'de de obezite prevalansı ciddi derecede yüksektir. 24,788 kişinin tarandığı TURDEP 2011 çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde kadınlarda %44,2, erkeklerde % 27,3 genelde ise %31,2 düzeylerinde obezite prevalansı tespit edilmiştir. Obezite gençleri tehdit eden yaygın bir sağlık sorunuyken, obezitenin risk oluşturduğu Üİ içinde dikkatli olunmalıdır (53, 54).

### **4.3.9. Beslenme**

Kahve, kola gibi kafeinli içecekler, alkol, koyu çay, meyve suyu, domates, bal ve baharatlı yiyecekler mesane irritanı olduğu ve istemsiz detrusor kasılmasına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilecekleri bildirilmiştir (55).

### **4.3.10. Sigara Kullanımı**

Sigara kullananlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı daha fazla görüldüğünden öksürüğe bağlı olarak Üİ riski 2-3 kat artmaktadır. Ayrıca sigara kullanımına bağlı östrojen seviyesinde düşme ve kollajen sentezinde azalmada Üİ riskini artışa neden olduğu tespit edilmiştir (44, 56, 57).

## **4.4. Üİ Neden Olan Risk Faktörlerinin Gençler Açısından İrdelenmesi ve Bu Faktörlerde Hemşirenin Rolü**

Üİ ileri yaşlarda kadınlarda sık karşılaşılan bir sorun olması dolayısıyla çok fazla çalışmaya konu olmuştur ve bu grupta birçok veri bulunmaktadır. Ancak gençlerle ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Üİ neden olan faktörler incelendiğinde gençlerinde etkilendiği faktörlerin bulunması dikkat çekmekte ve gençlerinde Üİ' dan etkilenebileceği düşünülmektedir (80, 81, 82).

Üİ a neden olabilecek durumların bilinmesi; ileri yaşlarda risk gruplarının belirlenmesi için önemli iken, gençler için Üİ erken dönemde tanılama, korunma ve bilinç düzeyinin artırılması adına büyük önem taşımaktadır.

### **4.4.1. Genetik Yatkınlık**

Genetik kodlar anne karnında sahip olarak dünyaya gelinen ve değiştirilmesi mümkün olmayan vücut alt yapısıdır. Yaş her ne olursa olsun var olan genetik kodlarımız; dolayısıyla da genetik yatkınlıklarımız aynıdır. Bu açıdan düşünülecek olunursa ailesinde üriner inkontinans olan bir genç kızın bu duruma farkındalık göstermesi ve bilinç seviyesini yükseltmesi ihtiyacı doğmaktadır.

### **4.4.2. Erken Yaşta Evlilik ve Doğum**

Erken yaşta evlilikler dünyanın her yerinde gözlenmekle birlikte özellikle az gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde çok daha yaygın ve yoğun olarak yaşanmaktadır. Halen ülkemiz genelinde yapılan her dört evlilikten birinin, bazı bölgelerimizde ise her üç evlilikten birinin çocuk evliliği (18 taş altı) olduğu bilinmektedir. Erken yaşta evlilikler;

birçok kez erken annelik ve fazla sayıda doğum yapmayı da beraberinde getirir (88). Vücudu henüz gelişimini tamamlamamış bir genç için doğum eylemi zor, sıkıntılı olacak ayrıca; pelvik prolapsuslar ve üriner inkontinans gibi jinekolojik problemler açısından risk oluşturacaktır. Gençlerin bilinç ve eğitim düzeylerinin yükselterek erken yaşta evlilik ve çok sayıda ve sık aralıklarla doğum yapmalarının sakıncaları hakkında bilgilendirilmesi önleyici tedbir olarak düşünülmektedir.

#### **4.4.3. Kronik Hastalıklar**

*Diabet* üriner inkontinans için risk oluştururken yapılan çalışmalar ülkemizde diabet prevalansının gençler arasında da arttığını vurgulanmaktadır (53, 54). Bu nedenle gençler diabetten korunma ve üriner inkontinans belirtilerine karşı dikkatli olmalıdırlar. Ayrıca diabet hastası çocuklar ve gençlere yönelik danışmanlık verirken Üİ de değinilmesi gereken bir konu olmalıdır.

*Kronik öksürük* çocukluk çağından itibaren var olan akciğer hastalıkları ya da fazla miktarda sigara kullanımı gençlerde kronik öksürüğe sebep olduğu ve kronik öksürüğün ise; intraabdominal basınç artışına neden olarak üriner inkontinansa yol açabildiği tespit edilmiştir (82). Gerekli tedavi ve bakımın zamanında yapılması önem taşımaktadır.

*Multipl skleroz (MS)* Sinir sistemi harabiyetine neden olarak miksiyon kontrolünü engellemektedir. Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat fazla görüldüğü on altı yaşından önce görülme insidansının %1.2-6 arasında olduğu bildirilmiştir. Çocuklarda başlangıç yaşının 10-13 yaş olduğu fakat daha erken yaşlarda da görülebildiği bildirilmiştir. Çocukluk çağında görülen MS kızlarda daha sık (%75.2) karşılaşıldığı belirtilmiştir (83, 84, 85, 86, 87). MS nedeniyle Üİ yaşama durumu çocukluk çağından itibaren genç kızların oldukça etkileneceği düşünülmektedir. Tedavileri sırasında hastanede karşılaşılan MS hastası gençlerle ilgilenen hemşirelerin bakım planlarının içerisinde Üİ yönelik girişimler planlamaları gerekmektedir.

#### **4.4.4. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Konstipasyon**

Çalışmalarda üriner sistem enfeksiyonlarının Üİ tetiklediği belirtilirken, üriner sistem enfeksiyonlarının ortaya çıkma riskinin okul çağında ve cinsel aktif genç kızlarda daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. (88, 100). Gelişme ve alışkanlık edinme döneminde olan gençlerin hijyen kurallarını doğru olarak öğrenmeleri ve uygulayabilme becerisi oluşturabilmeleri için okul ve adölesan hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

*Konstipasyon*; her yaş grubundaki kadınlarda, erkeklere oranla daha fazla olmakla birlikte gençlerde konstipasyonla sıkça karşılaşıldığı bilinmektedir. Gençlerinde etkilendiği bu durum defekasyondaki zorlanma nedeniyle intraabdominal basınç artışına ve üriner inkontinansa neden olmaktadır (89). Konstipasyon sorunu yaşayan gençlerin beslenme ve yaşam biçimi değişiklikleri oluşturmalarında hemşireler tarafından danışmanlık hizmeti verilmelidir.

#### **4.4.5. Kullanılan İlaçlar**

Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır. Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek üriner inkontinansa neden olabilmektedirler (47).

#### **4.4.6. Geçirilmiş Cerrahi Operasyonlar**

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar pelvik taban kaslarında zedelenmelere, skarlara ve sinir harabiyetine neden olabilmektedir. Vaginanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu ürinerinkontinans gelişebilmektedir (35, 48). Yapılan çalışmada histerektomi öyküsü olan kadınların % 42. 3'ünde, histerektomi öyküsü olmayan kadınların % 23. 8'inde; ön arka onarım öyküsü olan kadınların % 41. 7'inde, ön arka onarım öyküsü olmayan kadınların % 24. 3'ünde şu anda stres üriner inkontinans olduğu bildirilmiştir (89).

Pelvik operasyon geçirme ihtimali ilerleyen yaşlarla beraber artmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki gençlerde de over kistleri ve endometriosis sebebiyle cerrahi operasyon geçirme görülebilen bir durumdur.

#### **4.4.7. Obezite**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) klinik olarak obeziteyi tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması ( $\text{kg/m}^2$ ) ile elde edilen vücut kitle indeksini kullanır. Bu değerlendirmeye göre vücut kütle indeksi (VKİ)'nin  $25 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olduğu kişiler aşırı

kilolu, 30 kg/m<sup>2</sup> 'nin üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır. Geçlerde de obezitenin tanımı için vücut kitle indeksinin kullanılabilceği kabul edilmiştir (74, 75, 76).

Obezitenin intra abdominal basınç artışına neden olarak Üİ yol açtığı ve obez kadınlarda obez olmayanlara göre Üİ daha sık görüldüğü belirtilmektedir (49, 50, 17, 37, 51). Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi normal (18.5 – 24.99 kg/m<sup>2</sup> ) olan kadınların %12.6'sında, obez (30.0 kg/m<sup>2</sup>) olan kadınların %34.7'sinde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (89).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2008 yılı verilerine göre, dünyada 500 milyonun üzerinde obez ve 1,4 milyar civarında da hafif şişman birey bulunmaktadır. 2011 de beş yaş altı 40 milyondan fazla çocuğunda fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. 2015 yılında bu oranın sırasıyla 700 milyon ve 2,3 milyara ulaşacağı düşünülmektedir (52).

Türkiye'de de obezite prevalansı ciddi derecede yüksektir. 24,788 kişinin tarandığı TURDEP 2011 çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde kadınlarda %44,2, erkeklerde % 27,3 genelde ise %31,2 düzeylerinde obezite prevalansı tespit edilmiştir. Obezite gençleri tehdit eden yaygın bir sağlık sorunuyken, obezitenin risk oluşturduğu Üİ içinde dikkatli olunmalıdır (53, 54).

#### **4.4.8. Beslenme**

Kahve, kola gibi kafeinli içecekler, alkol, koyu çay, meyve suyu, domates, bal ve baharatlı yiyecekler mesane irritanı olduğu ve istemsiz detrusor kasılmasına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilecekleri bildirilmiştir (55).

#### **4.4.9. Sigara Kullanımı**

Sigara kullananlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı daha fazla görüldüğünden öksürüğe bağlı olarak Üİ riski 2-3 kat artmaktadır. Ayrıca sigara kullanımına bağlı östrojen seviyesinde düşme ve kollajen sentezinde azalmada Üİ riskini artışa neden olduğu tespit edilmiştir (44, 56, 57, 80).

## 4.5. Üİ Tanılama

### 4.5.1. Değerlendirme Aşaması

Üİ değerlendirilmesi 3 temel unsurla yapılır.

- Anemnez
- Fizik muayene
- Ürojinekolojik Testler ve Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri

#### 4.5.1.A. Anemnez

Üriner inkontinansın tespiti için doğru anemnezi almak çok önemlidir. Anemnez alınırken hastanın şikayetlerini ifade etmesi sağlanmalı aynı zamanda doğru sorular yönlendirilerek hastanın Üİ risk faktörlerine sahip olup olmadığı tespit edilmeli; ürolojik, obstetrik ve jinekolojik anemnez alınmalıdır. Kişinin düzenli kullandığı Üİ oluşumuna neden olabilecek ilaç varlığının sorgulanması, Üİ yaşanmasına etken olabilecek nörolojik bir hastalığın varlığı, günlük sıvı alımı, alkol ve kafeinli içecek tüketimi, doğum yapma durumu ve sayısı, konstipasyon hikayesi, geçirilmiş operasyonlar, KOAH, kronik öksürük, ailede Üİ varlığı, kişinin yaş ve menapoz durumu sorgulanmalıdır. Obezite, sigara kullanımı gibi Üİ gelişimine neden olan, alışkanlık ve yaşam biçiminin değiştirilmesiyle ortadan kaldırılabilecek faktörler tespit edilmelidir (11, 13, 14, 15, 55, 58).

Şikayetlerin ne zaman, nasıl başladığı, hangi sıklıkla ve hangi faaliyet sırasında yaşadığı ve daha önce bu şikayetler için herhangi bir tedavi görüp görmediği öğrenilmelidir. Anemnez alınırken kişilerin kendilerini ifade etme yeteneği aynı değildir. Daha objektif bir değerlendirme için 24 saatlik üriner günlük tutması istenir. Üriner gñnlükte 24 saatlik alınan ve çıkarılan sıvı miktarı, alınan sıvının cinsi kaydedilmelidir. Ayrıca idrar kaçırmayla ilgili; idrar kaçıрма miktarı, saati, o saatte meşgul olunan faaliyet belirtilmelidir. Bu günlük sayesinde idrar kaçırmının sıklığı, şiddeti ve Üİ çeşidi ile ilgili fikir elde edilir. Böylelikle Üİ anemnezi tamamlanmış olur (11, 13, 14, 15, 55, 58)

#### **4.5.1.B. Muayene**

- Pelvik ve genito-üriner sistem muayenesi
- Nörolojik muayene

Alt üriner disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin ve metabolik sorunların varlığı incelenmelidir. Nörolojik muayenede refleksler ve kasların motor gücü araştırılır. Hastaların genel aktivitelerine ve mobilitelerine engel olabilecek kas-iskelet sistemine ait sorunlar incelenir. Üriner inkontinans gelişimine katkıda bulunan pelvik relaksasyon ve diğer jinekolojik problemlerin belirlenmesi için jinekolojik ve ürolojik muayenenin yapılması gerekir. İntraabdominal basınç artışına neden olabilecek pelvik kitle, östrojen yetmezliğine bağlı organ ve doku atrofisi belirtileri muayene sırasında gözlemlenmelidir. Multiple skleroz, alzheimer, parkinson gibi sinir harabiyetine neden hastalıkların miksiyon kontrolünü etkilemekte olduğu unutulmamalı, gerek duyulursa ileri nörolojik muayene için bir nöroloğa yönlendirilmelidir.

#### **4.5.1.C. Ürojinekolojik Testler ve Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri**

##### Ürojinekolojik Testler

- İdrar Kültürü
- Q Tip Test
- Stres Test
- Ped Test

##### Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri

- Üroflovetri
- Sistometri
- Üretral Basınç Profili (UPP)
- Elektromyografi (EMG)
- Videoürodinami
- Ultrasonografi



## Ürojinekolojik Testler

- İdrar Kültürü

Üriner sistemle ilgili herhangi bir invaziv girişime başlamadan önce mutlaka enfeksiyon varlığı incelenmelidir. Üriner semptomlar enfeksiyona bağlı olabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon duyuşsal uyarı artışına ve istemsiz detrusor kontraksiyonlara yol açabilir. Ayrıca üretral sfinkter yetmezliğine de neden olabilir. Asemptomatik bakteriürisi olan kadınlarda enfeksiyon ürodinamik çalışmalarda detrusor over aktivitesi yönünden yanlış pozitifliklere yol açmaktadır bundan dolayı enfeksiyon tespit edilirse önce enfeksiyon tedavisi yapılmalıdır (11, 12, 14).

- Q Tip Test

Üretranın hipermobilitesinin değerlendirilmesinde kullanılır. Hasta litotomi pozisyonunda hazırlanır. Ucu pamuklu bir çubuk üretranın vezikal boynuna kadar ilerletilir ve daha sonra direçle karşılaşılan noktaya(üretrovezikal bileşke) kadar geri çekilir. Ucun doğru yerleştirilmesi önemlidir aksi halde yanlış sonuç verebilir. Daha sonra hastadan ıkınması istenir, eğer çubuk 35 derecen fazla açı oluşturuyorsa test pozitif kabul edilir, buda mesane boynunun anatomik desteğı bozulmuş demektir (11, 12, 14).

- Stres Test

Basit ancak Üİ ile ilgili objektif bilgi veren bir testtir. Teste başlarken hastanın mesanesinin dolu olması istenir. Hasta litotomi pozisyonunda iken öksürmesi, ıkınması istenir. Eğer idrar kaçağı yok ise; hasta ayağı kaldırılır ve ayakta öksürüp, ıkınması istenir. İdrar kaçağı olur ise test pozitif kabul edilir. Testin negatif olması inkontinansı elimine etmez. Ped test uygulanır (11, 12, 14).

- Ped Test

Ped test Üİ değerlendirilmesinde basit ve objektif bir yöntemdir. Testin 15 dakika süreni olduğu gibi 72 saat süreyle yapılan ped testlerde vardır. Hastaya önceden hassas terazi ile ölçülmüş ped verilir ve kısa süreli testlerde standart hareketler yapılması istenirken, uzun süren testlerde hasta normal yaşantısına devam edebilmektedir. Ardından ped çıkarılıp tekrar tartılır ve idrar kaçağı miktarı tespit edilir.

ICS 1 saatlik ped testi önermiştir. Buna göre 1 saatlik ped test aşağıda ifade edilen gibidir.

## 1 Saatlik Ped Test

### Başlangıç;

- Hasta idrarını yapar
- Jelatiniyle birlikte tartılmış ped hastaya verilir ve saate bakılır
- Hasta rahat bir yere oturur ve 500 ml su içer(en geç 15 dakika içinde bitirilir).

### 30. dakika

- 15 dakika süreyle yürüme, merdiven çıkma, oturup kalkma

### 45. dakika

### Kalan 15 dakika içerisinde

- 10 kez kalkıp oturma
- 10 kez kuvvetli öksürme
- Olduğu yerde 1 dakika koşma
- 5 kez yerden eğilerek küçük objeleri alma
- 1 dakika akan suda ellerini yıkama

1 saatin sonunda ped alınır, jelatin kabına konur ve tartılır. Hasta miksiyon yapar ve rezidüel volüm ölçülür.

Ped ölçüldüğünde; 2-10 gr arası hafif, 10.1-50 gr arası orta, 50.1 gr ve üzeri ciddi inkontinans olarak değerlendirilir. Menstüasyon ve üriner sistem enfeksiyonu olan kişilerde test uygulanmamalıdır (11, 13)

Rezidüel volüm; miksiyondan sonra üretral kataterle mesanede kalan idrar miktarıdır. Normalde 100-150 ml civarında olan rezidüel hacim büyük sistosel varlığında ve nörolojik bozukluklarda artar (14).

### Ürodinamik Laboratuvar İncelemeleri

- Üroflovetri

Hastaya dolu mesaneyle gelmesi söylenir ve oturur vaziyette miksiyon yaptırılır. Test yapılırken mesane içinde mutlaka 200 ml'den fazla olmalıdır, az olursa hatalı sonuç elde edilebilir (14).

Birim zamanda yapılan idrar miktarının ölçümüdür. Üç faktör ölçülür; detrusorun kasılma yeteneği, üretra basıncı ve idrar volümü. Normal bir test sonucu için detrusorun normal fonksiyon yapıyor olmalı ve üretra basıncı yüksek olmamalıdır (14).

- Sistometri

Mesane dolumu sırasında ortaya çıkan basınç-hacim ilişkisidir. Normal şartlarda intravezikal volüm arttıkça detrusor kası gevşeyerek intravezikal basıncı düşük tutmaya çalışır(14).

Sistometri inkontinansı olan hastada detrusor instabilitesini ekarte etmek için kullanılır. Ayırıcı tanıda önemli bir test olduğundan inkontinans cerrahisi uygulanacak hastalarda doğru tanı için önerilmektedir(14).

- Üretral Basınç Profili (UPP)

Mesane boynundan üretral meatusa kadar çekilen bir katater (basınç ölçer) yardımıyla üretra içi ve mesane basıncının ölçülmesidir. Bekleme durumunda üretra içi basınç mesane içi basınçtan yüksek olmalıdır. Miksiyon sırasında üretra içi basınç düşer ve idrar yapılır(11, 14).

- Pasif UPP; Hasta istirahatte iken, fonksiyonel üretra boyu, anatomik üretra boyu, intraüretral kapanma basıncı hesaplanır.. üretra içi basınçtan mesane içi basınç çıkarılarak maksial üretral kapanma basıncı (MUKB) hesaplanır. Kontinansın sağlanabilmesi için maksimal kapanma basıncının pozitif olması gerekir(11).
- Dinamik UPP; MUKB hesaplanmasındaki gibi uygulanır yalnızca hastadan ard arda öksürmesi istenir. Öksürme sırasında artan intraabdominal basıncın, mesane, üretra içi ve üretral kapanma basınçlarına etkisi incelenir(11).

- Elektromyografi (EMG)

Eksternal sfinkter fonksiyonun ölçülmesini sağlar. İğne elektrotlar üretranın yan taraflarına sokularak çizgili kasın kontraksiyonlarının ölçülmesini sağlar. Pelvik tabanın iğne EMG si kasların anatomik lokalizasyonunun haritasını çıkarabilmektedir çoğunlukla ultrasonografi eşliğinde yerleştirilmektedir. Normalde miksiyonun sonuna doğru pelvik kaslarda aktivite artar ve detrusor gevşerken üretra kasılır. Test patolojik ise nörolojik bir

bozukluk olduğu anlamına gelir. En önemli katkısı, sinir zedelenmelerinin tanısının konulması ve hasarın akut mu yoksa kronik mi olduğunun saptanabilmesidir (13,14).

- Videoürodinami

Sistometri yapılırken mesanenin kontrast madde ile doldurup, sistometri verileri yanı sıra, doldurma işleme fazında mesanenin mesanenin anatomik değişiklikleri eş zamanlı izlenip, kaydedilmektedir. Komplike inkontinans vakalarında uygulanması önerilir(11).

- Ultrasonografi

Mesane, üretra ve etrafındaki dokuların pozisyon ve anatomisi hakkında bilgi verir. Ayrıca üriner katater kullanmadan rezidüel hacimin ölçülmesi imkanı vardır. Renkli doppler ile mesane duvarı ve üretra duvarı damarlanmaları değerlendirilebilir. Ucuz olması, X ışını gerektirmemesi, kısa uygulama süresi, güvenilirliği ve ofis şartlarında uygulanabilmesi ayrıca perineal ultrasonografi stres pozisyonunda probun hareket etmemesi, mesane boynunu daha topografik göstermesi ve geniş sistoseli olanlarda uygulanabilmesi gibi avantajları nedeniyle çok yaygın kullanılmaktadır(11, 14).

## **4.5.2. Üİ Belirtileri ve Sınıflandırılması**

ICS'nin 2002 yılındaki en son terminoloji standardizasyon raporunda üriner inkontinans; "her türlü idrar tutamama yakınması" olarak tanımlanmıştır. Farklı koşullarda ve farklı yaş gruplarında idrar kaçırma yaşandığı bilinmektedir. Üİ geniş bir kavram olup birçok semptomla ortaya çıkabilmekte ve semptomlar akut ya da kronik belirtilerle kendini gösterebilmektedir. Ayırıcı tanı açısından özellikle semptomların çok detaylı sorgulanması, dikkatle ve titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu süreç etiyolojinin aydınlatılması, tedavinin belirlenmesi için oldukça önemli bir basamaktır. Doğru teşhisin konulması önemlidir. Doğru teşhisin konulabilmesi için de Üİ alt gruplarının bilinmesi gerekmektedir(3, 4).

### **4.5.2.A. Urge İnkontinans(Sıkışma İnkontinansı- Detrusor İnstabilitesi)**

Acil idrar yapma isteği oluşturacak şekilde istemsiz idrar kaçırmasıdır. Etiyopatogenezinde dolun fazında detrusor kas aktivitesi üzerindeki istemli santral kontrolün kaybolması ve bunun sonucunda istemsiz detrusor kontraksiyonların gelişmesi yatmaktadır. Bu duruma pollaküri (sık idrar yapma isteği)ve noktüri(gece idrar yapma) gibi semptomlarda eşlik

edebilir. Üriner enfeksiyon, mesane taşı, üretral sendrom, gebelik, bazı ilaçların kullanımı, diabetes, nörolojik bozukluklar ve fazla sıvı alımında görülebilir. Bazende; ısı değişimi, su sesi duyma ve cinsel ilişkide orgazm ile beraber etkinleşebilir. Kaçırılan idrar miktarı mesanenin doluluğuna ve semptomların derinleşmesi ile ilgilidir(11, 12, 13, 14, 41, 59).

#### **4.5.2.B. Stres İnkontinans**

Öksürme, gülme, hapşırma, ağır kaldırma, egzersiz gibi nedenlerle intraabdominal basınç artışı durumunda idrar kaçığının olmasıdır. İntraabdominal basınç artışı, mesane boynu ve üretranın idrar tutucu gücünün aşılmasına ve inkontinansa yol açar. Doğum şekli ve sayısı, menapoz, obezite, KOAH, kronik öksürük, sigara kullanımı, genetik faktörler, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle de üriner sistem anatomisinde bozulmalar oluşur ve stres inkontinans gelişmesine neden olur. Üretra boyunun da yapısal olarak kısa olmasının stres inkontinansa zemin hazırlayabildiği düşünülmektedir(11, 12, 13, 14).

#### **4.5.2.C. Miks İnkontinans**

Stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü durumdur. Genç kadınlarda stres inkontinansın tek başına görülme durumuyla daha sık karşılaşılırken yaşlı kadınlarda miks inkontinans oranı daha yüksektir(12, 13).

#### **4.5.2.D. Fonksiyonel İnkontinans**

Azalmış motilite ve iskelet-kas ağrısı gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Tuvelete yetismeyi zorlaştıran veya tuvalet yapmayı zorlaştıran kognitif, psikolojik veya fiziksel bozukluklara bağlıdır ve ileri yaştaki kadınlarda daha sık görülür. Fonksiyonel inkontinansın olası nedenlerini hatırlamak için **DIAPPERS** (**D**eliryum, **İ**nfesiyon, **A**trofi, **F**armakoloji-**P**armacology, **P**sikoloji, **E**ndokrinopati, **K**ısıtlı mobilite- **R**estricted mobility, **F**ekal tıkanıklık-**S**cool impaction) olarak kısaltılan algoritmadan yararlanılmaktadır (11, 12, 13)

#### **4.5.2.E. Overflow(Overflow- Taşma) İnkontinans**

Kabaca dolup taşma şekline idrar kaçırmasıdır. Mesanenin büyük gevşek bir torba gibi olup, detrusor aktivitesinin hiç ya da çok az olmasıdır. Mesanenin aşırı dolması sonucunda belirli aralıklarla küçük miktarda istemsiz idrar kaçırılması durumudur. Mesane içi basınç üretra içi basıncı geçtiği zaman idrar kaçırma meydana gelmektedir. Diabetes mellitus, alt spinal kord yaralanmaları, pelvik kitleler, sistosel, uterus prolapsusu overflow inkontinans nedeni olabilir (60, 61, 14).

Üriner inkontinansın bu 5 temel tipine ek olarak enüresis nokturnadan da bahsedilmektedir.

#### 4.5.2.F. Enüresis Nokturna

Uyku sırasında idrar kaçıırma durumudur. Bu durumun ani idrar yapma isteğiyle uykudan uyanıp tuvalete yetişememe (urge inkontinans) ile karıştırılmaması gerekmektedir. Bu inkontinans tipi iki şekilde görülür.

- Primer enüresis nokturna; çocukluk çağında başlar ve erişkin dönemde devam eder.
- Sekonder enüresis nokturna; çocukluk çağında ortadan kalkıp, erişkin dönemde tekrar ortaya çıkan şeklidir (13).

#### 4.6. Üİ Tedavisi:

Üİ rahatsızlık hissinden depresyona kadar uzanan ciddi psikolojik boyutları olduğu gibi; ıslaklık, dışarıdan fark edilme hissi, koku oluşumu gibi durumlarında yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu gibi şikayetlerle hayatları bir çok yönden olumsuz etkilenen kadınlar aynı zamanda inkontinansı bir kusur- ayıp olarak gördükleri ve utanç duydukları için öncelikle ped kullanma, sık tuvalete gitme ve hatta az su içme gibi kendilerince önlemler alırlar. Şikayetleri başedilemez boyuta geldiğinde hekime başvururlar. Buda tedaviyi zorlaştıran ve kompleks tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulan bir tedavi süreci gerektirir(15, 20, 31, 53).

Üİ tedavisinde yöntem seçimi hastanın şikayetlerine, Üİ çeşidine, şikayetlerinin sıklığına, şiddetine ve hastanın isteklerine bağlıdır. Çoğu kadında yaşam tarzında yapılan değişikliklerle stres inkontinans tedavisine katkı sağladığı bilinmektedir. Obez kadınların kilo vermesi, kafeinli içecek ve alkol alımının azaltılması ve sigara içme alışkanlığının giderilmesi inkontinans tedavisine katkı sağlayacaktır. Uygulanacak tedavi alternatifleri, riskleri ve beklenen sonuçları hastaya anlatılmalı ve uygulanacak tedavi hakkında tedaviye başlamadan bilgilendirme yapılmalıdır.

##### 4.6.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri

###### 4.6.1.A. Davranışsal Tedavi

I. Pelvik Taban Kas Egzersizi

II. BİOFEEEDBACK

III. VAGİNAL KON

IV. Mesane Eğitimi

V. Tuvalete Gitme Programı

Vi. Diyet

4.6.1.B. Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon

4.6.2. Farmakolojik Tedavi

4.6.3. Cerrahi Tedavi

### **4.6.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri**

#### **4.6.1.A. Davranışsal Tedavi**

Davranışsal tedavi yöntemlerini ön plana çıkaran ayrıcalıkları; basit, kolay uygulanabilir, en az girişimsel, güvenilir olması ve yan etkilerinin olmamasıdır. Uygun hastalarda tercih edilmesi gereken öncelikli tedavi yöntemi olmalıdır. Davranışsal tedavi de hastanın motivasyonu ve uyumu oldukça önemlidir. Hastayla iletişim içinde olmak ve hastayı tedavi süreci hakkında tedaviye başlamadan önce geniş kapsamlı bilgilendirmek uyumu kolaylaştıracaktır(55).

#### **4.6.1.A.İ. Pelvik Taban Kas Egzersizi**

İlk kez 1940 yılında Arnold KEGEL tarafından tanımlanmıştır. Bu nedenle ‘kegel egzersizi’ olarak da anılmaktadır. Kegel egzersizinin amacı; pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunun iyileşmesini sağlamaktır. Ayrıca başka bir görüşte pelvik taban kasını üçüncü bir sfinkter olarak kabul etmektedir. Bu yönüyle de egzersiz ayrı bir önem kazanmaktadır(17, 58, 63) .

Bu egzersizi yaparken doğru kasların kasılıp gevşetilmesi, bunun içinde kasların yerinin ve kasılma şeklinin hastaya öğretilmesi tedavinin başarısı için önemlidir. Doğru kasların kasılmasını öğretebilmek için egzersizi uygulayacak kişinin anlayış seviyesine göre bir anlatım kullanılmalıdır. Hastadan idrarını ve gaz çıkışını tutar gibi pelvik taban kaslarını sıkması, ardından gevşeme için ise idrar ve gaz çıkışını sağlar gibi kendini rahat bırakması istenir. Bu egzersizi öğrenirken yapacak kişi sırt üstü uzanarak bacaklarını bükmeli, ardından 10 sn. pelvik taban kaslarını kasıp, 10 sn. gevşetmelidir. Kasılma sırasında yalnızca pelvik taban kasları kasılmalı; gluteal, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Egzersiz öğrenildikten sonra oturken, yatarken, ayakta dururken uygulanabilir. Pelvik taban kasları çok zayıf olan kişilerde 10 sn.lik kasma süresinin tamamında kasılı olmayıp erken gevşeyebilir ve daha uzun bir dinlenme süresine ihtiyaç olabilir. Egzersiz doğru yapıldığında kaslardaki güçlenmeye paralel kasılı kalma süresinin de uzadığı görülecektir(63).

Egzersiziz fizyolojik etkileri 2 – 3 belirginleşmeye başlar. En iyi sonuçlar için egzersize en az 6– 8 hafta devam edilmelidir. Bu sürenin sonunda şikayetler azalmakta ve 6 ayda da düzelme olmaktadır(64, 65, 66). Bunun için egzersizin düzenli ve doğru şekilde yapılması önemlidir. Egzersizin yararlarını korumak için hayat boyu yapılması gerekir. Aksi halde egzersizle güçlenen pelvik taban kasları, zayıflar ve güçsüz haline geri döner(67).

Egzersiz önce günde 3 kez tekrarlanarak başlanır. Ancak ulaşılması istenen günde 10 kez, 10 adet yavaş kasılmanın yapılması ardından 10 adet hızlı kasılma yapılmasıdır, bu bir set anlamına gelir. Kegele göre ise günde 300 tekrara ulaşılmalıdır. Egzersizin etkinliğinin ortaya çıkması için ise; 24 saatte 6 ya da 8 egzersiz set yapılmalı ve her setin 20-30 dk. olması gerekmektedir.

Kegel egzersizleri sayesinde; pelvik taban kas gücü ile beraber orgazm ve bağırsak kontrolü artarken, vajinal doğumlarda yırtık oluşma ve pelvik organ prolapsusu ihtimali de azalır.

#### **4.6.1.A. İİ. Biofeedback**

Bu yöntem ilk kez 1940 yılında Arnold Kegel tarafından kullanılmıştır. Anal bölge veya vajene yerleştirilen sensörlerin monitorize edilmesiyle pelvik taban kaslarının tanımlanması ve kasılma şiddetinin ölçülmesini sağlayan metoddur. Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Bu yöntem sayesinde hasta kaslarını doğru olarak kasmayı ve nasıl kullanacağını daha kolay öğrenir. Biofeedback yönteminde kaslar 10 sn kasılıp, 20 sn dinlendirilir. Haftada 3 kez 25- 35 dakika süreyle uygulandığında 10-20 seans sonunda olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Biofeedback tedavisi tamamlandığında pelvik taban egzersizleriyle hasta taban kaslarının gücünü korumaya devam etmelidir(11, 13, 14, 23, 62, 68).

#### **4.6.1.A.İİİ. Vajinal Kon**

Pelvik taban kas gücünü artırmak ve pelvik taban kas eğitimini öğretmek amacıyla kullanılır. 20 gr. dan 100 gr. a kadar farklı ağırlıklarda bulunan vajinal konlardan önce en hafifi günde 2 kez, başlangıçta 10 dk daha sonra 20 dk süresince vagina içerisinde tutması istenir. Eğer tutulabiliyorsa daha ağır olan konla aynı egzersiz tekrarlanır(11, 13, 14, 17, 62) .

Vajinal kon kullanan kadınlar arasında az sayıda şikayet bildirilmiştir. Ancak muayenelerde araçtan kaynaklanan erozyon ve irritasyon bulgularına rastlanmamıştır. Sonuç



olarak, tedavisinde tek kullanımlık vajinal araçların kullanımının uzun dönemde de etkili, güvenli ve hasta uyumunun iyi olduğu sonucuna varılmıştır(62, 72).

Ahlak ve din kurallarının etkisiyle şekillenmiş toplum kuralları kişiyi kimi zaman tedavi için bir seçim yapmaya yönlendirebilmektedir. Ülkemizde virgo olmak bir genç kız ve ailesi için çok önemli ve kıymetli olabilmektedir. Bu nedenle vajinal kon kullanımı tercih edilmemektedir. Danışmanlık hizmeti verirken hemşireye düşen görev böyle bir yöntem olduğunu anlatmak ve seçme hakkını sunmaktır.

#### **4.6.1.A.IV. Mesane Eğitimi**

Mesane eğitimi haftalık artan sürelerle, sadece belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği bir programdır. Amaç; idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini artırmak ve mesane kontrolünü sağlamaktır. Programda önce sık aralıklı bir program hazırlanır. Hastadan önceden belirlenen saatlerde tuvalete gidip mesanesinin boşaltması istenir. İstenilen saatten önce miksiyon ihtiyacının gelmesi halinde, dikkatini başka yöne vererek belirlenen saati beklemesi ya da belirlenen saatte miksiyon ihtiyacının olmaması halinde yine de tuvalete gitmesi ve mesanesini mümkün olduğu kadar boşaltmaya çalışması istenir. Geceleri de programa uyarak tuvalete kalkması ve programa uyması konusunda teşvik edilmelidir. Eğer program başarıyla uygulanabiliyorsa, tuvalete gidilecek zaman aralıkları uzatılarak başka bir program hazırlanır. Bu süreç normal tuvalete gitme zaman aralıklarına(3-4 saatte) ulaşan bir program hazırlanana kadar devam eder(62, 63, 17).

#### **4.6.1.A.V. Tuvalete Gitme Programı**

Bu yöntemde amaç; hastanın ıslanmadan kuru kalmasını sağlamaktır. Buna yönelik hastanın sıkça tuvalete gideceği bir tuvalete gitme programı oluşturulur. 2-4 saatte bir miksiyon ihtiyacının karşılanıldığı, hastanın durumuna göre tuvalete gitmesi ya da sürgü verilmesi esastır. Yaşlı, yatalak ya da alzheimer hastaları için uygundur(62, 63).

#### **4.6.1.A.VI. Diyet**

Birçok gıda maddesi mesane irritasyonu başlatma veya arttırmada önemli rol oynamaktadır. Mesane irritasyonunun ise; istemsiz detrusor kontraksiyonuna neden olduğu ve inkontinansa yol açtığı bilinmektedir. Alkol, kafeinli ve asitli içecekler, domates, bal ve şekerli yiyecekler inkontinansa etkili gıda maddelerindedir. İnkontinans yaşayan kadınların mesane irritanı olan bu gıda maddelerini beslenme biçimlerinden çıkarmaları istemsiz detrusor kontraksiyonun azalmasına neden olurken; obez bireylerin düşük kalorili beslenme

biçimini benimsemesi, kilo kaybına ve abdominal basıncın düşmesiyle birlikte kontinansa katkı sağlar (17, 55, 62, 70, 71).

#### **4.6.1.B. Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon**

Düşük frekanslı elektrik akımı vajen ya da rektumdan prob ve ya yüzeysel elektrotlar ile perineye verilir. Böylelikle pelvik taban kasları kasılmış olur. Bu kasılmalar pelvik taban kaslarını güçlendirir. Ayrıca üretral ve anal sfinkter fonksiyonlarında artış, istemsiz detrusor kontraksiyonlarında azalma meydana getirir. Fonksiyonel elektrik stimülasyonunun faydalarına devam edebilmek için hastaların tedaviye pelvik taban egzersizi yaparak devam etmesi gerekmektedir(11, 14, 62).

#### **4.6.2. Farmakolojik Tedavi**

##### **4.6.2.A. Östrojen Tedavisi**

Üreterin sfinter mekanizması bu mekanizmayı oluşturan dokuların menapoz dolayısıyla atrofiye uğrayıp bozulabilir. Östrojen takviyesiyle atrofiye engel olmak, ve kontinans mekanizmasını sağlıklı tutmak esastır(11, 14).

##### **4.6.2.B. Diğer İlaçlarla Tedavi**

Detrusor kası ve üretra düz kasları kasılmayı sağlayan alfa adrenerjik reseptör içerir. Aynı kaslarda gevşemeyi sağlayan beta adrenerjik reseptörlerde bulunmaktadır. Beta reseptörler mesane gövdesinde çok, alfa reseptörler ise mesane tabanı ve üretra kasında çok sayıda bulunur. O nedenle adrenerjik agonistler iki yolla mekanizmaya etkili olarak mesane tabanında kasılma, üretrada da kapanmaya neden olurlar. Beta reseptörler aktivitesi ise vezika kasılmasına mani olur (14).

İki tip ilaç kullanılır;

1. Detrusor kontraksiyonlarını azaltan ilaçlar
2. İdrar rezistansını azaltan veya çoğaltan ilaçlar

1. Detrusor kontraksiyonlarını azaltan ilaçlar

- ✓ Antikolinergikler
- ✓ Antisepazmotikler
- ✓ Trisiklik antidepresanlar
- ✓ Kalsiyum kanal blokerleri

2. İdrar rezistansını azaltan veya çoğaltan ilaçlar

- ✓ Vezikayı kontrakte edenler (betakenol, neostigmin)
- ✓ Mesane boynunu gevşetenler (metil dopa, fenoksibenzamin, fenotiazinler)
- ✓ Vezika (detrusör) gevşetip üretrada direnç artışı yapan preparatlar (pseudoephedrine, phenlypropanolamine, imipramine) (14)

### 4.6.3. Cerrahi Tedavi

İnkontinans olgularında tedavi yöntemi olarak öncelik invaziv olmayan seçenek olmalıdır. Ancak konservatif tedaviye yanıt vermeyen ya da ilerlemiş olgularda cerrahi müdahaleden başka seçenek kalmamaktadır. İleri yaş, postmenopozal durum, obesite ve ciddi genito-üriner prolapsus cerrahi başarı şansını etkiler. Bu nedenle cerrahi öncesi hastanın değerlendirilmesi ve hasta için gerekli olan operasyon türünün seçilmesi önemlidir. Cerrahi müdahalede amaç; bozulan anatomiye düzeltmek ya da inkontinansa neden olan etkeni ortadan kaldırmaktır.

İnkontinans cerrahisi teknikleri şu şekilde sınıflanabilir (69):

- Kolporafi anterior ve Kelly mesane boynu plikasyonu
- Üretral hipermobiliteye bağlı inkontinansı düzeltmeye yönelik abdominal mesane boynu süspansiyon operasyonları
- ✓ Retropubik: Burch kolposüspansiyon (açık/laparoskopik), Marshall-Marchetti-Krantz
- ✓ Paravajinal: Paravajinal defekt tamiri, vajinal-obturator raf operasyonu
- ✓ İğne süspansiyonu: Pereyra ve modifikasyonları (Stamey, Raz, Gittes)
  - İntrinsik sfinkter yetmezliğine bağlı inkontinansı düzeltmeye yönelik operasyonlar
- ✓ Askı (sling) operasyonları
  - Otolog materyaller: Rektus fasyası, fasya lata
  - Heterolog materyaller: Domuz dermisi, dura mater
  - Sentetik materyaller (midüretal askılar): Tension-free vaginal tape (TVT), intravajinal slingplasti, suprapubik ARC, obturator askı, tension-free vaginal tape obturator sistem (TOT)
- ✓ Periüretal enjeksiyon: Teflon, kollajen
- ✓ Yapay sfinkter

Cerrahi tedavi gençlerde tercih edilmemektedir. Öncelikli seçenekler konservatif ve farmakolojik tedavi alternatifleridir.

#### 4.7. Toplumsal Maliyeti

Üİ yaşayan bireyler hijyen gereksiniminin artması nedeniyle; emici ped kullanma, sık iç çamaşır değiştirme ve değiştirilen çamaşırların yıkanması, kişilerin ihtiyaçlarından daha fazla sayıda iç çamaşıra sahip olması, tedavi ve bakım gereksinimleri gibi bireysel masrafları olmaktadır. Ayrıca toplumsal maliyetlerinin de olduğu Kanada Kontinans Vakfı (The Canadian Continence Foundation-TCCF) tarafından 2009 yılında ortaya konulmuştur. Buna göre bireysel ürünlere yıllık kişi başına 1.500 dolar harcandığını, Kanada da işverenlere günlük 9 milyon dolara, kayıp verimliliğin ise 1,5 milyar dolara mal olduğunu, toplamda Üİ in Kanadalılara her yıl yaklaşık 5,600,000,000 dolara mal olduğu düşünülmektedir (42).

ABD de 2006 yılında yapılan bir araştırmada ise; şiddetli Üİ yaşayan kadınların yıllık 900 dolarlık harcama yapmak zorunda oldukları, etkili inkontinans tedavisinin maliyetleri azaltabileceği ve yaşam kalitesini arttırabileceği bildirilmiştir (43).

2009 yılında Avusturalya da yapılan bir çalışma Üİ genel prevalansını % 41,7 olarak açıklamıştır (73). Avusturalya da yapılan başka bir çalışmada ise; 2008-2009 yılları arasında inkontinans için tahmin edilen sağlık harcamalarının 201.600.000 dolar olduğunu bildirmiştir. Harcamaların % 72 sinin (145.500.000 \$) hastane hizmetleri için ayrılabilceğini öngörmüştür. Bu tahminlere zaman, çamaşır, giyim gibi kişisel harcamalar dahil edilmemiştir (44).

Gerçek Üİ maliyetleri bilinmemektedir. Ancak ülkeler adına büyük ekonomik gider oluşturduğu ortaya konmuştur. Ülkemizde Üİ maliyetini ortaya koyan bir çalışma olmaması nedeniyle ülkemizdeki maliyet giderleri bilinmemektedir.

Üİ yaşayan bireylerin çok büyük bir kısmı, inkontinans yaşama durumları sıklaşmadan, bu sorunla baş edemez hale gelmeden hekim yardımı için başvurmamakta, bu da problemin daha da derinleşmesine neden olup yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi tedavi ve bakım masraflarını da arttırmaktadır. Bireylerin rahatsızlığı ilerleyerek, tedavi için yüksek maliyet gerektiren kompleks işlemler yapılmasına neden olmaktadır (15, 44, 35, 36). Oysaki erken dönemde Üİ tanımlandığında çok basit egzersizlerle tedavi edilmesi mümkün olduğu gibi kişisel masraflar ve ülke ekonomisi adına maliyetleri de en aza indirgenebilir. Bu nedenle Üİ erken dönemde tanınması ve tedavisi oldukça önemlidir.

## **4.8. Üriner İnkontinansın Etkileri ve Yaşla Bağlantısı**

### **4.8.1. Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi ve Gençlerdeki Etki**

Üriner inkontinans her yaşta kadın hayatını olumsuz yönde etkileyen, sosyal ve hijyenik yönleri bulunan bir sorundur. Kişinin sadece tıbbi sorunu olmakla kalmayıp fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal hayatını, ayrıca yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yaşama kalitesi terimi ilk olarak 1939 yılında Thorndike tarafından “ sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi birçok yönde incelenebileceği gibi, genel olarak yaşamkalitesi; “algılanan yaşam koşullarından memnun olma derecesi” olarak tanımlanabilir (24, 25).

Üriner inkontinansta yaşanan fiziksel sorunlara bağlı olarak önemli psikolojik ve sosyal komplikasyonlar da ortaya çıkmaktadır. Üİ yaşayan kadınların, yaşamayanlara göre yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, Üİ yaşama süresi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ve bu sorunu daha sık yaşayanların yaşam kalitelerinin yaşamayanlara göre daha düşük olduğu bilinmektedir (15, 17, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

Üİ yaşayan yetişkin kadınlarla ilgili birçok yaşam kalitesi araştırması bulunurken, genç popülasyonda yapılan araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 15-24 yaş grubunu “Gençlik dönemi” olarak tanımlamaktadır (1). Gençlik döneminde fizyolojik değişikliklere alışmaya çalışan genç, aynı zamanda çevresi ile de yoğun etkileşim içindedir. Kendini kabullendirme ve ön plana çıkma isteği baskındır. Çevresindeki insanların konuşması, mimikleri bile duygularını anında değiştirebilir. Olumsuz olarak algıladıkları durumlar karşısında içe kapanabilir, bu durumun sürekliliği ise genç bireyin hayat kalitesini oldukça etkileyen bir faktördür (16).

11-17 yaşlar arası akciğer hastalığı bulunan kızlarda yapılan bir araştırmada kistik fibrozlu olanların %33’ünde, astımlı olanların da %16’sında inkontinans tespit edilmiştir. Bu araştırmada gençlerin bir kısmının erkek doktorlarla bu durumu paylaşmayı utanç verici olarak algıladıkları hatta bu konuyu aileleriyle de paylaşmak istemedikleri rapor edilmiştir. Yine bu araştırmada yaş ortalaması düştükçe inkontinansın bir hastalık olarak değil, bir kusur-ayıp olarak algılanmasının arttığı ve gençlerin bu durumu mümkün olduğu kadar kimseye bahsedilmemesi ve ertelenmesi gereken bir sorun olarak algıladıkları ortaya konulmuştur (9).

### **4.8.3. Üİ Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinde Hemşirenin Rolü**

Üİ yaşama durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar Üİ yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini gösterirken yaşla ilgili farklı ilişkiler bulunmuştur. Yapılan çalışmalar Üİ yaşama süresinin uzamasının da yaşam kalitesi üzerine ilave bir etki yapmadığını rapor etmektedir. Özerdoğan' ın yaptığı araştırmada Üİ etkilerinin yaşla ilişkili olmadığı ortaya konulmuştur (62, 71). Bu bilgiler Üİ yaşayan genç ve ileri yaşta bireylerin yaşam kalitelerinin etkilenme durumları arasında bir fark olmadığını düşündürmektedir. İlgün'ün yaptığı çalışmada biofeedback ile pelvik taban kas egzersizi uygulanan hastaların yaşam kalitesi skorlarında artış olduğu rapor edilmiştir (101). Hemşireler Üİ yaşayan gençlerin tespit edilmesinde etkin rol alabileceği gibi pelvik taban kaslarını çalıştırmaya yönelik kegel egzersizlerinin öğretilip uygulanmasına teşvik ederek gençlerin yaşam kalitelerinin olumlu olarak etkilenmelerini sağlayabilirler.

Üİ rahatsızlık verici birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Islaklık ve koku, oluşumunun dışarıdan da fark edilebilme ihtimali inkontinans yaşayan bireyi oldukça rahatsız eder ve sosyal izolasyona kadar ilerleyebilecek bir sürece neden olur. Bu süreç içerisinde birey benlik saygısını zamanla kaybedebilir (62, 102, 103). Hemşirelerin Üİ yaşayan bireyleri ilgili tedaviyi alma konusunda teşvik etmeleri, rahatsızlık veren durumlarında ortadan kaldırılmasına destek olunması anlamını taşımaktadır. Bu nedenle tedaviyi tamamlamak ve ilerlemiş bir sosyal izolasyon durumu var ise; gerekli danışmanlık hizmetini vererek profesyonel bir psikoloğa yönlendirmeleri gerekmektedir. Gençlik duygusal iniş çıkışların daha yoğun olarak yaşandığı bir dönem olması bakımından Üİ yaşayan gençlerin benlik saygısı bakımından daha fazla etkilenecekleri düşünülebilir. Gençlere hizmet veren hemşirelerin bu bakımdan daha dikkatli olmaları gerekmektedir.

#### **4.8.4. Üİ Önlenmesi, Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü**

Hemşire; her ortamda bireyin, hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama sürecinde belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımı planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık profesyonelidir. Bu sınırlar içerisinde baktığımızda birçok alanda sorumlulukları olan hemşirelere Üİ korunma, tedavi ve rehabilitasyonunda da görev düşmektedir.

Üİ etiolojisinde pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Tedavi sürecinde farklı seçeneklerin yer alması tedavinin başarısını etkilediği gibi inkontinansı olan kişinin tedaviye uyumunu etkilemektedir. Ancak kişilerin Üİ in ileri evrelerinde tedavi için hekime başvurmaları ve konservatif tedavi yöntemlerinin etkili olabimesi için uzun bir süreç gerektirmesi inkontinans tedavisinin en büyük çikmazıdır. İnkontinans tedavisinin tamamlanabilmesi ve risk faktörlerinin belirlenip, risklerin ekarte edebilmesi için tedavi sürecinde hastalarla tam bir iletişim içinde bulunmak gerekmektedir. Ayrıca sağlığın sürdürülebilmesi ve korunması bakımından sağlıklı bireylerde bu konuya farkındalık getirmek için; koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmesi ve risk gruplarının tespitinde de hemşirelerin önemli görevleri bulunmaktadır.

#### **4.8.5. Üİ Önlenmesinde Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü**

Hemşirelerin bu aşamadaki görevleri de hemşirenin danışmanlık görevi halk sağlığı eğiticiliği fonksiyonuyla ortaya çıkmaktadır. Üİ korunmak elde olmayan faktörlere (genetik yatkınlık, yaş vb. ) bağlı olduğu gibi yaşam biçiminde değişiklik sağlanarak pelvik kasları güçlendirmek ve dolayısıyla Üİ korunmak mümkündür.

- Dengeli beslenerek obeziteden ve kabızlıktan korunulmalıdır.
- Sigara kullanımından uzak durulmalıdır.
- Pelvik taban kaslarını güçlü tutmak için; Üİ olmaksızın kegel egzersizleri uygulanabilir. Hiçbir yan etkisi olamamakla birlikte kegel egzersizlerinin doğru biçimde uygulanması Üİ dan korunmaya büyük katkı sağlamaktadır.
- Bol sıvı alımı ancak alkol, kafeinli içecekler tüketiminin sınırlandırılması sağlanmalıdır.
- Diabet ve kronikleşmiş akciğer hastalıklarından korunmanın inkontinanstan korunma anlamında da yardımcı olacağı anlatılmalıdır.

- Gençlere çok sayıda doğum yapmanın da Üİ etkeni olabileceği anlatılmalı ve gerektiğinde aile planlaması yaparken bu durumu da göz önünde bulundurmaları konusunda bilgi verilmelidir.

#### **4.8.6. Üİ Tedavisinde Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü**

Cerrahi tedaviye karar verilmiş hastalarda; hastaya tedavi süreci ve bu süreçte onu bekleyen olası sorunlar ve çözümleri ile ilgili danışmanlık verme, preoperatif dönem hazırlıklarının yapılması, emosyonel destek verilmesi, gerekirse premedikasyon uygulanması ve post-operatif dönemde bakım verici rolleri bulunmaktadır. Ancak gençlerde cerrahi tedavi en son düşünülecek hatta özel bir durum yaksa düşünülmeyecek bir tedavi biçimidir.

- Farmakolojik veya konservatif tedavi planlanan hastalarda tedavi ile ilgili bilgi verilmesi, tedavi süresince dikkat edilmesi gerekenler, ayrıca F.E.S(Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon)ve biofeedback yönteminde hastanın işleme hazırlanmasında ve bu süreç içerisinde titizlik gerektiren konularda(mahremiyet, hasta güvenliği vb.) hastanın kendini rahat ve güvenli hissedeceği ortamı oluşturur.
- Üİ şikayeti olan bir çok kadının başvurduğu yöntem sıvı alımını azaltmaktır, oysa ki bu çok ciddi bir hatadır. Sıvı alımının azaltılması başka doku ve organlara zarar verdiği gibi Üİ azaltmaz hatta bu sorunu derinleştirmektedir. Çünkü sıvı alımı az olduğu takdirde idrar konsantre hale gelir. Konsantre idrar da mesane irritanıdır ve detrusor kontraksiyonlarını aktive eder. Bu nedenle sıvı alımını azaltmaması konusunda özellikle durulmalıdır(en az 1,5 lt sıvı alınması gerekmektedir).
- İnkontinansı tetikleyen yiyecek ve içeceklerden kaçınması sağlanmalıdır(örn: çikolata, kafein, soda, alkol, bal, domates, portakal suyu, karpuz).
- Konstipasyonu önleyecek diyet uygulanmalıdır.
- Kan glukoz seviyesi kontrol edilmelidir.
- Varsa kronik öksürük tedavi ettirmesi için yönlendirilmelidir.
- Tuvalet ulaşma ile ilgili problem varsa tespit edilip ortadan kaldırılmalıdır.
- Üriner enfeksiyonu önlemek için hijyen kuralları öğretilmelidir.
- İlaçların yan etkileri konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir (örneğin; üriner inkontinans tedavisinde kullanılan antikolinerjik ilaçların ağız kuruluğu, konstipasyon, baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi gibi belirtilerini bilinmeli ve gerekli önlemleri almalıdır)
- Kegel egzersizleri öğretilmeli ve sürdürmesi için teşvik edilmelidir



- Mesane eğitimi / tuvalete gitme programları düzenlenmeli, ve programa uyulup uyulmadığı takip edilmelidir (77).

#### **4.8.7. Üİ Rehabilitasyonunda Yapılması Gerekenler ve Hemşirenin Rolü**

Üİ' ye yönelik verilecek eğitimde, üzerinde durulması gereken konular aşağıda sıralanmıştır.

- Ağır kaldırma abdominal basıncı arttırarak Üİ ye neden olmaktadır bu nedenle ağır cisimlerin kaldırılmaması ya da çekilerek taşınmasının öğretilmelidir.
- Obez ve fazla kilolu olma Üİ arttıran bir faktördür. Normal sınırlarda kilo miktarının korunması, fazla kilosunu olanların uygun diyet ve egzersiz programlarıyla zayıflaması ya da bu konuda profesyonel bir yardım alması sağlanmalıdır.
- Sık kabızlık sorunu yaşamalarının önlenmelidir. Kabızlık dolayısıyla defekasyonda zorlanma, ıkınma pelvik organ prolapsuslara neden olabileceği gibi mesane ve üretra boynunun anatomisini de bozarak Üİ etkeni olabilmektedir.
- Sigara kullanımının birçok zararı bulunur. Östrojen seviyesini düşürüp genital organ atrofilerine neden olarak, aynı zamanda birçok akciğer hastalığına birinci dereceden etken olarak öksürüğe neden olur. Öksürük de intraabdominal basınç artışı yoluyla Üİ da etkili olabilmektedir. Kısacası sigara Üİ için multipl bir risk faktörüdür ve bu etkenin ortadan kaldırılması oldukça önemlidir. Bu alışkanlığın terk edilmesi konusunda bilgilendirilmedi. Gerekirse profesyonel yardım konusunda yönlendirilmelidir.
- Alkol ve kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddelerin kullanımı önlenmeli ya da azaltılmalıdır.
- Pelvik taban kaslarının gücünü kaybetmemesi için kegel egzersizlerini yapmaya devam etmesi konusunda eğitim verilmeli, aksi halde inkontinans şikayetinin tekrar edebileceği anlatılmalıdır.
- İdrar kaçırma, idrar yaparken ağrı ve idrarda kanama gibi bulgular görüldüğünde sağlık kurumuna başvurması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

Bu sorumluluk ağı içerisinde özellikle gençlerle güçlü iletişim kurabilecek alanında uzman hemşirelere ihtiyaç duyulmakta ve alan hemşireliği gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

## **5. MATERYAL METOD**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma önemli bir jinekolojik sorun olan Üİ' in genç kızlarda (15-24 yaş) görülme durumu, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma İstanbul ili Bakırköy ilçesinde bulunan ve aşağıda belirtilen yöntemlerle seçilen 4 lise ile yine aynı ilçede bulunan İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünde yapılmıştır. Çalışma gerekli izin ve onaylar alındıktan sonra Kasım 2012 – Nisan 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bölgede araştırmanın yapılabilmesi için yeterli sayıda okulun bulunması ve ilçeye ulaşımın araştırmacı için kolay olması nedeniyle bu semtteki liseler ve üniversite araştırma evreni olarak kabul edilmiştir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Bakırköy ilçesinde yer alan ve çalışma kapsamına alınan dört lise ile bir üniversitede okuyan 15-24 yaş arası kız öğrencilerin tamamı oluşturmuştur.

### **5.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini; aşağıda belirtilen yönteme göre seçilen 4 lisede ve belirtilen sağlık fakültesinde okuyan, 15-24 yaş arasında olan, çalışmanın yapıldığı süreçte ulaşılabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kız öğrenciler oluşturmuştur.

#### ***Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi;***

Örnekleme alınacak liseleri belirlemek için önce Milli Eğitim Bakanlığı resmi internet sitesinden Bakırköy ilçesine bağlı liselere ulaşılmıştır. Resmi internet sitesine göre ilçede 15 devlet lisesinin olduğu belirlenmiştir. Bu ilçedeki özel liseler, okul yönetimlerinin çalışmaya yönelik tutumları ön görülemediğinden araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Belirlenen 15 lise numaralandırılmış ve çalışmanın yapılacağı liseleri belirlemek için rastgele sayılar tablosundan yararlanılmıştır.

İl milli eğitim müdürlüğü verilerine göre; 15 lisede okuyan toplam kız öğrenci sayısının 7380 olduğu belirlenmiştir. Bu İlçede var olan İÜ Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesi ebelik bölümünde okuyan kız öğrenci sayısının da toplamda 306 olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre lise öğrencilerine ait örneklem sayısını belirlemek için evrendeki birey sayısı bilinen örneklem formülü kullanılmıştır. İÜ Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesi ebelik bölümünde okuyan kız öğrencilerinin ise tamamının çalışmaya alınması planlanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler örneklem kapsamına alınmıştır.

*Lise öğrencileri için örneklem hesaplaması;*

Evrendeki birey sayısı biliniyorsa örneklem hesaplama formülü:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

$$N = 7380$$

$$t = 1.96 (\alpha = 0.05 \text{ de serbestlik derecesinde teorik } t \text{ değeri})$$

$$p = 0.20$$

$$q = 0.80$$

$$d = 0.05 \text{ (%95 güven aralığına göre)}$$

$$\mathbf{n = 226}$$

Sonuca göre liselerde en az 226 kız öğrenciye ulaşılması gerektiği belirlenmiştir. Ancak bu sayının en az üç katına çıkılması hedeflenmiş ve bu bağlamda da 4 lisenin alınması gerektiğine karar verilmiştir. Örnekleme alınacak liseler rastgele sayılar tablosuna göre seçilmiştir.

Rastgele sayılar tablosuna göre belirlenen liseler:

1. Ataköy Cumhuriyet Anadolu Lisesi
2. Sabri Çalışkan Kız Teknik Ve Meslek Lisesi
3. Yeşilköy 50. Yıl Lisesi
4. Bakırköy Nüket Ercan Ticaret Meslek Lisesi

Belirlenen liselerde total kız öğrenci sayısının 925 ve İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesinde okuyan kız öğrenci sayısının da 306 olduğu belirlenmiştir. Liselerde 628, üniversitede ise 133 öğrenci çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Buna göre çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı onam alınan toplam kız öğrenci sayısı 761 dir ve

öğrencilerin çalışmaya katılmayı kabul etme oranı lisede % 67.8, üniversitede %43.4dür. Ancak veri girişi sırasında 12 lise öğrencisinin 14 yaşında olduğu tespit edilmiş, 23 kız öğrencinin de birçok soruyu yanıtızsız bıraktığı görülmüştür. Bu nedenle de toplam 35 öğrenci araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Sonuç olarak lise öğrencisi n=603 ve üniversite öğrencisi n= 123 olmak üzere **toplamda N= 726 öğrenci** ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

## **5.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu (Ek-1) ve Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality of Life) kullanılmıştır.

### **5.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar**

#### **5.5.1.A. Soru Formu**

Araştırmaya katılan genç kızların sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, inkontinans semptomlarını yaşama durumları, inkontinans nedenleri ve yaşadıkları duygu, davranışlarını belirlemeye yönelik toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

#### **5.5.1.B. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality of Life)**

28 sorudan oluşan ölçeğin ilk formu 1996 yılında Wagner, Patrick, Bavendam, Martin ve Buesching tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile ilgili altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22’ye indirilmiştir. Ülkemizde, I-QOL’ın geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır (17).

I-QOL’ın üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar;

- Davranışların sınırlandırılması (DS) (1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. maddeler)
- Psikososyal etkilenme (PE) (5., 6., 7., 9., 15., 16., 17., 21., 22. maddeler) ve
- Sosyal izolasyondur (Sİ) (8.,12.,14.,18.,19. maddeleri içermektedir).

I-QOL’da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmektedir (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç). Puan yükseldikçe yaşam kalitesinin o düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir (17).

Bu çalışmada katılımcıların yaş grubu, ülkemizin toplumsal yapısı ve ritüelleri vb. doğrultusunda “*Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum* “ ifadesini içeren 22. soruya yanıt verilmesinde yapılan ön çalışmada sorun yaşanıldığından bu soru ölçekten çıkarılmış ve değerlendirme 21 soru üzerinden yapılmıştır.

### **5.5.2. Çalışmanın Uygulanması (Verilerin Toplanması)**

Çalışmanın uygulaması öncesi 20 öğrenci ile bir ön çalışma yapılmıştır. Ön çalışmada anket formunda sıkıntı yaşanmadığı ancak ölçekteki 22. sorunun yanıtlanmadığı dikkat çekmiş ve bu soru ölçekten çıkarılmak durumunda kalmıştır.

***Çalışmanın uygulamasında liselerde izlenen prosedür;*** öncelikli olarak il milli eğitim müdürlüğünden ilgili yazılı izin alınmıştır. Ardından araştırma kapsamına alınan liselere araştırmacı tarafından gidilerek okul yönetimlerine yazılı izin sunulup, araştırma ile ilgili yüz yüze görüşülmüştür. Bu görüşme sırasında okulların fiziki koşulları, araştırmanın nerede ve nasıl uygulanacağı hakkında karşılıklı fikirler ve olması gerekenlerle ilgili mutabakat sağlandıktan sonra araştırmacı için uygun ve eğitim-öğretimi aksatmayacak tarih ve saat belirlenmiştir.

Araştırmanın uygulanacağı mekan ile ilgili gerekli koşullar (sessizlik, kız öğrenciler ve erkek öğrencilerin ayrı oturma düzenleri ve kız öğrencilerin birbirleri ile soruları cevaplarken rahatsız olmayacakları mesafe vb.) sağlanmıştır. Sonra öğrencilere çalışmanın amacı açıklanmış, okul yönetimlerinden bağımsız olarak düzenlenip değerlendirileceği ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı belirtilmiş ardından var ise soruları yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı onam alındıktan sonra her öğrenciye anket formu verilmiştir. Cevaplaması biten öğrencilerden form alınarak belirli bir sıra ve düzen gözetmeksizin toplanmıştır. Uygulama bitiminde her okuldan birkaç öğrenci konu ilgili soru sormuş ve bilgi almak istemişlerdir. Bu öğrencilere bilgi ve danışmanlık verilmiştir.

***İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Fakültesinde ise*** yazılı izin alınmasına rağmen okul dekanlığının sözlü olarak sadece ebelik bölümü öğrencilerinin çalışma kapsamına alınmasının uygun olacağı bildirilmiştir. Bu nedenle ebelik bölümü öğrencileri haricinde başka bölümlerden öğrenciler dahil edilememiştir. Vakit kaybetmeden eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde anketlerin uygulanacağı hafta belirlenmiş ve belirlenen hafta içinde ebelik bölümünde dersi olan öğretim üyeleri ile görüşülmüştür. Dekanlıktan alınan yazılı izin beyan edildikten sonra öğretim üyeleri ve araştırmacı için uygun olan ders saatleri belirlenmiştir. Anket uygulamasına başlamadan önce liselerde olduğu gibi öğrencilere çalışmanın amacı ve okul yönetimlerinden bağımsız olarak düzenlenip değerlendirileceği ve

bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilerden yazılı onam alındıktan sonra anket uygulaması başlamıştır. Liselerde olduğundan farklı olarak üniversite uygulamalarında öğrenciler anket bitiminde konu ile ilgili bilgileri olduklarını ancak yaşlıları arasında bu problemleri yaşayanların olup olmadığını bilmediklerini belirtmişlerdir.

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi (Verilerin İstatistiksel Analizi)**

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler frekans ve ortalama değerler ile elde edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki farklılığın analizinde Ki-kare testi, gruplar arası ortalama değerlerin karşılaştırmasında t-testi kullanılmıştır.. Çalışma için I-QOL 'nin iç tutarlılığına bakılmış ve Cronbach's Alpha katsayısı toplam için =.0,884 olarak saptanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **5.8. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Çalışma yalnızca belirli bir bölgede yapıldığından kesitseldir. Bu nedenle bulgular Türkiye genelini yansıtamaz ve sonuçlar genellenemez.

### **5.9. Çalışmanın Etik Yönü**

Çalışmaya başlanılmadan önce çalışmanın amacı verilerin sadece bu çalışmanın raporlama kısmında kullanılacağı yazılı ve sözlü olarak anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden her öğrenciden yazılı onam alınmıştır.

## **6. BULGULAR**

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

**6.1.** Tanımlayıcı özelliklere ait veriler (*sosyo-demografik özellikler, ailesel özellikler, alışkanlıklar vb.*)

**6.2.**Boşaltım alışkanlıkları, üriner inkontinans(Üİ) yaşama durumu ve nedenlerine ait veriler

**6.3.** Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeğine (I-QOL-IncontinenceQuality of Life) ve ölçeğin bağımsız değişkenlerle ilişkilerine ait verilerdir.

## 6.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Veriler

**Tablo 6.1.1.** Öğrenci ve Ebeveynlerine Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	N=726		
	n	%	
<b>Eğitim durumu</b>			
Lise öğrencileri	605	83.4	
Üniversite öğrencileri	121	16.6	
<b>Annenin öğrenim düzeyi(n=722)</b>			
Okur-yazar değil/ okur-yazar	34	4.7	
İlkokul	247	34.2	
Ortaokul	150	20.8	
Lise	218	30.2	
Üniversite/ Yüksek Lisans/ Doktora*	73	10.1	
<b>Babanın öğrenim düzeyi(n=722)</b>			
Okur-yazar değil/ okur-yazar	7	1.0	
İlkokul	190	26.3	
Ortaokul	152	21.0	
Lise	256	35.5	
Üniversite/ Yüksek Lisans/ Doktora**	117	16.2	
<b>Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi(n=714)</b>			
Gelir giderden az	84	11.8	
Gelir gidere denk	485	67.9	
Gelir giderken fazla	145	20.3	
<b>Öğrencilerin sağlık güvencesi(n=719)</b>			
Var	671	93.3	
Yok	48	6.7	
<b>Öğrencilerin yaş ortalamaları</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama±SD</b>
Lise öğrencileri	15	19	16.1± 0.95
Üniversite öğrencileri	16	24	20.6± 1.60
Total	15	24	16.8± 2.01

\*:2 kişinin yüksek lisans, 1 kişinin doktora, 70 kişinin ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. 4 kişi bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır(%0.6).

\*\* :5 kişinin yüksek lisans, 112 kişinin ise üniversite mezunu olduğu, doktora mezununun bulunmadığı belirlenmiştir.

Çalışma kapsamın alınan öğrencilerin %83.1'nin lise, %16.9'nun üniversite öğrencisi olduğu, yaş ortalamalarının lise öğrencilerinde 16.1± 0.95, üniversite öğrencilerinde 20.6± 1.60, genel de ise 16.8± 2.01 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyleri %34.0 ile ilkokul, %30.0 ile lise de yoğunluk kazanırken, babalarının ise %35.3'nün lise, %26.2'nin ilkokul düzeyinde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeylerini %66.8 oranında “gelir gidere denk” olarak tanımladıkları ve % 92.4'nün sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.1).



**Tablo 6.1.2.** Öğrencilerin Boy, Kilo ve VKİ İlişkin Fiziksel Özellikleri

Fiziksel Özellikler	N=726		
	Min.	Max.	Ortalama±SD
<b>Boy</b>			
Lise öğrencileri	1.49	1.80	1.64±0.06
Üniversite öğrencileri	1.51	1.75	1.62±0.05
Total	1.49	1.80	1.64±0.05
<b>Kilo</b>			
Lise öğrencileri	39	98	56.02±8.78
Üniversite öğrencileri	40	80	56.48±7.53
Total	39	98	
<b>Vücut Kütle İndeksi (VKİ) ortalaması</b>			
Lise öğrencileri	13.3	34.7	20.66±3.01
Üniversite öğrencileri	16.3	30.1	21.27±2.41
Total	13.3	34.7	20.77±2.92
<b>Vücut Kütle İndeksi (VKİ) Dağılımı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Zayıf( $\leq 18.4$ )	156	21.4	
Normal (18.5–24.9)	485	66.8	
Şişman(25– 29.9)	46	6.3	
Obez( $\geq 30$ )	7	0.9	
VKİ hesaplanamayanlar*	32	4.4	

\*:23 öğrenci boy, 19 öğrenci kilosunu belirtmediği için 32 öğrenci için VKİ hesaplanamamıştır.

Fiziksel özellikler incelendiğinde; öğrencilerinin boy ortalamalarının 1.64±0.05 (lise;1.64±0.06, üniversite;1.62±0.05), kilo ortalamalarının 56.10±8.57 (lise; 56.02±8.78, üniversite;56.48±7.53) ve VKİ ortalamalarının 20.77±2.92 (lise;20.66±3.01, üniversite;21.27±2.41) olduğu ve öğrencilerin çoğunlukla (%66.8) normal kiloda oldukları obezite oranının çok düşük olduğu (%0.9) belirlenmiştir (Tablo 6.1.2).

**Tablo 6.1.3.** Öğrencilerin Alışkanlıklarına İlişkin Veriler

Alışkanlıklar	N=726		
	n	%	
<b>Düzenli egzersiz/ spor yapma*</b>			
Yapan	232	32.0	
Yapmayan	492	67.8	
<b>Sigara kullanma**</b>			
Hiç kullanmayan	655	90.2	
Kullanan	66	9.1	
<b>Sigara kullanma süresi ve miktarı (n=66)</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama±SD</b>
Kullanma süresi/Ay	1	60	25.9±17.2
Günlük kullanma miktarı/Adet	1	20	8.08±6.1

\*:Bu soruyu 2kişi yanıtızsız bırakmıştır(%0,3).

\*\* :Bu soruyu 5kişi yanıtızsız bırakmıştır(%0,7) .

Çalışmaya katılan öğrenciler arasında düzenli spor yapma oranı %32.0, sigara kullanma oranı %9.1 olarak tespit edilmiş, sigara kullananlar arasında ortalama kullanma süresi 25.9 ay iken günde ortalama 8.08 adet sigara tükettikleri tespit edilmiştir (Tablo 6.1.3).

**Tablo 6.1.4. Öğrencilerin Kronik Hastalık ve Sürekli İlaç Kullanma Durumları**

<b>Krn. hastalık ve ilaç kullanma durumu</b>	<b>N=726</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Kronik hastalık varlığı</i></b>		
Var	156	%21.5
Yok	570	%78.5
<b><i>Mevcut olan kronik hastalıklar *</i></b>		
Nöro-Musküler Hastalıklar	12	1.7
Şeker Hastalığı	6	0.8
KV+ Dolaşım Sistemi. Hastalıkları	16	2.2
Boşaltım Sistemi Hastalıkları	7	1.0
Solunum Sistemi Hastalıkları	53	7.3
Endokrin Sistem Hastalıkları	6	0.8
Sindirim Sistemi Hastalıkları	14	1.9
Diğer	42	5.8
<b><i>Sürekli ilaç kullanma durumu</i></b>		
Kullanan	77	10.6
Kullanmayan	649	89.4

\*: **Nöro-Musküler Hastalıklar;** Epilepsi, MS(multipl skleroz) omurga eğriliği, omurilik zedelenmesi, beyin damarında pıhtılaşma, astım ve epilepsi.

**KV+ Dolaşım Sist. Hast.;**Kalp Hastalığı, Hipertansiyon, Faktör 7 Eksikliği.

**Boşaltım Sistemi Hastalıkları;** Böbrek Hastalığı

**Solunum Sistemi Hastalıkları;** Nefes Darlığı, Bronşit,Tüberküloz, Alerjik Rinit

**Endokrin Sistem Hastalıkları;** Troit, Polikistik Over, Guatr

**Sindirim Sistem Hastalıkları;** Reflü, Ülser, Gastrit

**Diğer;** Migren, Anemi, Sedef, Dermatid, Egzama, Alerji, Migren, Sinüzit, Talasemi, Akdeniz Ateşi, Romatizma, Göz Hatalıkları, Dismenore, Adet Düzensizliği, Otit, Vertigo, Ortopedik Rahatsızlıklar, Omuz Kisti, PKU, Romatizma, Hepatit B

Öğrencilerin % 21.5' inde kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. Krn. Hastalık olarak en fazla (%7.3) solunum sistemi hastalıklarının yaşandığı ve %10.6'nın da düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 6.1.4.).

## 6.2. Öğrencilerin Boşaltım Alışkanlıkları, Üİ Yaşama Durumu Ve Nedenlerine Ait Veriler

Tablo 6.2.1.Öğrencilerin Çocukluğundaki Tuvalet Eğitimine İlişkin İfadeleri

Çocukluğundaki Tuvalet Eğitimine İlişkin Veriler	N=726		
	n	%	
<b><i>Tuvalet eğitime ilişkin hafızada canlananlar/hatırlananlar</i></b>			
•Tuvalet eğitimi, eğitimi verene yönelik hatırladığı duygu, ifade, davranış vb.	43	5.9	
•Tuvalet eğitimine yönelik kendisinin yaşadığı duygu, düşünce, davranış vb.	54	7.4	
•Tuvalet eğitiminde kullanılan materyal, ortam ve kurallara yönelik.	40	5.5	
•Hiçbir şey hatırlamadığını ifade eden/ belirtmeyen	589	81.1	
<b><i>Çocukluğunda tuvalet eğitiminden sonra geceleri idrar kaçırma problemi yaşama durumu*</i></b>			
Sık yaşayan	80	11.0	
Bazen yaşayan	238	32.9	
Hiç yaşamayan	405	56.1	
<b><i>Çocukluğundaki tuvalet eğitiminden sonra geceleri idrar kaçırma probleminin devam etme yaşı</i></b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama ±SD</b>
	1	14	6.15±2.32

\*:3 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Öğrencilerin çocukluk çağındaki tuvalet eğitimine ilişkin hatırladıkları incelendiğinde %81.1' inin bir şey hatırlamadığını, %7.4'nün ise“kendisinin yaşadığı duygu ve düşünceleri hatırladığı”nı ifade ettikleri belirlenmiştir. Çocukluğundaki tuvalet eğitiminden sonra %11'inin sık idrar kaçırdığını, % 32.8' inin ise bazen kaçırdığını ifade ettiği ve tuvalet eğitiminden sonra geceleri idrara kaçırmanın ortalama 6.15±2.32 yaşına kadar devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 6.2.1).

**Tablo 6.2.2.Öğrencilerin Günlük Sıvı Tüketimleri**

<b>Günlüksıvı tüketimleri</b>	<b>N=726</b>		
	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ortalama ±SD</b>
<b><i>Sıvı tüketim miktarları</i></b>			
Su /Cc	0 3000		1547±677.1
Çay/ Cc	0	2000	242.3±253.3
Kahve/ Cc	0	1050	112.1±153.6
Asitli içecek/ Cc	0	2000	193.42±271.7

Öğrencilerin günlük ortalama 1547 cc su tükettikleri, çay, kahve ve de asitli içecek tüketim miktarlarının ise suya göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tüketilen sıvı miktarı ile inkontinans yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 6.2.2).

**Tablo 6.2.3. Öğrencilerin Boşaltım Alışkanlıkları**

Boşaltım Alışkanlıkları	N=726	
	n	%
<b>Gündüz miksiyon sayısı*</b>		
1-3 kez	315	43.5
4-6 kez	354	49.0
7 ve daha fazla	55	7.5
<b>Gece idrara kalkma</b>		
Her gece	260	<b>35.8</b>
Bazen /çok sıvı aldığıında	210	28.9
Hiç	256	35.3
<b>İdrar yapabilmek için uygun ortam varken idrarını tutma/erteleme durumu**</b>		
Sık	104	<b>14.4</b>
Bazen	403	55.5
Hiç	218	30.1
<b>Ev dışındaki mekanlarda tuvaleti kullanma durumu***</b>		
Rahatça kullanan	134	18.5
Duruma göre bazen kullanan	437	60.3
Kullanmayan	154	<b>21.2</b>
<b>Duruma göre kullananların dağılımı (n=437)</b>		
Temizse, rahat, uygun bir yer olduğunda kullanan	177	40.5
İdrara çok sıkıştığında kullanan	150	34.3
Alaturka tuvalet olup, olmama durumuna göre kullanan	4	0.9
Durum belirtmeyen	106	24.3
<b>Sürekli ya da çok sık kabızlık yaşama</b>		
Yaşayan	56	<b>7.7</b>
Bazen yaşayan	313	43.1
Yaşamayan	357	49.2
<b>Sürekli ya da çok sık idrar yolu enfeksiyonu yaşama</b>		
Yaşayan	57	<b>7.9</b>
Bazen yaşayan	223	30.7
Yaşamayan	446	61.4

\*:2 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

\*\* :1 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

\*\*\*:1 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır

Çalışmaya katılan öğrencilerin gündüz miksiyon sayıları sorulduğunda en fazla(%48.8) 4-6 kez olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. öğrencilerin% 35.8' inin idrar yapmakiçin her gece kalktığı,%14.4'ünün idrar yapmak için uygun ortam varken idrarını sıkça idrarını tuttuğu, %21.2' nin ev dışındaki mekanlarda tuvaleti kullanmadığı, % 7.7' sinin sürekli/ çok sık kabızlık, % 7.9' nun da idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı bulunmuştur (Tablo6.2.3).

**Tablo 6.2.4.**Öğrencilerin İnkontinans Semptomları Dışında İdrar Boşaltımı İle İlgili Deneyimledikleri Sorun/sıkıntılar

Sorun/sıkıntı	N=726	
	n	%
<b><i>Her an idrar kaçıрма endişesi taşıma</i></b>		
Yaşayan	23	3.2
Bazen yaşayan	126	17.3
Hiç yaşamayan	577	79.5
<b><i>İdrar yaparken güçlük, zorluk çekme*</i></b>		
Sık aşayan	13	1.8
Bazen yaşayan	142	19.5
Hiç yaşamayan	571	78.7
<b><i>İdrar yaptıktan sonra damlama tarzında idrarın akmaya devam etmesi**</i></b>		
Sık yaşayan	119	<b>16.4</b>
Bazen yaşayan	285	39.3
Hiç yaşamayan	321	44.3
<b><i>İdrar yaptıktan sonra hala idrarı varmış hissi yaşama</i></b>		
Sık yaşayan	83	<b>11.4</b>
Bazen yaşayan	299	41.2
Hiç yaşamayan	344	47.4

\*:İdrar yapmayı başlatmada zorluk, idrar yaparken ya da bittikten sonra ağrı, yanma vb.

\*\* : 1 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır(%0.1).

Öğrencilerin % 3.2' sinin her an idrar kaçıрма endişesi yaşadığı, % 1.8' nin sık olarak ağrı vb.idrar yaparken güçlük, zorluk çektiği, %16.4' nün sıklıkla idrar yaptıktan sonra damlama tarzında idrarının akmaya devam ettiği ve % 11.4' nün de idrar yaptıktan sonra da idrar varmış hissini sıkça yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.2.4).

**Tablo 6.2.5. Öğrencilerin İnkontinans Semptomlarını Yaşama Durumları**

İnkontinans Semptomları	N=726		
	n	%	
<b>Günlük sosyal yaşantı içinde, aniden idrar gelmesi zor tuvalete yetişme</b>			
Sık yaşayan	51	7.0	
Bazen yaşayan	290	49.9	
Hiç yaşamayan	382	52.6	
Yanıtsız bırakan	3	0.4	
<b>Gülerken, öksürürken, hapşırırken, hoplayıp zıplarken vb. idrar kaçırma</b>			
Sık yaşayan	63	8.7	
Bazen yaşayan	241	33.2	
Hiç yaşamayan	422	58.1	
<b>İnkontinans problemi yaşama (kümülatif olarak)</b>			
Yaşayan*	128	<b>17.6</b>	
Yaşamayan	598	82.4	
<b>Yaşanan inkontinans problemlerinin tiplere göre dağılımı**</b>	<b>n</b>	<b>n=128</b>	<b>N=726</b>
		<b>%</b>	<b>%</b>
Stres inkontinans	65	50.8	8.9
Urge inkontinans	41	32.0	5.6
Stres+Urge(Miks) inkontinans	22	17.2	3.0

\*: Gülerken, öksürürken, hapşırırken, hoplayıp zıplarken ya da aniden idrar gelmesi sonucunda zor tuvalete yetişme ve idrar kaçırma problemlerinden herhangi birini sık yaşadığını ifade eden öğrenciler ile yine bu problemlerden herhangi birini bazen yaşadığını ifade eden, ancak sıklık açısından günde bir- bir kaç / haftada 1-3 kez yaşadığını ifade eden öğrenciler inkontinans problemi “yaşayan” grup içerisine alınmıştır. (NOT: bazen diyen ancak inkontinans problemini ayda ya da yılda bir kaç kez yaşadığını ifade edenler gruba alınmamıştır)

\*\*: **Stres inkontinans**;Yalnızca stres inkontinansa ilişkin problemleri sık yaşadığını ifade edenler+ bazen yaşadığını ifade edenlerin de sıklık açısından günde bir- bir kaç kez/ haftada 1-3 kez yaşadığını belirtenler bu grubu oluşturmuştur.

**Urge inkontinans**;Yalnızcaurge inkontinansa ilişkin problemleri sık yaşadığını ifade edenler+ bazen yaşadığını ifade edenlerin de sıklık açısından günde bir- bir kaç kez/ haftada 1-3 kez yaşadığını belirtenler bu grubu oluşturmuştur.

**Stres+Urge(Miks) inkontinans**; yukarıda belirtilen özellikler açısından her iki problemi birlikte yaşayanlar bu grubu oluşturmuştur.

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin inkontinans semptomlarından “aniden idrar gelmesi ve zor tuvalete yetişme” problemini sık yaşadığını ifade edenlerin oranının %7.0, “gülerken, öksürürken, hapşırırken, hoplayıp, zıplarken vb. idrar kaçırma” problemini sık yaşadığını ifade eden öğrencilerin oranının %8.7 olduğu belirlenmiştir. Kümülatif olarak inkontinans problemi yaşayan öğrencilerin oranının %17.6 (n=128) olduğu saptanmıştır. Bu öğrenciler arasında en fazla yaşanan inkontinans probleminin stres Üİ olduğu (n=128 göre%50.8, totalde %8.9) belirlenmiştir (Tablo 6.2.5).

**Tablo 6.2.6.** İnkontinans Yaşamanın Adölesan ve Genç Öğrencilere Göre Dağılımı

Adölesan ve Genç Olma Durumu	N=726				İstatistiksel anlamlılık $\chi^2$ , p
	Yaşayan		Yaşamayan		
	n	%	n	%	
<i>Adölesan (15-19 yaş)</i>	115	<b>18.1</b>	519	81.9	0.889 p=0.346
<i>Genç (20-24 yaş)</i>	13	<b>14.1</b>	79	85.9	

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan genç (%14.1) ve adölesan (%18.1), dönemdeki öğrencilerin inkontinans yaşama oranı açısından aralarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 6.2.6).

**Tablo 6.2.7.**İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Doktora Başvurma Durumları

Doktora Başvurma Durumu ve Başvurmama Nedenleri	n=128	
	n	%
<i>İdrar kaçırmaya nedeniyle doktora başvurma</i>		
Başvuran	12	9.4
Başvurmayan	114	<b>89.0</b>
Yanıtsız bırakan	2	1.6
<i>Doktora başvurmama nedenleri</i>		
●Ciddi derecede olmadığını / Önemli bulmadığını ifade eden	52	<b>40.6</b>
●Gerek duymadığını/ Kendiliğinden geçtiğini ifade eden	37	28.9
●Zamanım olmadı, aklıma gelmedi diyen, geçiştiren	11	8.6
●Utandığını/ Korktuğunu ifade eden	4	3.1
●İdrar kaçırmamanın hastalık olmadığını /Normal bir durum olarak gördüğünü / Hayatını etkilemediğini ifade eden	5	3.9
●Yanıtsız bırakan	19	14.9

İnkontinans problemi yaşayan öğrencilerin çoğunluğunu (%89.0) doktora başvurmadığı, başvurmama nedenleri arasında da birinci sırada “Ciddi derecede olmadığını/ Önemli bulmadığını” ifade edenlerin yer aldığı (%40.6) saptanmıştır (Tablo 6.2.7).



**Tablo 6.2.8.** İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Herhangi Bir Şeyden Vazgeçmek/Ertelemek Zorunda Kalma ve Tedbir Alma Durumları

<b>Tedbir Alma/ Vazgeçme/ ErtelemeDurumları</b>	<b>n=128</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>İdrar kaçırma şikayetinden dolayı herhangi bir şeyden vazgeçmek ya da ertelemek zorunda kalma durumunu yaşama</i></b>		
Sık yaşayan	12	<b>9.4</b>
Bazen yaşayan	24	18.8
Yaşamayan	92	71.9
<b><i>İdrar kaçırma nedeniyle alınan tedbirler</i></b>		
Sık tuvalete gitme	25	<b>19.5</b>
Gülmeyi sınırlama, ilaç kullanma	2	1.6
Ped kullanma	25	<b>19.5</b>
Az su içme	13	<b>10.2</b>
Herhangi bir tedbir almayan	63	<b>49.2</b>

İnkontinans problemi yaşayan öğrencilerin %9.4' ünün idrar kaçırma şikayetinden dolayı sıkça herhangi bir şeyden vazgeçmek ya da ertelemek zorunda kaldıkları belirlenmiş, çoğunluğu ise yaşadıkları idrar kaçırma şikayetinden dolayı böyle bir durum yaşamadıklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin idrar kaçırma durumunda tedbir olarak aynı oranlarda (%19.5) sık tuvalete gittikleri ve ped kullandıkları, %10.2' sinin ise az su içtikleri bulunmuştur (Tablo 6.2.8).

**Tablo 6.2.9. Öğrencilerin Soy Geçmişinde İnkontinansa Ait Özellikler**

<b>Soy Geçmiş Özellikleri</b>	<b>N=726</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Ailede herhangi bir kişide idrar kaçırma şikayeti varlığı</i></b>		
Var	150	<b>20.7</b>
Yok/bilmediğini ifade eden	576	79.3
<b><i>Ailede idrar kaçırma şikayeti olan kişinin yakınlık derecesi</i></b>		
1.dereceden akrabalarında (Anne, Kardeş vb.)	93	<b>12.8</b>
2. dereceden akrabalarındaÜİ olanlar(Teyze, Hala, Baba anne, Anne anne vb.)	55	7.6
3. derece ve daha uzak akrabalarında (Kuzeni Yaşlı Akrabalar vb.)	11	1.5
Ailesinde ve akrabalarında idrar kaçırma şikayeti olmayanlar*	567	78.1
<b><i>İnkontinanslı olan yakının idrar kaçırdığı durumlar (n=150)</i></b>		
Gülme, öksürme, hapsirme, hoplama, zıplama, ağır kaldırma, ani hareketlerde	111	<b>74.0</b>
Gece uyurken	8	5.3
İdrara çok sıkışınca	11	7.4
İdrara çok sıkışınca	12	8.0
Astım, diyabet vb. kronik hastalık/ yatalak olma veya yaşlılığa bağlı olarak	8	5.3
Yanıtsız bırakan		

\*: Yakınlarında idrar kaçırma problemi olmadığını belirtmelerine rağmen idrar kaçırma şikayeti olan kişinin yakınlık derecesi sorusuna 9 öğrenci yanıt vermiştir.

Aile yakınlarında idrar kaçırma problemi yaşayan kişinin var olduğunu ifade eden öğrencilerin oranının % 20.7 olduğu ve bunların içerisinde en fazla belirtilen idrar kaçırma probleminin stres Üİ tipi olduğu (%74.0) belirlenmiştir. Ailede idrar kaçırma şikayeti olan kişinin yakınlık derecesi açısından en fazla (%12.8) anne ve kardeşin belirtildiği saptanmıştır (Tablo 6.2.8).

**Tablo 6.2.10.** İnkontinansa Neden Olabilen Faktörlere Göre İnkontinans Yaşama Durumu

İnkontinansa neden olabilecek faktörler	N=726						İstatistiksel anlamlılık $\chi^2$ , p
	İnkontinans yaşama durumu (kümülatif olarak)						
	Yaşayan		Yaşamayan		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b><i>Çocukluğunda tuvalet eğitimi sonrası geceleri idrar kaçırma</i></b>							
Sık yaşayan	30	37.5	50	62.5	80	100.0	34.124
Bazen yaşayan	51	21.4	187	78.6	238	100.0	<b>0.000</b>
Hiç yaşamayan	47	11.6	358	88.4	405	100.0	
<b><i>Düzenli egzersiz/ spor yapma*</i></b>							
Yapan	46	19.8	186	80.2	232	100.0	1.234
Yapmayan	81	16.5	411	83.5	492	100.0	0.295
<b><i>Sigara kullanma*</i></b>							
Kullanan	21	31.8	45	68.2	66	100.0	10.100
Hiç kullanmayan	106	16.2	549	83.8	655	100.0	<b>0.001</b>
<b><i>Sürekli ya da çok sık idrar yolu enfeksiyonu yaşama</i></b>							
Sık yaşayan	22	38.6	35	61.4	57	100.0	21.445
Bazen yaşayan	43	19.2	180	80.7	223	100.0	<b>0.000</b>
Hiç yaşamayan	63	14.1	383	85.9	446	100.0	
<b><i>Sürekli ya da çok sık kabızlık yaşama</i></b>							
Sık yaşayan	12	21.4	44	78.6	56	100.0	3.806
Bazen yaşayan	63	20.1	250	79.9	313	100.0	0.149
Hiç yaşamayan	53	14.8	304	85.2	357	100.0	
<b><i>İdrarını tutma/ erteleme sıklığı</i></b>							
Sık	39	37.5	65	62.5	104	100.0	33.965
Bazen	60	14.9	343	85.1	403	100.0	<b>0.000</b>
Hiç	28	12.8	190	87.2	218	100.0	
<b><i>Ailesinde inkontinans problemi varlığı</i></b>							
Var	33	22.0	117	78.0	150	100.0	2.485
Yok	95	16.5	481	83.5	576	100.0	0.115
<b><i>Kronik hastalık varlığı</i></b>							
Var	38	24.4	118	75.6	128	100.0	6.193
Yok	90	15.8	480	84.2	598	100.0	<b>0.013</b>
<b><i>VKİ alt grupları</i></b>							
Zayıf( $\leq 18.4$ )	27	17.3	129	82.7	156	100.0	
Normal (18.5–24.9)	89	18.4	396	81.6	485	100.0	5.516
Şişman(25– 29.9)	9	19.6	37	80.4	46	100.0	0.238
Obez( $\geq 30$ )	2	28.6	5	81.4	7	100.0	
VKİ hesaplanamayanlar	1	3.1	31	96.9	32	100.0	

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çocukluğunda tuvalet eğitimi sonrası geceleri sıkça idrar kaçırmaya problemi yaşadığını ifade eden öğrencilerin daha fazla oranda (%37.5) inkontinans problemi yaşadığı, yaşamadığını ifade eden öğrencilerde ise bu oranın %11.6 düştüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Düzenli egzersiz/ spor yapma ile inkontinans yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) ancak, sigara kullananlarda inkontinans yaşayanların oranının kullanmayanlara göre yüksek olduğu (%31.8) ve sigara kullanıp kullanmama ile inkontinans yaşama arasında ki farkın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0.001$ ). İdrar yolu enfeksiyonu sık yaşadığını ifade eden öğrencilerde inkontinans yaşama oranı %38.6 olarak daha yüksek iken, bazen yaşadığını ya da hiç yaşamadığını ifade edenlerde bu oranın düştüğü (sırasıyla; %19.2, %14.1) ve bu farklılığın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.001$ ) belirlenmiştir. İdrar yapabilmek için uygun ortam varken idrarını tutma/ erteleme davranışını sık yaşadığını ifade eden öğrencilerde inkontinans yaşama oranı %37.5 olarak daha yüksek iken, bazen yaşadığını ya da hiç yaşamadığını ifade edenlerde bu oranın düştüğü (sırasıyla; %14.9, %12.8) ve bu farklılığın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.001$ ) bulunmuştur. Kendisinin kronik hastalığı varlığına göre inkontinans yaşama durumu incelendiğinde ise inkontinans yaşayanların %24.4' ünün kronik hastalığı olduğu, %15.8' inin kronik hastalığı olmadığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05$ ) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin VKİ, kabızlık yaşama ve ailesinde inkontinans öyküsü olup olmama durumuna göre inkontinans yaşama arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.2.10 ).

### 6.3. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeğine (I-QOL- Incontinence Quality Of Life) ve Ölçeğin Bağımsız Değişkenlerle İlişkilerine Ait Veriler

**Tablo 6.3.1.** Bu Çalışmaya Ait I-QOL'ın Total ve Alt Gruplarının Güvenilirlik Sonucu

I-QOL Ölçeği Güvenilirliği	Madde sayısı	Cronbach's Alpha
Sosyal izolasyon	8	,697
Davranışların sınırlandırılması	8	,767
Psikososyal etkilenme	5	,791
Total	21	<b>,884</b>

Çalışmamızda I-QOL'nın örneklem grubumuz açısından iç tutarlılığına bakılmış ve Cronbach's Alpha değeri= 0.88 olarak önemli düzeyde güvenilir bulunmuştur. I-QOL ölçeği normalde 22 maddeden oluşmaktadır. Ancak, katılımcıların yaş grubu, ülkemizin ahlaki dinamikleri ve yapılan ön çalışmada sorun yaşanması nedeniyle ölçek formundaki 22. soru ("*Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum*" ifadesi)ölçekten çıkarılmak durumunda kalmış ve ölçeğin totaldeki iç tutarlılığı 21 madde üzerinden değerlendirilmiştir (Tablo 6.3.1).

**Tablo 6.3.2.** Öğrencilerin I-QOL Ölçeği Alt Grup ve Total Puan Ortalamaları

I-QOL Ölçeği	N=726		
	Min.	Max.	Ortalama ±SD
<i>Sosyal izolasyon</i>	8	25	23.76±2.6
<i>Davranışların sınırlandırılması</i>	13	40	36.10±4.1
<i>Psikososyal etkilenme</i>	12	40	37.93±3.1
<i>Total</i>	41	105	97.8 ± 8.7

Öğrencilerin I-QOL ölçeğinden alınabilecekleri en yüksek puan (21 maddeye göre) 105 tir. Ölçek puanı yükseldikçe yaşam kalitesinin o düzeyde iyi olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin I-QOL ölçeği puan ortalaması 97,8 ± 8,7 olarak saptanmış ve yaşam kaliteleri iyi düzeyde bulunmuştur (Tablo 6.3.2.).

**Tablo 6.3.3.** İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin I-QOL Ölçeği Alt Grup ve Total Puan Ortalamaları (n=128)

I-QOL Ölçeği Alt Grup-Total	Min.	Max.	Ort. ±SD
<i>Sosyal izolasyon yaşama</i>	8	25	22.01±4.09
<i>Davranışların sınırlandırılması</i>	13	40	33.38±5.55
<i>Psikososyal etkilenme</i>	12	40	36.19±5.14
<b>Total</b>	41	105	91.59±13.43

Çalışmamızda inkontinans yaşayan öğrencilerin I-QOL ölçeği total puan ortalamalarının 91.59±13.43 olduğu, alt grup ortalamalarının ise, sosyal izolasyon yaşama alanında 22.01±4.09, psikososyal etkilenme alanında 36.19±5.14 olduğu, davranışların sınırlandırılması alanında ise etkilenmenin arttığı ve puanın 33.38±5.55 olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3.3.).

**Tablo 6.3.4.** İnkontinans Yaşayan Öğrencilerin Yaşadıkları İnkontinans Tipine Göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları

n=128					
İnkontinans Tipi	n	I-QOL Ölçeği Puan Ortalamaları			İstatistiksel Anlamlılık F, p
		Min.	Max.	Ortalama± SD	
<i>Stres Ü.İ.</i>	65	55	105	93.04±11.40	3.19 <b>0.04</b>
<i>Urge Ü.İ.</i>	41	53	105	92.75±11.56	
<i>Miks tip Ü.İ.</i>	22	41	105	<b>84.95±19.80</b>	

\*T-test kullanılmıştır.

Çalışmamızda inkontinans yaşayan öğrencilerin yaşadıkları inkontinans tipine göre I-QOL ölçeği total puan ortalamaları incelendiğinde miks tip Üİ yaşayan öğrencilerin puanlarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu (84.95±19.80) belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 6.3.4).

**Tablo 6.3.5.** Adölesan ve Genç Öğrencilerin İnkontinans Yaşama durumlarına göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları

Adölesan ve Genç Olma Durumu	I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları		İstatistiksel Anlamlılık t, p
	Üİ yaşayan Ortalama± SD	Üİ yaşamayan Ortalama± SD	
Adölesan	92.12±13.39	99.02±6.79	1.30
Genç	87.00±13.36	99.60±6.53	0.708

\*Independent t-test kullanılmıştır.

Adölesan ve genç öğrencilerin inkontinans yaşama durumlarına göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalamaları incelendiğinde genelde inkontinans yaşayan öğrencilerin puanlarında düşüş olduğu, özellikle genç kızların puanlarının (87.00±13.36) adölesanlara göre (92.12±13.39) daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo6.3.5).

**Tablo 6.3.6.** Her An İdrar Kaçırma Endişesi Taşıma Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalaması

N=720					
Her an idrar kaçırma endişesi yaşama	n	I-QOL Ölçeği Total Puan Ortalaması			İstatistiksel Anlamlılık F, p
		Min.	Max.	Ortalama± SD	
<i>Sık yaşayan</i>	23	44	101	<b>81.91±15.37</b>	89.26 <b>0.000</b>
<i>Bazen yaşayan</i>	123	41	105	<b>92.52±11.14</b>	
<i>Hiç yaşamayan</i>	574	67	105	<b>99.56±6.46</b>	

\*T-test kullanılmıştır.

Her an idrar kaçırma endişesi sık yaşayanların yaşam kalitelerinin bazen yaşayan ve yaşamayanlara göre düşük olduğu (81.91±15.37), bazen yaşayanların puanlarının dahiç yaşamayanlara göre düşük olduğu(92.52±11.14) belirlenmiş ve bu farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 6.3.6).

## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Verilerin Tartışılması

Literatürde gençler üzerinde yapılan inkontinans çalışmaları sayısı oldukça sınırlıdır(7, 8). Ülkemizde ise direk gençler üzerinde yapılan inkontinans çalışmasına rastlanmamış, ancak yaş grubu açısından gençleri de kapsayan birkaç çalışmaya rastlanmıştır (5, 17, 140). Lise ve üniversitedeki genç kızlar üzerinde yapılan ve adölesan öğrencilerin çoğunluğu oluşturduğu çalışmamızda bu yaş grubundaki kızlarda inkontinans görülme durumu, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Çoğunluğunun lise öğrencilerinin oluşturduğu çalışma grubumuzda öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeyi ilkokul ve ardından lisede babalarının ise lise de yoğunluk kazandığı görülmüştür (Tablo 6.1.1). TNSA 2008 ve TÜİK 2012 verilerine göre kadınların çoğunluğunun öğreniminin ilkokul düzeyinde, %18 nin de en az lise mezunu olduğu bildirilmektedir. Erkekler açısından ise eğitim düzeyinin ortaokulda yoğunluk kazandığı belirtilmektedir. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyleri açısından anne eğitim düzeyleri Türkiye ortalamaları ile benzerlik göstermekte, baba eğitim düzeyleri ise Türkiye ortalamalarının aksine lisede yoğunluk kazanarak olumlu bir durum olduğu yorumlanmıştır (Tablo 6.1.1).

Literatürde benzer yaş gruplarında ve öğrenim düzeylerinde yapılan çalışmalarda inkontinans görülme durumu incelemesi öğrencilerin spor yapıp yapmama, kronik hastalığı olup olmama durumuna göre yapılmıştır (9, 123, 124). Çalışmamızda ise öğrencilerde bu ve benzeri yönlerden bir ayrıma gidilmemiş ancak, inkontinansa neden olabilecek faktörler açısından öğrencilerin VKİ, kronik hastalık, uriner enfeksiyon, kabızlık, spor yapma, alışkanlıkları vb. sorgulanmıştır. TÜİK 2012 sonuçlarına göre 15-24 yaş grubu genç kızlarda boy ortalamasının 162.8, kilo ortalamasının 58.1, obezite oranının % 4.0 olduğu rapor edilmiştir. Obezite oranlarını bildiren bölgesel iki farklı çalışmada ise çocuk ve gençler arasında obezite prevalansının %1.6 ile %2 arasında olduğu bildirilmiştir (136, 137). Çalışmamıza katılan öğrencilerin boy ve kilo ortalamalarının TÜİK verilerine çok (boy ortalaması=  $1.64 \pm 0.05$ , kilo ortalaması=  $56.10 \pm 8.57$ ) olduğu saptanmıştır. Obezite prevalansına diğer çalışmalar ve TÜİK 2012 oranlarından daha düşük (%0.9)(Tablo 6.1.2) olmasının olumlu bir durum olduğu ve obezite prevalansının azaltılması adına yapılan çalışmaların (kamu spotları, eğitim programları, okul ders programları ve kantinlerde satılan gıda mamüllerinde düzenlemeye gidilmesi vb.) olumlu gelişmeler sağlamış olabileceğini düşünülmüştür.



TÜİK 2012 sonuçlarına göre 15-24 yaş arası genç kızlarda sigara kullanma oranını %6.1, gençler arasında sigara kullanımı yaygınlığını araştıran başka bir çalışmada ise lise öğrencisikızların %12.2'nin sigara kullandığı bildirilmiştir (81). Çalışma kapsamına aldığımız kız öğrencilerde (lise+ üniversite) sigara kullanımının oranı % 9.1' dir. Bu oranın literatür ile paralel olduğu düşünülmüştür (Tablo 6.1.3). Sigaranın zararlarının gençlere benimsetilmesi ve gençlerin sigaradan uzaklaştırılması için okul hemşireleri ve adölesan hemşirelerinin eğitim programları düzenlemeleri ve danışmanlık vermelerinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Genç popülasyon üzerinde kronik hastalık varlığı prevalansı ve çeşitleri üzerine yapılmış ülke genelini kapsayan çalışmaya rastlanmamış, ancak Avşar ve ark. nın (140) üniversite birinci ve ikinci sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada %14.1 olan kronik hastalık yaşama oranının, çalışmamızda kısmen daha yüksek olduğu (%21.5) belirlenmiştir (Tablo 6.1.4). Bu veriler gençlerin kronik hastalık yaşama oranlarının düşük sayılamayacak oranlarda olduğunu, ancak genç popülasyonda kronik hastalık prevalansı üzerine konuşabilmek ve ayrımlar yapabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

## **7.2. Boşaltım Alışkanlıkları, Üİ Yaşama Durumu ve Nedenlerine Ait Verilerin Tartışılması**

Literatür verilerinde, baskıcı ve zorlayıcı tuvalet eğitiminin çocuklarda inkontinansa neden olduğu ve çocukluk çağındaki tuvalet eğitiminin önemi üzerinde durulmaktadır (138). Çalışmamızda da öğrencilere tuvalet eğitimine ilişkin hatırladıkları sorulmuş ve öğrencilerin büyük bir kısmı (%81.1) “bir şey hatırlamadığını” ifade etmiş, hatırlayanlarında çoğunlukla tuvalet eğitimi sırasındakendilerinin yaşadığı duygu, düşünce, davranış vb. olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.1). Bu sonuç bize tuvalet eğitimi sırasında çocukların hissettikleri ve yaşadıklarının önemli olduğunu ve yıllar geçse de bazılarının kalıcı olduğunu, unutulmadığını düşündürmüştür. Literatüre göre tuvalet eğitimi sonrası idrar kaçırmanın uzun süre devam etmesinin inkontinans nedenleri arasında gösterilmektedir (138). Bu açıdan yapılan sorgulamada öğrencilerin %11' nin çocukluğunda tuvalet eğitimi sonrası geceleri sık olarak, %33 de bazen idrar kaçırma problemi yaşadıkları ve bunun ortalama 6 yaşına kadar devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 6.2.1). Bu sonuç bize çocukluk çağındaki tuvalet eğitimi sonrası idrar kaçırmanın azımsanmayacak düzeyde olduğunu ve de altı yaşına kadar sürmesi açısından da kreş ve okul sağlığı hemşirelerine bu anlamda önemli görevler düştüğünü düşündürmüştür.

Literatürde tüketilen gıda maddelerinin Üİ oluşumu ile ilişkili olduğu kahve, kafeinli içecekler, alkol, koyu çay, meyve suyu, domates, bal ve baharatlı yiyeceklerin mesane irritanı olduğu ve istemsiz detrusor kasılmalarına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilecekleri bildirilmiştir. Mesane irritasyonuna yol açan başka bir nedenin de sıvı alımının az olması olduğu ve inkontinans yaşayan kadınlarda sıvı alımının azaltılmasının sık görülen bir davranış biçimi olduğundan günlük en az 1.5 lt. su tüketilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (55, 77). Bu bağlamda yaptığımız değerlendirmede; gençlerde günlük olarak totalde çay, kahve ve asitli içecek tüketiminin su tüketimine göredaha fazla olduğu, hatta bazı öğrencilerde su tüketiminin 0 cc olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.2.).Bu sonucumuza göre gençlerde günlük ortalama su tüketimi çok kötü olmamakla birlikte hiç tüketmeyenlerinde var olduğunun görülmesi ve de çay/asitli içeceklerin tüketiminin fazla olması bize gençlere su tüketiminin önemi ve yararları konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesinin yararlı olacağını, su tüketimi ortalamasının literatürde belirtilen en az seviyesinden yükseltilecek daha ideal seviyelere ulaştırılması gerektiğini düşündürmüştür.

Öğrencilerin boşaltım alışkanlıkları sorgulanmış ve gündüz miksiyon sayılarının 1-6 arasında yoğunluk kazandığı, %35' nin her gece idrara kalktığı, %7.9' nun sık/ sürekli idrar yolu enfeksiyonu, %7.7' nin kabızlık yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2.3). Kaynaklar gün boyunca tüketilen sıvı miktarı, çeşidi, sıvının tüketildiği saat dilimi, idrar yolu enfeksiyonu yaşama durumunun miksiyon sayısını ve miksiyonun gece ya da gündüz olmasını değiştirebildiği, sağlıklı kişilerde günde 3-4 saat aralıklarla miksiyon normal kabul edildiği bildirilmektedir (41, 42, 61, 62, 63, 88, 100, 140). Sonuçlarımıza göre öğrencilerin gündüz miksiyon sayılarının literatüre göre normal olduğu, her gece idrara çıkma oranlarının yüksek olmasının da o günkü sıvı tüketimleri ya da genel sıvı tüketim alışkanlıkları ile bağlantılı olabileceğini bize düşündürmüştür. Ancak çalışmamızda, öğrencilerin beşte birinin ev dışı mekanlarda tuvaletleri hiç kullanmaması, azımsanmayacak bir oranının da idrar yapabilmek için uygun ortam varken idrarını tutup erteleme yönündeki davranışları ve de yaklaşık onda birinin idrar yolu enfeksiyonunu sık yaşamasına ait bulduğumuz sonuçlar (Tablo 6.2.3) önemli ve üzerinde durulması gereken veriler olarak değerlendirilmiş ve bu anlamda da okul hemşirelerine önemli roller düştüğünü göstermiştir.

Mesaneyi tam boşaltamama ve idrar yolu enfeksiyon belirtilerinin yaygın yaşanması inkontinans yaşama durumunu etkileyeceğinden dolayı (47, 61, 62) çalışmamızda bütüncül bakış açısı adına öğrencilerin inkontinans semptomları dışında idrar boşaltımı ile ilgili

deneyimledikleri sorunlara/ sıkıntılara yönelik sorularda sorulmuştur. İdrar yaparken zorluk, güçlük çekme (yaşayan +bazen yaşayan) oranı beşte birden fazla iken, idrar yaptıktan sonra sıkça damlama tarzında idrarı akmaya devam edenleri altıda birdir. İdrar yaptıktan sonra hala idrarı varmış hissini sıkça yaşayanların oranı ise yaklaşık onda biridir. Çalışmamızda yaşam kalitesini de etkileyen idrar kaçırma endişesi yaşamamanın %3.2, bazen yaşamamanın ise %17.3 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.4). Sonuçlar genç kızlar arasında boşaltım sorunları yaşamamanın yaygın olduğunu bu nedenle de okul hemşirelerinin danışmanlık ve eğitim hizmetlerinde bu sorunu ele almaları gerektiğini ve semptomların zaman kaybetmeden detaylı olarak incelenip altta yatan ana sebebin (idrar yolu enfeksiyonu varlığı, anatomik, fizyolojik bozukluklar vb.) belirlenip tedavi edilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Üİ geniş bir kavram olup birçok semptomla ortaya çıkabilmekte ve semptomlar akut ya da kronik belirtilerle kendini gösterebilmektedir (3,4). Öksürme, gülme, hapsirme, ağır kaldırma, egzersiz vb. nedenlerle intraabdominal basınç artışı durumunda idrar kaçağı yaşandığı tür stres Üİ, acil idrar yapma isteği oluşturacak şekilde istemsiz idrar kaçırmanın yaşandığı tür urge Üİ, bu iki türün her ikisinin semptomlarının beraber yaşandığı tür miks Üİ olarak sınıflandırılmaktadır (11, 12, 13, 14, 41, 59). Önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğundan Üİ yurt içi ve yurt dışında birçok prevalans çalışmasına da konu olmuştur. Avustralyada % 26.3 (133), Norveçte % 25 (134), İspanyada % 23.9 (135), Fransada %44 (135), Almanyada % 41 (135), İngilterede % 42 (135), İtalyada yapılan çalışmada ise genel preveansın % 20, olduğu bildirilmiştir(7). Ülkemizde ise %18.8 ve % 49.7 arasında değişkenlik gösteren çalışmalar mevcuttur (5, 116, 117). Erişkinler üzerinde yapılan bu çalışmaların dışında genç popülasyonu ilgilendiren kısıtlı sayıda veriye rastlanmıştır. Bu verilerden ilki 18-25 yaş arası inkontinans oranını %15.1(7), diğeri de 17-25 yaş grubunda ise %16 (8) olarak bildirmiştir. Üriner inkontinans çeşitleri bakımından ise ülkemizde erişkinler üzerinde yapılmış ancak yaş grubu kategorizasyonunda 15-24 yaş grubunu ayrıca incelemiş olan Benlioğlu 15-24 yaş arası urge inkontinans %1.9, stres inkontinans %1.4, miks inkontinans oranı da %3.1 olarak bildirilmiştir (5). Çalışmamızda günlük sosyal yaşantı içinde, aniden idrar gelmesi zor tuvalete yetişme durumunu sık yaşayanların oranı %7.0, bazen yaşayanların oranı %49.9, hiç yaşamayanların oranı %52.6' dır. 3 kişi (%0.4) günlük sosyal yaşantı içinde, aniden idrar gelmesi zor tuvalete yetişme sorusuna yanıt vermemiştir. Gülerken, öksürürken, hapsirirken, hoplayıp zıplarken vb. idrar kaçırma durumunu sıkça yaşama oranı %8.7, bazen yaşama oranı ise % 33.2 iken yaşamayanların oranı % 58.1 olduğu tespit edilmiştir. Bu verilerden yola çıkılarak kümülatif olarak inkontinans yaşama durumu

oranı % 17.6 olarak belirlenmiş, inkontinans yaşanan çeşitler arasında en fazla stres Üİ, ardından urge Üİ en az ise miks Üİ olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.5).Gençlerde fiziksel aktivitenin fazla oluşu ve hareketlilik nedeniyle stres Üİ oranlarının fazla olduğu, gençlerin vücutlarının farklı nedenlerden dolayı (kas tonusu, östrojen seviyesi vb.) daha ileri düzey olarak kabul edilebilecek miks Üİ semptomların henüz tolere edebildiklerini düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça Üİ görülme sıklığında arttığını bildirmektedir (5, 8, 35, 37, 39, 40, 89 ).Çalışmamızda ise anlamlı olmasa da gençlerin aksine adölesanlarda Üİ görülme sıklığının daha fazla (% 18.1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.6). Bu sonucumuzu destekleyecek literatür verisi yoktur ancak bu sonuç “Üİ daha genç yaşlara mı kayıyor?” sorusunu akla getirmiş ve bu konuda daha sağlıklı sonuca gidebilmek içinde gençlere yönelik daha detaylı ve de Üİ prevelans çalışmalarına ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalar Üİ yaşayan bireylerin şikayetleri ortaya çıktığı zaman doktora başvurmayıp ertelediğini ortaya koymuştur. Bu bakımdan Üİ in ihmal edilen bir sağlık sorunu olduğu düşünülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda tıbbi yardım için başvuru oranı % 12,6 ile % 39,7 arasında değişirken (111, 112, 113, 114), ülkemizde yapılan çalışmalarda tıbbi yardım için başvuru oranı % 7 ile % 30,8 arasında olduğu bildirilmiştir (62, 110, 115, 116, 117). Çalışmamızda Üİ yaşayan gençlerde doktora başvurma oranı dünya ve Türkiye ortalamasına göre düşük (%9.5) olduğu saptanmıştır. Tedavi olmama nedenleri incelendiğinde ise; Üİ yaşayanların en fazla “utandığını” belirterek tedavi olmadığı rapor edilmiştir (114, 118, 119). Ertem ve ark.çalışmasında % 29.6’ sı önemli olmadığı, % 25.9 ‘ u çok fazla idrar kaçırmadıkları, % 22.3’ ü inkontinansı doğal gördüğü için tıbbi yardım almadıkları ifade etmişlerdir (115). Çalışmamızda ise, başvurmama nedeninin açık uçlu sorulduğu olarak soruya verilen cevaplarda çok benzer ifadeler yer almaktadır. En fazla % 40.6’ si “Ciddi derecede olmadığını / Önemli bulmadığını” ve % 28.9’ u “Gerek duymadığını/ Kendiliğinden geçtiğini” ifade etmiştir. Diğer başvurmama nedenleri ise, “Zamanı olmadığı/ Aklına gelmediği” (% 8.6), “Hastalık olmadığını/ Normal bir durum olarak gördüğünü/ Hayatını etkilemediğini” (% 3.9), “Utandığını/ Korktuğunu” (%3.1) olarak ifade edilmiştir (Tablo 6.2.7). Çalışmamız ve literatür verilerin karşılaştırıldığında gençlerin de doktora başvurmama nedeni olarak ileri yaşlardaki kadınlar gibi düşündükleri ve davrandıklarını ortaya koymaktadır. Çözüm için eğitim ve danışmanlık hizmetlerini arttırılarak gençlerin bilinç seviyesinin yükseltilmesi ve inkontinans yaşamının normal bir durum olmadığını tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun gençlere anlatılması gerektiği düşünülmüştür.

İdrar kaçırma ileri yaş bireyler üzerinde sosyal izolasyona kadar ilerleyebilecek etkiler oluşturduğu bilinmektedir. Bu etkileri azaltmak adına üriner inkontinans şikayeti yaşayan yetişkinlerin kendilerince önlem almaya çalıştığını, bu önlemlerden ise en yaygın olanlarının emici ped kullanmak, sık çamaşır değiştirmek, tuvalete yakın ortamlarda bulunmaya çalışmak, su içme miktarlarını azaltmak gibi geçici çözümler ve fiziksel/ sosyal aktivitelerini kısıtlamak olduğunu ifade etmiştir (15, 20, 30, 31, 53, 89). İnkontinans yaşayan gençlerinde şikayetlerinden dolayı herhangi bir şeyden vazgeçmek/ ertelemek durumu yaşayıp yaşamadıkları sorgulandığında, yaklaşık onda birinin bu durumu yaşadığı, onda ikisinin ise bazen yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamız sonuçlarında da sık tuvalete gitme ve ped kullanma eşit ve en yüksek oranda (% 19.5) iken, ardından az su içme (% 10.2) inkontinans yaşayan gençlerin aldığı tedbirler olarak belirlenmiştir. Üİ yaşayanların yaklaşık yarısı ise (% 49.2) herhangi bir tedbir almadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 6.2.8). Bu veriler gençlerin inkontinansdan oldukça etkilendiklerini ve ileri yaşta inkontinans yaşayan kadınlarla benzer biçimde düşünüp tedbir aldıklarını belirlemiştir. Gençlerin bu konularda fikir ve davranışlarının değişmesi için adölesan ve okul hemşireleri tarafından danışmanlık verilmesi ve inkontinansın utanç verici bir davranış değil, bir hastalık olduğu algısının yerleştirilmesi ve tedavi edilebilir olduğu vurgusunun yapılması gerektiğini düşündürmüştür.

Literatür önlenemeyecek bir neden olan ailesel yatkınlığında Üİ gelişiminde payı olduğunu belirtmiştir(15, 37, 38, 88, 89, 109). Çalışmamızda öğrencilerin beşte birinin ailesinde inkontinans yaşayan birinin olduğu, inkontinans yaşayan akrabasının yakınlık derecesi bakımından birinci ve ikinci derecede akraba olanların daha fazla olduğu ve akrabalar içinde gülme, öksürme, hapşırma, hoplama, zıplama, ağır kaldırma, ani hareketlerde inkontinans yaşayanlar ise dörtte üçlük kesimi oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.9).

Literatürde ve yapılan çalışmalarda Üİ nedeni olabilecek birçok faktör olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler arasında yaşam biçimi değişiklikleri ile önlenebilecek faktörlerin de (sigara içme, idrar yolu enfeksiyonları, kabızlık, obezite vb.) yer alması (17, 37, 44, 46, 49, 50, 51, 57, 89) aynı zamanda gençlerinde risk faktörü olarak ifade edilen davranış ve alışkanlıklara sahip olduğunun gözlenmesi üzerine gençler bakımından da Üİ risk faktörlerinin incelenmesi ve literatür ile karşılaştırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Çocukluk çağından itibaren ileri yaş Üİ belirtileri açısından ailelerin, birinci basamak sağlık personellerinin ve okul hemşirelerinin dikkatli olmaları gerekmektedir. Çünkü çocukluk döneminde inkontinans şikayeti olmuş kadınların inkontinans açısından risk altında olduklarını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kızılkaya ve arkadaşları (120) ile Güleri'

in (121) yaptıkları çalışmalarda inkontinans şikayeti olan kadınların çocukluk çağında da idrar kaçırma oranlarının yüksek olduğu, Benlioğlu' nun çalışmasında (5) inkontinant kadınların %13' ünün 15 yaşından önce gece uyuduğunda yataklarını ıslattıklarını yani enüresiz nokturna yaşadıklarını bildirmektedir. Çetin (130) ile Ünsal ve ark.(132) ise, çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunanların idrar kaçırma sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirilmişlerdir. Bizim çalışmamızda da çocukluk döneminde enüresiz nokturna yaşama yaşının ortalama olarak 6 olduğu (Tablo 6.2.1), enüresiz nokturna yaşayanların %37.5' inin, bazen yaşayanların ise % 21.4' ünün inkontinans yaşadığı tespit edilmiş ve enüresiz nokturna ile Üİ arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 6.2.10). Bu veriler Üİ ilerleyen yaşlarda devam eden bir sağlık problemi olmaması için çocukluk çağından itibaren risk gruplarının belirlenebileceğini, okul hemşireleri ve birinci basamak sağlık personellerinin tarama programlarında Üİ yönelik veri toplamaları ve danışmanlık vermelerinin faydalı olacağını düşündürmektedir.

Goldstick (122) ve Baptiste J (124) makalelerinde sporcuların Üİ bakımından risk altında olduğunu belirtmiştir. Roza ve ark. (123) yaş ortalaması 20 olan sporcu gençler üzerinde yaptıkları çalışmada da sporcuların pelvik taban kas gücünün zayıf olduğunu bildirmiştir. Jacome (130) yaptığı çalışmada sporcular arasında Üİ prevalansını % 41.5 olarak rapor etmiştir. Çalışmamızda düzenli spor yaptığını ifade eden öğrencilerde inkontinans %19.8, yapmayanlarda ise %16.5 olarak bulunmuş ve spor yapma ve inkontinans yaşama durumu arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.001$ ) (Tablo 6.2.10). Ancak çalışmamızda öğrencilere sadece düzenli spor yapıp yapmadıkları sorulmuş, sporun türü, antreman özellikleri vb. üzerinde durulmamıştır. Sporun gençlerde inkontinansa neden olduğunu ifade edebilmek için bu bağlamda daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Hsieh ve ark. (119) çalışmasında üriner inkontinans yaşayan kadınların % 45,5' inin, Kocaöz' ün (109) çalışmasında % 39.0' unun, Akgün'ün çalışmasında %22.9' unun sigara kullandıkları belirtilirken, Güler' in çalışmasında halen sigara kullananların %44.2'sinde, önceden kullanıp şu an içmeyenlerin %37.5'inde ve hiç sigara kullanmayanların %24.2'sinde SÜİ olduğu rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise üriner inkontinans yaşayan gençlerde sigara kullanma oranı %31.8 olarak belirlenmiştir. Demirci ve ark. (120) ile Özerdoğan'ın (62) çalışmaları sigara kullanımı ve Üİ arasında ilişki olmadığı ifade edilirken bizim çalışmamızda da sigara kullanımı ve Üİ arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 6.2.10).

İdrar yolu enfeksiyonunun Üİ nedeni olduğunu belirten birçok literatür ve çalışma vardır (41, 42, 61, 62, 88, 100, 140). Çalışmamızda da literatürü destekleyen şekilde idrar yolu enfeksiyonu ve Üİ yaşama arasında anlamlı ( $p < 0.001$ ) fark tespit edilmiştir (Tablo 6.2.3 ve Tablo 6.2.10).

Bektaş' ın (99) yaptığı çalışmada kabızlık yaşayan kadınların %27.9' unun Üİ yaşadığı, Güneş ve ark. çalışmasında (126) Üİ yaşayanların %66.1' inin kabızlık yaşadığı bildirilmiştir. Özerdoğan (62) ve Kök'ün (15) yaptığı çalışmalarda kronik kabızlığın Üİ arttırdığı rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda sıkça kabızlık yaşadığını ifade eden öğrencilerde inkontinans yaşama oranı %21.4 olarak daha yüksek iken, bazen yaşadığını ya da hiç yaşamadığını ifade edenlerde bu oranın düştüğü (sırasıyla; %20.1, %14.8) saptanmıştır (Tablo 6.2.3 ve Tablo 6.2.10). Ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.001$ ) (Tablo 6.2.10). Kabızlık defekasyon sırasında intra abdominal basıncın bilinçli olarak artırılmasına neden olur bu durumun uzun süreli olarak yaşanmasının ise pelvis sinirlerinde gerilmeye neden olduğu, buna bağlı zamanla sinir harabiyetleri ve pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu oluşabildiği ve bu fonksiyon bozukluklarının da Üİ oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (37, 45). Çalışmamız sonuçları kabızlık yaşayan gençlerin Üİ yaşama oranlarının yaşamayanlara göre yüksek olduğunu tespit etmiştir. İstatistiksel olarak bu sonucun anlamlı olmaması henüz Üİ neden olabilecek kadar uzun süreli kabızlık yaşanmadığını düşündürmekte ve gençlerin risk altında olduğunu, önlem alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

İdrar tutma erteleme mesanedeki duyu ve sinirlerde harabiyete, detrusor kaslarında gevşemeye neden olabilir. Bu durumun yol açacağı sorunlar arasında idrar yolu enfeksiyonu ve mesaneyi tam boşaltamama başta gelmektedir (139). Çalışmamızda da idrarını sıkça tutan/ erteleyenlerde inkontinans yaşama oranı % 37.5 iken, bazen tutarlarda % 14.9 ve hiç tutmayanlarda oran % 12.8' dir. Ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde ( $p < 0.001$ ) anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2.10). Gençlerin idrarı geldiğinde tutmamaları/ ertelememeleri gerektiği anlatılmalı ve olası sorunlar hakkında bilgi verilmesi gerekliliği açıkça görülmektedir. Bu bakımdan okul hemşirelerinin ve adölesan sağlığı hemşirelerinin gençlere gerekli danışmanlığı sağlamalarının öneminin çok büyük olduğu düşünülmektedir.

Literatür önlenemeyecek bir neden olan ailesel yatkınlığında Üİ gelişiminde payı olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde annede, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans varlığının üriner inkontinans oluşmasında etkili olduğu görülmüştür. Bu durumun genetik yatkınlık olarak vajen ve perine bağ dokusu zayıflığından kaynaklandığı

bildirilmektedir (37, 38, 89). Genetik yatkınlık üriner inkontinansa yatkınlığı artırabilmektedir. Kocaöz'ün (109) çalışmasında inkontinans yaşayan kadınların yakın akrabalarında üriner inkontinans görülme oranı % 50.0, Kök'ün (15) çalışmasında % 44.7, Akgün'ün (88) çalışmasında % 42.8 olduğu bu çalışmalarda yakın akrabalarda Üİ görülme durumunun Üİ oranını arttırdığı belirlenmiştir. Bektaş (89) da bu verilere paralel olarak birinci ve ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olmasının stres üriner inkontinans yaşama durumu ile ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda ise, inkontinans yaşayan gençlerin yakın akrabalarında Üİ görülme oranı %25,7 olarak tespit edilmiş ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 6.2.9 ve Tablo 6.2.10). Bu sonuç gençlerin ailelerinde Üİ yaşayan yakın akrabalarını bilmediği/ haberdar olmadığı şeklinde yorumlanabileceği gibi, genetik yatkınlığın daha ileri yaşlarda ön plana çıktığı, gençlerde kas tonüsü ve ilerleyen yaşlara göre östrojen seviyesinin yüksek oluşunun genetik yatkınlık kompanse edebilecek nitelikte olabileceğini düşündürmektedir. Gençlerde genetik yatkınlık ve Üİ ile ilgili verilerin bulunmaması sağlıklı karşılaştırma yapılmasına engel olmaktadır.

Harinsanfov' nin (125) çalışmasında kronik öksürüğün, Alberto P.A. ve ark.(127) astımın, Bani-Issa W ve ark.(126) ile Başak ve ark.(128) çalışmalarında da diabetin Üİ neden olduğunu bildirmişlerdir. Çetin'in (129) çalışmasında kronik hastalığı bulunan grupta inkontinans sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Erişkin gruplar üzerinde yapılan bu çalışmaların dışında Prasad (9) 11-17 yaşlar arası akciğer hastalığı bulunan kızlarda yaptığı çalışmada kistik fibrozlu olanların %33'ünde, astımlı olanların da %16'sında inkontinans olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da kronik hastalığı olan öğrencilerin çoğunluğu (%ö 33.9) solunum sistemi hastalıklarıdır ve inkontinans yaşama durumları ile kronik hastalık arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 6.2.10).

Obezite intra abdominal basınç artışına yol açtığı için Üİ nedeni olarak gösterilmektedir (17, 37, 49, 50, 51). Ülkemizde Benlioğlu (5), Özerdoğan (62) ve Koçak'ın (104) yaptığı çalışmalarda VKİ yüksek olan kadınlarda Üİ oranlarının da yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ancak çalışmamızda Peyrat ve ark.'nın (105) yaptığı çalışmada olduğu gibi obezite ve Üİ yaşama durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.2.10). Çalışmamıza katılan gençler arasında obez kişi sayısı çok yetersiz olduğu için (totalde 7 kişi), kesin söylemlerin yapılması doğru bulunmamıştır. Bu konuda daha fazla veriye ve özellikle obez genç kızları kapsayan çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.



### 7.3. I-QOL Ölçeğine Ait Verilerin Tartışılması

Üİ yaşama durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar Üİ yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini gösterirken yaşla ilgili farklı ilişkiler bulunmuştur. Yapılan çalışmalar Üİ yaşama süresinin uzamasının da yaşam kalitesi üzerine ilave bir etki yapmadığını rapor etmektedir. Özerdoğan' ın yaptığı araştırmada Üİ etkilerinin yaşla ilişkili olmadığı ortaya konulmuştur (62, 71). Bu bilgiler Üİ yaşayan genç ve ileri yaşta bireylerin yaşam kalitelerinin etkilenme durumları arasında bir fark olmadığını düşündürmektedir.

Karan ve ark. (29), Özerdoğan (62), Koçak ve ark.(104), Demirci ve ark. (106) Araki ve ark. (107) ve Patrick ve ark. (108), inkontinans yaşayan yetişkin kadınların yaşamayanlara göre yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda da öğrencilerin I-QOL ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımları incelenmiştir. I-QOL toplam puan ortalaması  $97,8 \pm 8,7$ ' dir (Tablo 6.3.2). Üriner inkontinans yaşayan gençlerde ölçeğin toplam puan ortalamasının ( $91.59 \pm 13.43$ ) (Tablo 6.3.3) belirgin bir düşüş gösterdiği tespit edilmiştir. Özerdoğan (62) çalışmasında, en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanının sosyal izolasyon yaşama durumu, daha sonra davranışların sınırlandırılması alanı olarak bildirmiştir. Akgün (88) çalışmasında en fazla etkilenen davranışların sınırlandırılması, ardından sosyal izolasyon yaşama ve son olarak psikososyal etkilenme olduğu rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda da inkontinans yaşayan gençlerin I-QOL puanının ( $91.59 \pm 13.43$ ), yaşamayanlara göre ( $99.10 \pm 6.75$ ) düşük olduğu (Tablo 6.3.3) en fazla etkilenen alanın davranışların sınırlandırılması, ardından sosyal izolasyon ve en az etkilenen alanın ise, psikososyal etkilenme olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.3). Bu veriler Üİ yaşayan gençlerinde Üİ yaşayan kadınlarda olduğu gibi farklı alanlarda olumsuz etkilendiklerini ortaya koymuştur. Üİ yaşayan gençlerin yaşam kalitelerinin düştüğünü bilmek bu konuda çözüm arayışını hızlandırmaya yardımcı olacağını düşündürmektedir.

İlgün'ün (101) yetişkinlerde inkontinans çeşitleri ve yaşam kalitesinin de incelendiği çalışmasında kontrol grubundaki hastalarının yaşam kalitelerinin en fazla etkilendiği inkontinans çeşidinin stres Üİ, ardından miks Üİ, ve en son olarak da urge Üİ olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği inkontinans çeşidi miks Üİ, ardından urge Üİ ve en son olarak stres Üİ olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.4). Gençlerin yaşam kalitelerinin en fazla miks Üİ olması sebep olarak, her iki (stres ve urge) inkontinans çeşidinin semptomlarının

beraber yaşanmasından kaynaklanan olumsuzlukların gençler üzerinde füzyon etkisi oluşturmuş olabileceğini düşündürmüştür.

Yaşam kalitesi ve yaş alanında Patrick ve arkadaşları (141) yaptıkları çalışmada Üİ yaşayan kadınların ileri yaş gruplarında I-QOL puan ortalamalarının daha yüksek seviyede olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda ise adölesan ve genç grup arasında yapılan karşılaştırmada adölesanların yaşam kalitelerinin olumlu düzeyde daha yüksek ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.00$ ) (Tablo 6.3.5). Bu sonuç gençlik döneminin kendine has özelliklerinin olduğunu ve yetişkinlerden farklı düşünce yapısı ve yaşam biçimi içinde yer alan bireyin, yetişkinlerden ayrı düşünülmesi ve değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda idrar kaçırma endişeri yaşama durumuna göre I-QOL ölçeği total puan ortalamaları incelenmiş ve her an idrar kaçırma endişesi sık yaşayanların yaşam kalitelerinin bazen yaşayan ve yaşamayanlara göre düşük olduğu ( $81.91 \pm 15.37$ ), bazen yaşayanların puanlarının da hiç yaşamayanlara göre düşük olduğu ( $92.52 \pm 11.14$ ) belirlenmiştir. Bu farklılığın ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0.000$ ) (Tablo 6.3.6). Ancak yapılan literatür taramasında her an idrar kaçırma endişesi yaşama ve yaşam kalitesi ile erişkin ya da gençlere yönelik ilgili bilgi ve çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durum da endişe yaşama ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ile ilgili olarak çalışmalar yapılmasına ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğunu (%83.4) adölesan gruptaki lise öğrencileri oluşturmuştur.
- Çalışma kapsamın alınan öğrencilerin obezite açısından Türkiye ortalamalarının altında yer aldığı ve VKİ göre çoğunluğunun normal kiloda olduğu belirlenmiştir.
- Öğrencilerin düzenli spor yapma, sigara kullanma alışkanlıklarının düşük olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin beşte birinde bir kronik hastalığın var olduğu ve bu kronik hastalıklar içerisinde yoğunluğu solunum sistemi hastalıklarının oluşturduğu görülmüştür.
- Öğrencilerin tuvalet eğitimlerine yönelik çoğunluğunun bir şey hatırlamadıkları, hatırlananlarında daha çok kendilerinin yaşadıkları duygular olduğu, %11' nin tuvalet eğitimi sonrası geceleri idrar kaçırma problemi sık yaşadığı ve idrar kaçırma probleminin ortalama 6 yaşına kadar sürdüğü bulunmuştur.
- Öğrencilerin sıvı tüketiminin totalde çay, kahve ve asitli içeceklerde yoğunluk kazandığı, su tüketiminin yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir.
- Gençlerin gündüz miksiyon sayılarının çoğunlukla 4-6 kez olduğu, % 35.8'inin her gece miksiyon için kalktığı, beşte birinin ev dışındaki mekanlarda tuvaleti kullanmadığı, azımsanmayacak bir oranının da (%14.4) idrarını yapabilmek için uygun ortam varken idrarını tuttuğu/ ertelediği ve yaklaşık onda birinin (%7.8) sık olarak idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı belirlenmiştir.
- Gençlerin beşte birinin sık + bazen her an idrar kaçırma endişesi yaşadıkları ve idrar yaparken güçlük çektikleri belirlenmiştir. % 16.4' nün idrarını yaptıktan sonra damlama tarzında idrar akması sorununu ve %11.4 de idrar yaptıktan sonra hala idrarı varmış hissi sık yaşadıkları tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda adölesan ve genç kızlarda inkontinans yaşama oranı %17.6 olarak saptanmıştır.İnkontinans tipleri açısından %8.9 oranı ile stres inkontinansın daha çok yaşandığı, bunu % 5.6 ile urge inkontinans, % 3.0 ile miks inkontinansın izlediği belirlenmiştir.
- Adölesanlarda inkontinans yaşama oranı %18.1, gençlerde ise %14.1 olduğu belirlenmiştir.
- İdrar kaçırma şikayeti olan gençlerin sadece %9.4' nün doktora başvurduğu, yaklaşık yarısının “Ciddi derecede olmadığı/ Önemli bulmadığı” için doktora başvurmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

- İnkontinans yaşayan gençlerin onda birinin idrar kaçırma şikayetinden dolayı yaşamlarında herhangi bir şeyden bir şeyden vazgeçmek ya da ertelemek zorunda kaldıklarını ifade ettikleri bulunmuştur.
- İnkontinans yaşayan gençlerin yarısının herhangi bir tedbir almadığı, yarısının ise sık tuvalete gitme, ped kullanma ve az su içme gibi tedbirlere başvurdukları belirlenmiştir.
- Gençlerin beşte birinde ailesinde inkontinans yaşayan birisinin olduğu, en fazla birinci ve ikinci dereceden akrabalarının inkontinans yaşadıkları ve ifade edilen inkontinans tipinin dörtte üç oranında stres Üİ olduğu saptanmıştır
- ***İnkontinansa neden olabilecek faktörler açısından yapılan değerlendirmede;***
  - Çocukluğunda tuvalet eğitiminden sonra geceleri idrar kaçırma problemini sık yaşayan gençlerin inkontinans yaşama oranı %37.5 olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ), hiç yaşamayanlarda ise bu oran %11.6 dır.
  - Düzenli egzersiz ve spor yapanların, yapmayanlara göre Üİ yaşama oranlarının %19.8 olarak daha yüksek olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).
  - Sigara kullananların, kullanmayanlara göre Üİ yaşama oranının (%31.8) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ).
  - Sürekli idrar yolu enfeksiyonu sık yaşayanların, yaşamayanlara göre Üİ yaşama oranlarının %38.6 olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).
  - Sürekli kabızlık yaşamamanın Üİ nedeni olabilecek düzeyde anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).
  - İdrar tutma/ erteleme alışkanlığı olmayanlara göre, sık ve bazen tutan/erteleyenlerin Üİ yaşama oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.001$ ).
  - Aile/yakınlarından birinde Üİ problemi olma durumu ile gençlerin Üİ yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

- Üİ yaşayanlarda kronik hastalığı olanların oranının (%24.4) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- Öğrencilerin büyük çoğunluğu normal kiloda olduğu ve de obez olanlarının sayısı çok az olduğundan VKİ ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
- Gençlerin total yaşam kalitesi puan ortalaması  $97,8 \pm 8,7$  olarak iyi düzeyde bulunmuştur.
- Üİ yaşayanların yaşam kalitesi total puan ortalamalarının ( $91.59 \pm 13.43$ ), Üİ yaşamayanlara ( $99.10 \pm 6.75$ ) göre düşük olduğu belirlenmiştir.
- Üİ yaşayan öğrencilerin I-QOL ölçeği total ve alt grup puan ortalamalarında çok belirgin olmamakla birlikte düşüş olduğu ancak yine de yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu, özellikle davranışların sınırlandırılması yönünde etkilenmenin daha belirgin olduğu saptanmıştır.
- Üİ tiplerine göre Üİ yaşayan öğrencilerin I-QOL ölçeği puan ortalamalarının ( $84.95 \pm 19.80$ ) diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu (urge Üİ;  $92.75 \pm 11.56$ , stres Üİ;  $93.04 \pm 11.40$ ) saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- İnkontinans yaşayan genç kızların I-QOL ölçeği total puan ortalamalarının ( $87.00 \pm 13.36$ ), inkontinans yaşayan adölesanlara göre ( $92.12 \pm 13.39$ ) daha düşük olduğu yani inkontinans yaşayan genç kızların yaşam kalitelerinin adölesanlara göre daha fazla düştüğü ancak farkın anlamlılık göstermediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).
- Her an idrar kaçırmaya endişesi yaşamının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

### **Çalışmamızda Elde Ettiğimiz Sonuçlar Doğrultusunda Önerilerimiz Şunlardır:**

- Sonuçlarımıza göre gençler de inkontinans atlanmaması gereken bir durumdur ve bu bağlamda gençlerin inkontinans şikayeti ile başvurabileceği özel bir birim/ merkez olması gereklidir. Gençler ve adölesanların inkontinans şikayeti açısından rahatlıkla ve güvenle başvurabileceği birim/ merkezler oluşturulmalıdır.
- Gençlerin içinde buldukları dönemin psikolojik ve fiziksel değişiklikleri içinde inkontinans gibi bir şikayetle baş edebilmeleri, bu sorunu paylaşmaları ve çözüm yolu aramaları oldukça güç gözükmektedir. Bu nedenle halk sağlığı alanında veya okullarda bu konuya da dikkat çekilmelidir ve gençlerin bu konu hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- Çeşitli eğitim ve tarama programlarının içinde Üİ ile ilgili de bir bölüm oluşturulmalıdır. Hedef; gençlerde Üİ varlığını saptamak ve de gençleri bilinçlenerek korunmalarını sağlamak olmalıdır.
- Üİ ilerleyen yaşlarda devam eden bir sağlık problemi olmaması için çocukluk çağından itibaren risk gruplarının belirlenebileceği, bu nedenle de okul hemşireleri ve birinci basamak sağlık personellerinin tarama programlarında Üİ yönelik veri toplamaları, Üİ risk oluşturabilecek faktörler açısından değerlendirmeler yapmaları ve danışmanlık vermeleri faydalı olacaktır.
- İnkontinans yaşayan adölesan ve genç grubun birbirinden ayrı tutulmaları ve yaşadıkları dönemin özellikleri düşünülerek yaklaşımı sağlanmalıdır.

Sonuçlarımıza göre kadın doğum hemşireliğinin alt uzmanlık alanlarından ürojinekoloji hemşirelerine “adölesan/genç ürojinekolojisi” alanında da önemli görevler düşmektedir.

## 9. KAYNAKÇA

1. [www.who.int](http://www.who.int), Erişim Tarihi: 08/09/2012.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
3. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT (1998) The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Dysfunction. Scand J Urol Nephrol Suppl, 114: 5-19.
4. Çetinel B (2005) İdrar kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri. Türk Üroloji Dergisi, 2(31): 246-252.
5. Benlioğlu C (2006), Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, (Danışman: Doç. Dr. Sefa Resim).
6. Çırpan T, Akercan F, Akman L, İtil Mİ, Aşkar N (2005) Genç Yaşta Gözlenen Postpartum İnkontinans: Olgu Sunumu Ve Literatür Derlemesi. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2(3): 246-248.
7. Siracusano S, Pregazii R, D'aloia G (2003) Prevalence Of Urinary Incontinence in Young and Middle-Aged Women in An Italian Urban Area. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2(107): 201–204.
8. Wolin LH (1969) Stress Incontinence in Young, Healty Nulliparous Female Subject. J Urol, 101: 545-553.
9. Prasad SA, Balfour-Lynn IM, Carr SB (2006) A Comparison of The Prevalence in Girls with Cystic Fibrosis, Asthma and Healthy Controls. Pediatr Pulmond, 41: 10065-8.

10. Parikh DH, Crabbe DCG, Auldish AW, Rothenberg SS (2009) Pediatric Thoracic Surgery. Springer, London, p: 440.
11. Attar E, Ata B (2007) Gomel' in Jinekolojisi. İçinde: Ürojinekoloji. Ed: Demirci F, Nobel Matbaacılık, İstanbul, s: 427-440.
12. Rojas F, Cundiff GW (2008) The Johns Hopkins Review of Gynecology and Obstetrics. In: Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. John Hopkins Jinekoloji Ve Obstetri El Kitabı. İçinde: Ürojinekoloji Ve Rekonstrüktif Pelvik Cerrahi. Eds: Fortner KB, Szymanski LM, Wallach EE, Çeviren: Oral E, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, s: 327-339.
13. Berek SJ (2011) Berek&Novak Jinekoloji. İçinde: Alt Üriner Sistem Bozuklukları. Eds: Nygaard I, Menefee SA, Wall LL, Çevirenler: Demirtürk F, Çalışkan AC, Nobel Matbaacılık, İstanbul, s: 852-859.
14. Atasü T, Şahmay S (2001) Jinekoloji. İçinde: Üriner inkontinans. Nobel Matbaacılık, İstanbul, s: 596-598.
15. Kök G (2005) Gata Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Nur Şendel).
16. Bayraktar M (2007) Gençlik Döneminde Görülen Bazı Psikolojik Belirtiler ve Din Eğitimi İlişkisi - Obsesif Kompulsif Belirti Örneği. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Van, (Danışman: Suphi Erdem).
17. Demirci H, Beji KN (2002) Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. 1.Baskı, Emek Matbaacılık, İstanbul, s: 102-108.
18. Kararımak Ö, Siviş R (2011) Benlik Saygısının ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlamlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4(35): 30-43.



19. Filiz TM, Uludağ C, Çınar N, Gorpelioğlu S, Topsever P (2006) Risk Factors for Urinary Incontinence in Turkish Women. *Saudi Med Journal*, 27(11): 1688-1692.
20. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A (2003) Urinary Incontinence as A Worldwide Problem. *Int Gynecology Obstet*, 82: 327-338.
21. Küçük DB (2002) Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi F. N. HemşirelikYüksekokulu, İstanbul, 29-50, 51-60, (Danışman: Nezihe Kızılkaya Beji).
22. Irwin ED (2006) Population –Based Survey of Urinary Incontinence,Overactive Bladder and Other Lower Urinary Tract Symptomsin Five Countries: Results of the EPIC Study. *European Urology*, 50: 1306-15.
23. Güner H (2008) Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. 2.Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
24. Kelleher C (2001) Quality of Life and Urinary Incontinence. In: *Textbook of Female Urology and Urogynecology*. Eds: Cardoza L, Staskin D, London, p: 47-58.
25. Kelleher C (1997) Quality of Life and Urinary Incontinence. In: *Urogynecology*. Ed: Cardoza L, New York, p: 673-688.
26. Dinç A, Beji KN (1997) Üriner İnkontinans Tanılaması ve Hemşirenin Rolü. *Hems Bült*, 11(45): 43-4.
27. Abrams P, Cardoza L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulstem U (2002) The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from The Standardisation Subcommittee of The International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, (21): 167-178.
28. Fantl JA, Newman DK (1996) Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. *Clinical Practise Guideline*, No:2.

29. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N (2000) Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(3): 102-106.
30. Ertem G (2009) Üriner İnkontinanslı Hastaların Hastalığıyla Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1): 177-187.
31. Arslan H, Kömürcü N, Gençalp SN, Eryılmaz H, Engin F, Eksi Z (1999) Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Bunlarla Başa Çıkma Yolları. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstract Kitabı. Haziran 8-11, İstanbul, s: 17.
32. Fırıncıoğlu Y (2006) Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Tension-Free Vaginal Tape Operasyonu ve Uzun Dönem Takip Sonuçları. İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ürojinekoloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Erdinç Ünlüer).
33. Impact of Incontinence in Canada. (2009) A Briefing Document from The Canadian Continence Foundation.
34. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D (2006) The Costs of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol*, 107(4): 908–916.
35. Ekin M, Karayalçın R, Özcan U (2005) The Prevalence of Urinary Incontinence and Its Influence on The Quality of Life in Women of Reproductive and Postmenopausal Age Groups. *Jornal Of Ankara Medical School*, 26: 21-25.
36. Norton PA (1990) Prevalence and Social Impact of Urinary Incontinence in Women. *Clinic Obstetric-Gynecology*, 33(2): 295-7.
37. Fine PM, Antonini TG, Appell R (2004) Clinical Evaluation of Women with Lower Urinary Tract Dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*, 47: 44–52.
38. Milsom I (2000) The Prevalence of Urinary Incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79: 1056-1059.

39. Ateşkan Ü (2004) Geriatrik Üriner İnkontinans. Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı, 2(3): 20-5.
40. Shah J, Leach G (2001) Üriner Kontinans. Çeviren: Dursun NA., İstanbul, San Ofset, s: 7-58.
41. Pernol ML (1994) Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. 2.Cilt, Barış Kitabevi, İstanbul.
42. Scott JR, Diasia PJ, Hammond CB, Specally WN (1992) Obstetrik ve Jinekoloji. Ed: Erez S, 6.Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul.
43. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Döver S, Koyuncu E (1997) Pelvik Kas Gücünün Değerlendirilmesinde Dijital Test Ve İdrar Akışını İstemli Olarak Durdurma Testinin Yeri. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, İstanbul, 1(3): 137-42.
44. Siddighi S, Hardesty SJ (2007) Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Temel Bilgiler. 1.Baskı, Çeviren: Yalçın Ö., Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık, Ankara.
45. Spence JC, Kanm MA, Henry MM, Hudson CM (1994) Bowel Dysfunction: A Pathogenic Factor in Uretrovesical Prolapsus and Urinary Stress Incontinence. Br J Obstet Gynaecol, 101: 147-152.
46. Demir A (1999) Ürogenital Sistem Embryolojisi. İçinde: Genel Üroloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 17-31.
47. Gomel V, Munro MG, Rowe TC (1995) Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Çeviren: Atar NE., Özışık Ofset Matbaacılık, Ankara.
48. Parys BT, Woolfenden KA, Parsons KF (1990) Bladder Dysfunction After Simple Hysterectomy: Urodynamic and Neurological Evaluation. European Urology, s: 17.

49. Demir Ü, Saruhan A (1998) Menopoz Yakınmaları Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkilerinin İncelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar, Ege Üniversitesi, İzmir, s: 265.
50. Karanisaoglu H, Oskay Ü (1998) Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1(5): 61-7.
51. Öztürk ZG, Toprak D, Basa E (2012) 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 46(4): 170-176.
52. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, Erişim Tarihi: 04/06/2013.
53. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu (2011) TURDEP 2 Sonuçları. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı.
54. Akbulut ÇG, Özmen MM (2007) Çağın Hastalığı Obezite. TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, Mart Sayısı Eki.
55. Demirci N, Coşar F (2009) Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Derg, 16(3):35-40.
56. Bump RC, McClish DK (1994) Cigarette Smoking and Pure Genuine Stres Incontinence of Urine: A Comprison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Non-smokers. American Journal of Obstetric and Gynaecology, 170.
57. Yalçın Ö (2000) Üriner İnkontinansa Genel Bakış. İçinde: Ürojinekoloji. Ed: Güner H., Atlas Kitapçılık, Ankara, s: 19-27.
58. Çiftçi Ö, Günay O (2011) Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 33(4): 301-308.

59. Yaman LS, Göğüs D, Müftüoğlu YZ, Küpeli S, Anafarta K, Şafak SM, Arıkan N (1990) Üroloji. 1.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
60. Arısan K (1991) Kadın Hastalıkları. 3.Baskı, Çeltük Matbaacılık, İstanbul.
61. Kişnişçi HA (1996) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara.
62. Özerdoğan N (2003) Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik), Doktora Tezi, İstanbul.
63. Erkan HA (2009) İdrar Kaçırmada Davranışsal Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
64. Karan A, Eskiurt N, Kızılkaya N, Yalçın Ö (1998) Üriner İnkontinanstaki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 3: 36-40.
65. Beare GP, Meyers LJ (1994) Principles and Practice of Adult Health Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. America: Mosby, s: 1127-37.
66. Haslam J (2000) Pelvic Floor Muscle Exercises. NTPlus, 96: 42.
67. Sherman RA, Davis GD, Wong MF (1997) Behavioral Treatment of Exercises Induced Urinary Incontinence. J. Medicine, 162(10): 690-94.
68. Jeter KF (1991) Pelvic Floor Muscle Exercises with or without Biofeedback for The Treatment of Stress Incontinence Prob Urol. 5(1): 72-74.
69. Wall LL (2003) Urinary Stress Incontinence. In: Telinde's Operative Gynecology. Eds: Rock JA., Jones HW., Lippincott Williams & Wilkins Company, Philadelphia.
70. Erkan AH (2003) Acil İdrar Kaçırma ve Sık İdrara Gitme Sorunu Olan Kadınlarda Mesane Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

71. Aslan E (1999) Stres İnkontinansta Ped Testinin Önemi ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
72. Thyssen H, Lose G (1997) Long Term Efficacy and Safety of A Disposable Vaginal Device (Continence Guard) in The Teatment of Female Stress Incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 8: 130-3.
73. Botlero R, Davis SR, Urquhart DM, Shortreed S, Bell RJ (2009) Age-specific Prevalence of, and Factors Associated with, Different Types of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Australian Women Assessed with A Validated Questionnaire. 62(2): 134-9.
74. De Onis M, Habicht JP (1996) Anthropometric Reference Data for International Use: Recommendations from A World Health Organization Expert Committee. Am J Clin Nutr, 64: 650-658.
75. Bethesda MD (2000) National Heart Lung and Blood Enstitute (NHLBI) and North American Association for The Study of Obesity (NAASO). Practical Guide to The Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health.
76. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of A WHO Consultation on Obesity (1997) Geneva.
77. Ricci SS, Kyle T (2009) Maternity and Pediatric Nursing. Lippincott&Wilkins, Orlando, Florida, p: 197-215.
78. Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Rapor. (2009) TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu.
79. Yurdakul İ (2007) Kronik Kabızlık. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 58:43-58.
80. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN (1996) Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. International Development Research Centre, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.

81. Özcebe H (2008) Gençler ve Sigara. 1.Baskı, Klasmat Matbaacılık.
82. Çiftçi H, Akbulut G, Mercanlıgil SM (2008) Solunum Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi. 1.Baskı, Klasmat Matbaacılık.
83. Mirza M (2002) Multpl Sklerozun Etyolojisi ve Epidemiyolojisi. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 24(1):40-47.
84. Sadiq SA, Miller JR (1995) Demyelinating Diseases. In: Merritt's Texbook of Neurology. Ed: Rowland LP, Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphia, Hong Kong, p: 805-829.
85. Eraksoy M (1999) Multiple Sclerosis in Children: A Review. In: Frontiers in Multiple Sclerosis. Eds: Siva A, Kesselring J, Thompson AJ, Martin Dunitz, London, p: 67-73.
86. Baidina TV, Shutov AA (1990) Multiple Sclerosis in Children. Zh Neuropathol Psikhiatr Im SS Korsakova, 8: 36-38.
87. Van Lieshout HB, Van Engelen BG, Sanders EA, Reiner WO (1993) Diagnostic Multiple Sclerosis in Childhood. Acta Neurol Scand, 88: 339-343.
88. Akgün G (2009) 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, ( Danışman: Petek Balkanlı Kaplan).
89. Bektaş AH (2007) Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas (Danışman: Yard. Doç.Dr. Özgür Alparıslan).
90. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın O (2004) Urinary Incontinence: Its Prevalence, Risk Factors and Effects on The Quality of Life of Women Living in A Region of Turkey. Gynecol Obstet Invest, 58(3): 145-50.

91. Sasaki K, Chancellor MB, Phelan MW (2002) Diabetic Cystopathy Correlates with A Long-term Decrease in Nerve Growth Factor Levels in The Bladder and Lumbosacral Dorsal Root Ganglia. J Urol, 168: 1259.
92. Daneshgari F, Liu G, Birder L, Hanna-Mitchell AT, Chacko S (2009) Diabetic Bladder Dysfunction: Current Translational Knowledge. J Urol, 182(Suppl 6): 18-26.
93. Gomel V, Munro MG, Rowe TC (1995) Jinekoloji Pratik Yaklaşım, Çeviren: Attar NE, Özışık Ofset Matbaacılık.
94. Scott LR, Diasia PJ, Hammond CB (1992) Obstetrik ve Jinekoloji. Ed: Erez S, 6.Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul.
95. Block J, Robins RW (1993) A Longitudinal Study of Consistency and Change in Self-esteem from Early Adolescence to Early Adulthood. Child Development, 64: 909-923.
96. Harter S (1993) Causes and Consequences of Low Self-esteem in Children and Adolescents. In: Selfesteem: The Puzzle of Low Self-regard. Ed: Baumeister RF, Plenum, New York, p: 87-116.
97. Cholhan HJ, Ostergard DR (1996) Misadventures in The Surgical Management of Genuine Stres Incontinence. In: Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice. Eds: Ostergard DR, Bent EA, 4<sup>th</sup>Ed, William&Wilkins, Baltimore.
98. Semeltzer CS, Bare GB (2000) Medical Surgical Nursing. 9<sup>th</sup>Ed, Lippincott, Philadelphia, p: 1083-1100.
99. Çoban A, Şirin A (2003) Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Geriatri, 6(2):80-3.
100. Döver S (1998) Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon ve Pelvis Taban Kası Egzersizlerinin Stres İnkontinans Tedavisindeki Etkinliği. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.



101. İlğün S (2011) Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Biyofeedback ile Yapılan Pelvik Taban Kas Egzersizinin İnkontinans Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Nimet Ovayolu).
102. Dinç A, Beji KN (1997) Üriner İnkontinans Tanılaması ve Hemşirenin Rolü. Hemş Bült, 11(45): 43-4.
103. Özdemir S, Çelebi İ, Nurullahoğlu N, Ark CH (2006) Ürojinekoloji Kliniğimize Başvuran Üriner İnkontinans Olgularının Dağılımı. Genel Tıp Dergisi, 16(2): 49-52.
104. Koçak İ, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beşer E (2005) Female Urinary Incontinence in The West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. Eur Urol, 48: 634-41.
105. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y (2002) Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Young and Middle-aged Women. BJU Int, 89: 61-66.
106. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H (2012) 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(19).
107. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, Takeda M (2006) Prevalence and Impact on Generic Quality of Life Of Urinary Incontinence in Japanese Working Women: Assessment By Ici Questionnaire and Sf-36 Health Survey, Urology, 66: 88-93.
108. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM (1999) Cultural Adaptation of Quality of Life Measure for Urinary Incontinence. Eur Urol, 36(5): 427-435.
109. Kocaöz S (2001) Etimesgut II No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Tez, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

110. Demirci F, Özden S, Yücel N, Yatlı S, Demirci E (1999) Türkiye' de Postmenopozal Kadınlarda İnkontinans Prevalansı. Üst Jin ve Obst Derg, 3: 138-42.
111. Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS (2008) Prevalence of Urinary Incontinence in Korean Women: Results of A National Health Interview Survey. World J Urol, 26(2): 179-85.
112. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J (2008) The Prevalence of and Potential Risk Factors for Female Urinary Incontinence in Beijing, China. Menopause, 15(3): 566-9.
113. Lassere A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T (2009) Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life, Eur Urol.
114. Altman D, Ekström A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. (2007) Symptoms of Anal and Urinary Incontinence Following Cesarean Section or Spontaneous Vaginal Delivery. Am J Obstet Gynecol, 197(5): 512.
115. Ertem KG, Çoban A, Sevil Ü. (2002) Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların İnkontinans Durumları Ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 18(1-3): 57-68.
116. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E (2000) Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. Turgut Özal Tıp Merk Derg, 7(1): 54-7.
117. Turan C, Zorlu CG, Ekin M, Hançerlioğulları N, Saraçoğlu F (1996) Urinary Incontinence in Women of Reproductive Age. Gynecol Obstet Invest, 41: 132-4.
118. Ateşkan Ü (1999) Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Tez, GATA, Ankara.

119. Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC (2007) Risk Factors for Urinary Incontinence in Taiwanese Women Aged 60 or Over. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18(11): 1325-9.
120. Kızılkaya B, Yalçın Ö, Ayyıldız H (1999) Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. I. Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul.
121. Güler T (2006) Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tez, (Danışmanı: Yrd. Dr. Nesrin Yağcı).
122. O Goldstick, N Constantini (2013) Urinary Incontinence in Physically Active Women and Female Athletes. *Br J Sports Med*.
123. Roza T, Araujo MP, Viana R, Viana S, Jorge RN, Mascarenhas T (2012) Pelvic Floor Muscle Training to Improve Urinary Incontinence in Young, Nulliparous Sport Students: A Pilot Study. *International Urogynecology Journal*, 8(23): 1069-1073.
124. Jean-Baptiste J, Hermieu JF (2010) Sport and Urinary Incontinence in Women. *Prog UroL*, 20(7): 483-90.
125. Hrisanfow E, Hägglund D (2013) Impact of Cough and Urinary Incontinence on Quality of Life in Women and Men with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Nursing*, 1-2(22): 97-105.
126. Bani-Issa W, Almomani F, Eldeirawi K, (2013)Urinary Incontinence Among Adult Women with Diabetes in Jordan: Epidemiology, Correlates and Perceived Impact on Emotional and Social Well-being.*Journal of Clinical Nursing*.
127. Pavóna AG, Chaob CW, Rodríguez NR (2013) Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres que Consultan Por Dolor Lumbopélvico: Estudio Multicéntrico. Y Francisco Javier Gavira Iglesias, *Aten Primaria*, 951: 1-9.

128. Basak T, Kk G, Gven G (2013) Prevalence, Risk Factors and Quality of Life in Turkish Women with Urinary Incontinence: A Synthesis of The Literature. *International Nursing Review*, 4(60): 448-460.
129. etin C (2010) Edirne İli Merkezinde 20 Yaş st Popülasyonda riner İnkontinans Prevalansı ve riner İnkontinansı Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman; Doç. Dr. H. Nezh Dağdeviren).
130. Jcome C, Oliveira D, Marques A, S-Couto P (2011) Prevalence and Impact of Urinary Incontinence Among Female Athletes. *Int J Gynaecol Obstet*, 114(1):60-3.
131. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/obezite-sismanlik/769-obezite-nas%C4%B11-saptan%C4%B1r.html#sthash.nc6iT7bS.dpuf>, Erişim Tarihi: 17/01/2014.
132. nsal A, Tzn M, Arslantaş M (2013) Eskişehir İli Beylikova İle Merkezinde 20 Yaş ve zeri Kadınlar Arasında riner İnkontinans, İlişkili Faktörler Ve Depresyon. *TSK Koruyucu Hekimlik Blteni*, 12(6).
133. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. (2000) Urinary Incontinence in Both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life and Sexual Life, *Neurourol Urodyn*, 19(3):259-71.
134. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S (2000) Norwegian EPINCONT Study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. A Community - Based Epidemiological Survey of Female Urinary Incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol*, 53(11):1150-7.
135. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S (2004) The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries. *BJU Int*, 93(3):324-30.

136. Krassas GE, Tsametis C, Baleki V, Constantinidis T, Ünlühizarcı K, Kurtoğlu S, Keleştimur F (2004) Balkan Group for The Study of Obesity, Prevalence Of Overweight and Obesity Among Children and Adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey. *Pediatr Endoc Rev*, 1(Suppl.3):460-464.
137. Sur H, Kolotourou M, Dimitriou M, Kocaoğlu B, Keskin Y, Hayran O, Manios Y (2005) Biochemical and Behavioral Indices Related to BMI in Schoolchildren in Urban. *Turkey Prev Med*, 41(2):614-621.
138. Küçük L (2010) Çocuk ve Ergenlerde Önemli Bir Sorun Olan Enürezisin Psikososyal Yönü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3).
139. <http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ShowNew.aspx?id=-250133> (Erişim Tarihi: 21/11/2013)
140. Avşar P, Kazan EE, Pınar G (2013) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ile Obezite ve Kronik Hastalıklara İlişkin Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 1(1).
141. Patrick DI, Martin MI, Bushnell DM (1999) Cultural Adaptation of Quality Life Measure For Urinary İncontinence. *Eur Urol*, 36 (5):427-435

## 10. EKLER

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.0.34.14.00-044-/ 170869  
Konu : Anket (Şeyma SUCUOĞLU)

24/12/2012

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : a) 12/12/2012 tarihli ve 401 sayılı yazımız.  
b) Valilik Makamının 21 /12/2012 tarih ve 170097 sayılı onayı.

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma SUCUOĞLU 'nun 'Genç Kızlarda İrtner İnkontinans ve Nedenlerinin incelenmesi' konulu tezine ilişkin, ilimiz, Ataköy Cumhuriyet Anadolu Lisesi, Sabri Çalışkan Kız Teknik ve Meslek Lisesi, Yeşilköy Ellinci yıl lisesi, Bakırköy Nükhret Eren Ticaret Meslek Lisesi'nde Anket uygulama isteği ilgi (b) Valilik Onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda gerekli duyurunun anketçi tarafından yapılmasını, işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.



M. Nurettin ARAS  
Müdür a.  
Şube Müdürü

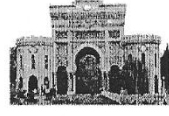
**EKLER:**  
Ek-1 Valilik Onayı.  
Ek-2 Anket Soruları.

NOT: Verilecek cevapta tarih, numara ve dosya numarasının yazılması rica olunur.  
STRATEJİ GELİŞTİRME BÖLÜMÜ E-Posta: [sgb34@meh.gov.tr](mailto:sgb34@meh.gov.tr)  
ADRES: İl Millî Eğitim Müdürlüğü D Blok Bab-ı Ali Cad. No:13 Cağaloğlu  
Telefon: Snt.212 455 04 00 Dahili: 239, Şb.Md.: 243

5070 Sayılı Kanuna Göre MEHMET  
NURETTİN ARAS tarafından  
Elektronik Olarak  
İmzalandı. İmza: <http://istanbul.meb.gov.tr/evralsorgu/> adresinden kontrol edebilirsiniz.



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 60350273/837  
Konu:

YAYIN 2013

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi : 02.05.2013 tarihli, 174 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şeyma SUCUOĞLU'NUN Yard.Doç.Dr.Hatice YILDIZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Genç Kızlarda Üriner İnkontinans ve Nedenlerinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını Fakültemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Hacer KARANISOĞLU  
Dekan/Vekil

Gelen Evrak  
Tarih: 21.05.13  
Sayı: 280  
Ek: —

## SORU FORMU

*Aşağıdaki sorulara uygun şekilde cevaplandırınız*

1	Yaşınız:.....	
2	Eğitiminiz <input type="checkbox"/> 1. Lise öğrencisi ( Sınıfınız:.....) <input type="checkbox"/> 2. Üniversite öğrencisi ( Sınıfınız:.....)	
3	<b>Annenizin eğitim düzeyi</b> <input type="checkbox"/> 1. Okur yazar değil/ okur yazar <input type="checkbox"/> 2. İlkokul <input type="checkbox"/> 3. Ortaokul <input type="checkbox"/> 4. Lise <input type="checkbox"/> 5. Üniversite <input type="checkbox"/> 6. Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> 7. Doktora	<b>Babanızın eğitim düzeyi</b> <input type="checkbox"/> 1. Okur yazar değil/ okur yazar <input type="checkbox"/> 2. İlkokul <input type="checkbox"/> 3. Ortaokul <input type="checkbox"/> 4. Lise <input type="checkbox"/> 5. Üniversite <input type="checkbox"/> 6. Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> 7. Doktora
4	Sağlık Gıvenceniz var mı? Varsa hangisidir? <input type="checkbox"/> 1. Yok <input type="checkbox"/> 2. SGK <input type="checkbox"/> 3. Yeşil Kart <input type="checkbox"/> 4. Özel sigorta	
5	Alienizin gelir durumu hangisine daha uygundur? <input type="checkbox"/> 1. Gelir giderden az <input type="checkbox"/> 2. Gelir gidere denk <input type="checkbox"/> 3. Gelir giderken fazla	

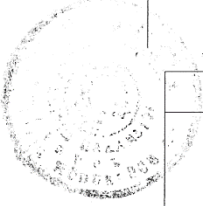
6	Boyunuz: ..... cm Kilonuz:.....kg
7	Düzenli egzersiz / spor yapar mısınız? <input type="checkbox"/> 1. Evet <input type="checkbox"/> 2. Hayır
8	Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> 1. Hayır hiç kullanmam <input type="checkbox"/> 2. Evet kullanıyorum (Ne kadar zamandır? .....) (Günde kaç adet? .....)
9	Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? <input type="checkbox"/> 1. Evet (Ne ilacıdır belirtiniz:.....) <input type="checkbox"/> 2. Hayır
10	Sizde aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) <input type="checkbox"/> 1. Hiç Yok <input type="checkbox"/> 2. Şeker hastalığı (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 3. Kalp hastalığı (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 4. Böbrek hastalığı (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 5. Astım (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 6. Kronik akciğer hastalığı (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 7. Kistik fibroz (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 8. Omurlilik zedelenmesi (ne zamandır? .....) <input type="checkbox"/> 9. Diğer (Belirtiniz) ..... (ne zamandır? .....)



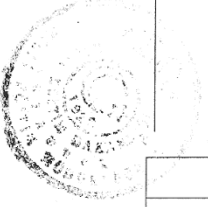


11	Bir günde kesintisiz en fazla kaç saat ayakta kalırsınız? (belirtiniz.....)
12	Günde kaç litre su içersiniz?..... Günde ne kadar çay içersiniz? (bardak ya da fincan olarak belirtiniz.....) Günde ne kadar kahve içersiniz? (bardak, kupa ya da fincan olarak belirtiniz.....) Günde ne kadar asitli içecek içersiniz?( bardak, kutu ya da şişe olarak belirtiniz.....)
13	Gündüz kaç kez idrarınızı yaparsınız? ( ) 1. 1-3 kez ( ) 2. 4-6 kez ( ) 3. 7 ve daha fazla
14	Gece idrar yapmak için kalkar mısınız? ( ) 1. Evet bazen ( ) 2. Evet her gece ( ) 3. Çok sıvı aldığım zaman ( ) 4. Hayır kalkmam
16	Çok sık idrar yolu enfeksiyonu yaşar mısınız? ( ) 1. Evet ( ) 2. Sık değil ama bazen yaşarım ( ) 3. Hiç yaşamadım
17	İdrar yolu enfeksiyonu için tedavi oldunuz mu? ( ) 1. Doktora gittim, tedavi oldum ( ) 2. Doktora gittim ancak rahatsızlığım geçmedi ( ) 3. Doktora girmedim rahatsızlığım kendiliğinden geçti ( ) 4. Doktora girmedim hala şikayetlerim var ( ) 5. Hiç enfeksiyon yaşamadım

18	Stresli ya da çok sık kabızlık yaşar mısınız? ( ) 1. Evet ( ) 2. Sık değil ama bazen yaşarım ( ) 3. Hayır
19	Kabızlık için tedavi oldunuz mu? ( ) 1. Doktora gittim, tedavi oldum ( ) 2. Doktora gittim ancak rahatsızlığım geçmedi ( ) 3. Doktora girmedim rahatsızlığım kendiliğinden geçti ( ) 4. Doktora girmedim hala şikayetlerim var ( ) 5. Hiç kabızlık yaşamadım
20	İdrarınızı yapabilmek için uygun ortam varken idrarınızı tutar mısınız ; İdrar yapma ihtiyacınızı erteler misiniz? ( ) 1. Evet sık ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır
21	Okulda ya da farklı mekanlarda idrarınız geldiğinde oranın tuvaleti kullanır mısınız? ( ) 1. Evet, rahatça kullanırım ( ) 2. Bazen kullanırım (hangi şartlarda kullandığınızı yazınız.....) ( ) 3. Hayır, kullanmam
22	Kiçüklüğünüzde tuvalet eğitiminize ilişkin hafızanızda ne/neler canlanıyor. Size neyi hatırlatıyor.....



23	Çocukluğunuzda tuvalet eğitiminizden sonra geceleri idrar kaçırma problemi yaşamaya durumunuz oldu mu? ( ) 1. Evet ( kaç yaşına kadar.....) ( ) 2. Bazen olurmuş ( kaç yaşına kadar.....) ( ) 3. Hayır	28	İdrarınızı yaptıktan sonra damlanma tarzı idrarınız akmaya devam eder mi? ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır
24	Günlük sosyal yaşamınız içinde idrarınız yokken, aniden idrarınız gelip zor tuvalete yetiştiğiniz olur mu? ( ) 1. Evet sık ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır hiç	29	İdrarınızı kaçırmamız var ise hangi sıklıkla olur? ( ) 1. Günde bir kaç kez ( ) 2. Günde bir kere ( ) 3. Haftada 1-3 kez ( ) 4. Ayda 1-4 kez ( ) 5. Yılda birkaç kez ( ) 6. Hiç yaşamam
25	Bugüne kadar (1 kez bile olsa) günlük sosyal yaşamınız içinde idrarınız yokken, aniden idrarınız gelip zor tuvalete yetiştiğiniz oldu mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır	30	Her an idrarınızı kaçırmaya endişesi taşır mısınız? ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır hiç yaşamam
26	Güülerken, öksürürken, hapsürürken, hoplayıp zıplarken vb. idrarınızı kaçırdığınız olur mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır hiç	31	İdrarınızı yaparken güçlük, zorluk geçer misiniz? ( idrar yapmayı başlatmada zorluk, idrar yaparken ya da bitikten sonra ağrı vb) ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır
27	Bugüne kadar (1 kez bile olsa) güülerken, öksürürken, hapsürürken idrarınızı kaçırdınız mı? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır	32	İdrarınızı yaptıktan sonra hala idrarınız varmış gibi bir hissiniz olur mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır



33	İdrar kaçırma şikayetinizden dolayı yapacağınız herhangi bir şeyden vazgeçmek ya da ertelemek zorunda kaldınız mı? ( ) 1. Evet ( ) 2. Bazen ( ) 3. Hayır
34	İdrar kaçırmanızla ilgili bir tedbir alıyor musunuz? ( ) 1. Hiç idrar kaçırma problemi yaşamam ( ) 2. Herhangi bir tedbir almam ( ) 3. Ped kullanırım ( ) 4. Az su içerim ( ) 5. Sık tuvalete giderim ( ) 6. Kıyafet seçimimde bu problemi göz önünde bulundururum ( ) 7. Diğer(belirtiniz:.....)
35	İdrar kaçırmanızla ilgili doktora başvurduğunuz mu? ( ) 1. Evet ( ) 2. Hayır (başvurmana nedeniniz .....)
36	Ailemizde sizin bildiğiniz idrar kaçırma şikayeti olan var mı? ( ) 1. Evet (Kim/kinler.....) ( ) 2. Hayır
37	Ailemizde idrar kaçırma şikayeti olan yakınınız ya da yakınlarınız hangi durumda idrar kaçırdıklarını söylüyorlar? ..... .....

### I-ÇOL ÖLÇEK FORMU

- Tuvalete zamanında yetişme kaygısı duyarım.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- Öksürürken ve hapşırırken idrar kaçırdım diye kaygılanıyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- Oruduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu duyuyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- Evinde uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
- İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç

*(Handwritten signature)*



8. Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
9. İdrar kaçırma sorunun sürekli kafamı meşgul ediyor.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
10. Tuvalete sık sık girmek zorunluluğu hissediyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
11. İdrar kaçırmandan dolayı, her ayrılığı önceden planlamak benim için çok önemlidir.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
12. İdrar kaçırma sorunun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
13. Geceleri iyi uyunmakta zorluk çekiyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
14. İdrar kaçırmandan dolayı utanç duymak ya da küçük düşmekten korkuyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
15. İdrar kaçırma sorunun bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
16. İdrar kaçırma sorunun bana çaresizlik hissi veriyor.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
17. İdrar kaçırma sorunun dolayı, hayattan zevk alamıyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
18. İdrar kaçırıp altını ıslamaktan dolayı kaygı duyuyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
19. İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
20. Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım.  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç
21. İdrar kaçırma sorunun giysi seçimini sınırıyor  
a.Çok Fazla b.Epeyce c.Bir Miktar d.Nadir e.Hiç



## ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabiliirim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
7. Genel olarak kendinden memnunuzum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış



7. 2